



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# PLANO DE RESPOSTA À CATÁSTROFE EXTERNA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICO

Sérgio Alexandre Neves Guimarães



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

Sérgio Alexandre Neves Guimarães

**PLANO DE RESPOSTA À CATÁSTROFE EXTERNA DE  
UM SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICO**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Trabalho efetuado sob orientação de:**

Professora Doutora Clementina Sousa

**E coorientação de:**

Professor Doutor Paulo Rodrigues

Viana do Castelo, março de 2020

## RESUMO

A gestão de um evento de exceção/catástrofe que seja gerador de multivítimas assume-se como complexa, com necessidade de respostas que suplantam frequentemente os recursos materiais e humanos disponíveis nas unidades de saúde. Neste contexto, emerge a importância de uma intervenção planejada, que permita uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais e que se venha a traduzir em ganhos em saúde.

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no atendimento à pessoa em situação crítica passa pela dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a sua concepção até à ação, elevando a responsabilidade profissional para além da prestação de cuidados, assumindo um papel preponderante na elaboração de planos de resposta à catástrofe adequados à realidade da instituição onde se insere.

Para a realização deste trabalho, adotou-se a metodologia de projeto, cujo principal objetivo se focou na elaboração do plano de resposta à catástrofe externa de um Serviço de Urgência Básico. Assim, assentou no diagnóstico de necessidades, através de um questionário dirigido à equipa médica e de enfermagem e de entrevistas informais a informantes estratégicos pertencentes à equipa, que permitiram elaborar um diagnóstico da situação existente.

Os resultados encontrados revelam ausência de um plano de resposta à catástrofe e mostram, na opinião da classe médica e de enfermagem, a necessidade e importância da implementação de orientações estruturadas que permitem uma prática sistematizada e normalizada, em que cada profissional compreende o seu papel e as funções que lhe competem. Para além de valorizar a existência de um Plano de Resposta à Catástrofe Externa (PRCE), observou-se ainda preocupação dos profissionais com a falta de meios humanos/materiais disponíveis.

Na continuidade da metodologia, foram desenvolvidas atividades que permitiram a elaboração e a validação do PRCE e colmatada a falta de recursos materiais, sendo adquiridos os meios para responder às exigências deste e dos eventos de exceção.

Relativamente ao domínio técnico e científico, constataram-se dificuldades na aplicação da triagem de catástrofe e na compreensão do enquadramento do SUB na gestão do teatro de operações, bem como na articulação com outras entidades, pelo que, foram implementadas atividades que permitiram suprimir as necessidades reconhecidas e dotar a equipa com as competências consideradas fundamentais.

Da concretização deste trabalho em que se disponibiliza um instrumento de trabalho norteador da ação, espera-se contribuir para uma oferta assistencial de qualidade, que traduza ganhos em saúde através da diminuição da morbilidade e mortalidade, em contexto de catástrofe.

**Palavras-Chave:** Catástrofe, Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Metodologia de Projeto, Plano de Resposta à Catástrofe Externa, Serviço de Urgência Básico

## **ABSTRACT**

The management of an exception/catastrophe event that generates multiple victims is assumed to be complex, with the need for answers that often supplant the material and human resources available in health units. In this context, the importance of a planned intervention emerges, which allows coordinated, integrated, effective and efficient action on the part of all professionals and which will translate into health gains.

The role of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the care of people in critical situations involves the dynamization of the response in emergency situations, exception and catastrophe, from its conception to the action, raising professional responsibility beyond the provision of care, assuming a preponderant role in the elaboration of catastrophe response plans adapted to the reality of the institution where it operates.

In order to carry out this work, the project methodology was adopted, whose main objective was focused on the elaboration of the response plan to the external catastrophe of a Basic Emergency Service. Thus, it was based on the diagnosis of needs, through a questionnaire addressed to the medical and nursing team and informal interviews with strategic informants belonging to the team, which allowed the elaboration of a diagnosis of the existing situation.

The results found reveal the absence of a catastrophe response plan and show, in the opinion of the medical and nursing class, the need and importance of implementing structured guidelines that allow a systematized and standardized practice, in which each professional understands their role and the functions that are assigned to it. In addition to valuing the existence of an External Disaster Response Plan (EDRP), professionals were also concerned about the lack of available human/material resources.

In continuity of the methodology, activities were carried out that allowed the elaboration and validation of the EDRP and the lack of material resources was solved, with the means to respond to the requirements of the EDRP and exceptional events being acquired.

Regarding the technical and scientific domain, difficulties were found in the application of disaster screening and in the understanding of the role of the Basic Emergency Service (BES) in the management of the theater of operations, as well as in the articulation with

other entities, therefore, activities were implemented that allowed to suppress the needs recognized and provide the team with the skills considered fundamental.

From the completion of this work, in which a work tool is available to guide the action, it is expected to contribute to a quality care offer that translates health gains through the reduction of morbidity and mortality in the context of catastrophe.

**Keywords:** Catastrophe, Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, Project Methodology, External Disaster Response Plan, Basic Emergency Service

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de um conjunto de pessoas. Correndo o risco de omitir alguém, quero deixar expresso a todos, o mais sincero reconhecimento e agradecimento:

À Professora Doutora Clementina Sousa, da Escola Superior de Saúde, pela forma como sempre acarinhou este projeto, pelo apoio e estímulo constantes, pela partilha de saberes e pela sábia orientação nas escolhas e caminhos a percorrer, pela pertinência das suas críticas e sugestões, que constituíram oportunidades de aprendizagem pessoal e profissional, e por ter tornado este estudo concretizável;

Ao Professor Doutor Paulo Rodrigues, da Escola Superior de Tecnologia e Gestão, pela forma como, em conjunto com a Professora Doutora Clementina Sousa, acarinhou e valorizou este estudo, pelo apoio, disponibilidade e presença permanente, pelo incentivo na construção deste trabalho, pelas sensatas observações e sugestões, pelo saber científico partilhado e, pelas palavras ditas que nunca permitiram que desistisse;

À Direção da Instituição que permitiu e facilitou a realização deste estudo;

A toda a equipa do SUB que tendo participado no estudo tornaram viável a sua concretização;

À Sandra pelo apoio e ajuda na pesquisa bibliográfica;

Ao meu pai, à Cláudia e ao Nuno que me acompanharam e estimularam nos momentos mais difíceis, pelo carinho e amizade com que compreenderam todas as minhas ausências;

À memória da minha mãe e do meu filho Diogo, que se despediram da vida no decorrer deste projeto e que contribuíram sabiamente para a construção da minha pessoa;

À Mariana pela energia contagiante, pelos sorrisos impostos nos dias difíceis, pela compreensão e por sempre acreditar que os sonhos se concretizam;

À minha esposa pela compreensão, dedicação e paciência, pelo constante estímulo manifestado ao longo da execução do trabalho e conselhos sábios, acreditando sempre que eu era capaz, pelos momentos em que não pude estar presente e, a quem em conjunto com a Mariana, dedico todo o meu trabalho, por serem o verdadeiro motivo de todo o meu empenho, esforço e dedicação.

## **DEDICATÓRIA**

À Olga e à Mariana



## PENSAMENTO

"A gestão efetiva das crises requer tanto de improviso como de preparação. Se falta a primeira, a gestão perde flexibilidade frente às condições em mudança; se falta a segunda, perde clareza em alcançar as respostas essenciais. Não nos devemos preocupar se a preparação nos parecer tão rígida que minimize a forma e as capacidades de improviso. Pelo contrário, o esforço de preparação em si, ainda que de forma modesta, aumenta a habilidade de improvisar."

E. L. Quarantelli (INEM, 2012)

## **LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

ANPC - Autoridade Nacional de Proteção Civil

ANPEC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

AR - Assembleia da República

CCO - Centros de Coordenação Operacional

CCON - Centro de Coordenação Operacional Nacional

CCOD - Centros de Coordenação Operacional Distrital

CDOS - Centro Distrital de Operações de Socorro

CODIS - Comandante Distrital de Operações de Socorro

COS - Comandante de Operações de Socorro

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSREPC - Comandante Sub-Regional de Emergência e Proteção Civil

DGS - Direção Geral de Saúde

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ONU - Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PDEPC - Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil

PE - Plano de Emergência

PEE - Plano de Emergência Externo

PEI - Plano de Emergência Interno

PEEPC - Plano Especial de Emergência de Proteção Civil

PEUS - Planos de Emergência das Unidades de Saúde

PMEPC - Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil

PNEPC - Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

PRCE - Plano de Resposta à Catástrofe Externa

PREPC - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SGO - Sistema de Gestão de Operações

SIV - Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

START - *Simple Triage and Rapid Treatment*

SU - Serviço(s) de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TO - Teatro de Operações

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

ULS - Unidade Local de Saúde

US - Unidade(s) de Saúde

ZI - Zona de Intervenção

ZS - Zona de Sinistro

ZA - Zona de Apoio

ZCR - Zona de Concentração e Reserva

ZRR - Zona de Receção de Reforços

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>Pgs</b>
<b>Figura 1.</b> Categorias de prioridades e tempos médios de atendimento da Triagem de Manchester	31
<b>Figura 2.</b> Fluxograma de triagem primária de adultos pelo método START	33
<b>Figura 3.</b> Fluxograma de triagem secundária pelo método START	34
<b>Figura 4.</b> Etiqueta de triagem do INEM	35
<b>Figura 5.</b> Ciclo da catástrofe	43
<b>Figura 6.</b> Tipificação dos riscos na área de influência do Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima	46
<b>Figura 7.</b> Diagrama das Zonas de Intervenção	50
<b>Figura 8.</b> Mapa SUB do Hospital Conde de Bertiandos	70
<b>Figura 9.</b> Desenho do estudo	90

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>Pgs</b>
<b>Gráfico 1.</b> Distribuição por classe profissional	73
<b>Gráfico 2.</b> Caracterização da equipa quanto ao sexo	73
<b>Gráfico 3.</b> Caracterização da equipa quanto à idade	74
<b>Gráfico 4.</b> Caracterização da equipa quanto ao estado civil	74
<b>Gráfico 5.</b> Caracterização da equipa quanto às habilitações académicas	74
<b>Gráfico 6.</b> Caracterização da equipa quanto à formação especializada/Pós-Graduação	75
<b>Gráfico 7.</b> Caracterização da equipa quanto à experiência profissional	77
<b>Gráfico 8.</b> Caracterização da equipa quanto ao tipo de vínculo com a Instituição	77
<b>Gráfico 9.</b> Tem conhecimento sobre a existência de um PRC no SUB	78
<b>Gráfico 10.</b> Participação em simulacros de resposta à catástrofe no serviço	78
<b>Gráfico 11.</b> Opinião sobre a existência de material necessário no SUB para a implementação do PRC	79
<b>Gráfico 12.</b> Opinião sobre o material e equipamento em falta no SUB para responder à situação de catástrofe	80
<b>Gráfico 13.</b> Opinião sobre a periodicidade de simulacros do PRCE	80
<b>Gráfico 14.</b> Conhecimento sobre a zona de intervenção do SUB no sistema integrado de operações de proteção e socorro	81
<b>Gráfico 15.</b> Opinião acerca da formação teórica para atuar numa situação de resposta a uma catástrofe	82
<b>Gráfico 16.</b> Opinião acerca da formação prática para atuar numa situação de resposta a uma catástrofe	82
<b>Gráfico 17.</b> Opinião sobre as razões que justificam a implementação do PRCE no SUB	83
<b>Gráfico 18.</b> Opinião sobre a necessidade de implementação do PRC no SUB	84
<b>Gráfico 19.</b> Opinião sobre a responsabilidade de construir o PRCE	84

<b>Gráfico 20.</b> Riscos no SUB que justifiquem um PRCE	85
<b>Gráfico 21.</b> Identificação dos riscos na área de atuação do SUB	86

<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	<b>Pgs</b>
<b>Quadro 1.</b> Informação produzida em “Riscos na área de envolvimento do SUB do Hospital Conde de Bertiandos”	105
<b>Quadro 2.</b> Informação produzida em “Níveis de resposta”	107
<b>Quadro 3.</b> Informação produzida em “Meios e Recursos”	110
<b>Quadro 4.</b> Informação produzida em “Alerta, alarme, ativação do PRCE e Cadeia de Comando”	114
<b>Quadro 5.</b> Informação produzida em “Áreas Críticas”	116
<b>Quadro 6.</b> Informação produzida em “Procedimentos”	120
<b>Quadro 7.</b> Informação produzida em “Armário de Catástrofe”	125
<b>Quadro 8.</b> Informação produzida em “Comunicações e Liderança”	126
<b>Quadro 9.</b> Informação produzida em “Desativação”	127
<b>Quadro 10.</b> Informação produzida em “Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa”	128

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Pgs**

**Tabela 1.** Tabela de frequências relativas à formação especializada/Pós-Graduação Médicos

75

**Tabela 2.** Tabela de frequências relativas à formação especializada/Pós-Graduação Enfermeiros

76

**Tabela 3.** Análise Swot

88



<b>SUMÁRIO</b>	<b>Pgs.</b>
<b>RESUMO</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>AGRADECIMENTOS</b>	
<b>DEDICATÓRIA</b>	
<b>PENSAMENTO</b>	
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS</b>	
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA: QUANDO A CATÁSTROFE ACONTECE</b>	
	<b>22</b>
<b>1. CATÁSTROFE UMA VISÃO GLOBAL</b>	<b>23</b>
1.1 Acidente grave e catástrofe: revisão de conceitos	24
1.2 Necessidades, recursos e organização da resposta à situação de catástrofe	27
<b>2. PLANOS DE EMERGÊNCIA DE PROTEÇÃO CIVIL</b>	<b>37</b>
2.1 Planos de Emergência de Unidades de Saúde	39
2.2 Riscos na área de atuação de um Serviço de Urgência Básico do Norte	42
2.3 Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro	47
<b>3. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA EM PORTUGAL</b>	<b>43</b>

<b>4. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA RESPOSTA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO II – PLANO DE RESPOSTA À CATÁSTROFE EXTERNA: CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO DE ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR E PLURIPROFISSIONAL</b>	<b>63</b>
<b>1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA</b>	<b>64</b>
<b>2. METODOLOGIA DE PROJETO</b>	<b>66</b>
2.1 Diagnóstico de situação	68
2.1.1 Caracterização do contexto hospitalar	68
2.1.2 Apresentação e análise dos resultados	73
2.2 Objetivos	88
2.3 Planeamento e execução do projeto	91
2.4 Considerações Éticas	130
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>132</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>149</b>
<b>Anexo I – Folha de presenças Reunião de Serviço SUB</b>	<b>150</b>
<b>Anexo II – Formação apresentada à equipa Médica e de Enfermagem do SUB subordinada à temática SIOPS</b>	<b>160</b>
<b>Anexo III – Formação apresentada à equipa Médica e de Enfermagem do SUB subordinada à temática “Triage em Situação de Catástrofe”</b>	<b>167</b>
<b>Anexo IV – Avaliação das formações em serviço</b>	<b>174</b>
<b>Anexo V – Folhas de presenças da apresentação do PRCE do SUB</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>190</b>
<b>Apêndice I – Questionário</b>	<b>191</b>

<b>Apêndice II</b> – Apresentação à equipa Médica e de Enfermagem da metodologia do trabalho de projeto e dos objetivos delineados	195
<b>Apêndice III</b> – Comunicação oral apresentada no “ <i>I Congresso Internacional – A Pessoa em Situação Crítica: Dos Contextos da Prática à Investigação</i> ”	204
<b>Apêndice IV</b> – Transcrição da entrevista do <i>Focus Group</i>	209
<b>Apêndice V</b> – Convite para a participação na reunião de <i>Focus Group</i>	298
<b>Apêndice VI</b> – Versão inicial do PRCE apresentada ao <i>Focus Group</i>	300
<b>Apêndice VII</b> – Guia de discussão para a reunião de <i>Focus Group</i>	356
<b>Apêndice VIII</b> – Declaração de consentimento informado dos participantes no <i>Focus Group</i>	359
<b>Apêndice IX</b> – Matriz de análise de conteúdo do <i>Focus Group</i>	362
<b>Apêndice X</b> – PRCE do SUB do Hospital Conde de Bertiandos	377
<b>Apêndice XI</b> – Apresentação do PRCE à equipa multidisciplinar do SUB	451
<b>Apêndice XII</b> – Pedido de autorização ao Diretor Clínico dos Serviços de Urgência da ULSAM	459
<b>Apêndice XIII</b> – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração	461
<b>Apêndice XIV</b> – Parecer do Presidente do Conselho de Ética	463

## INTRODUÇÃO

Os acontecimentos catastróficos que recentemente assolaram o nosso país e que culminaram em inúmeras fatalidades (Assembleia da República [AR], 2017), têm vindo a sensibilizar e alertar para a necessidade de se estabelecer um plano de resposta adequado às situações de exceção. Alertam ainda para a importância da correta gestão dos meios que permita otimizar os recursos adequados e necessários, possibilitando melhorar a resposta a estas situações. Desta forma, torna-se fundamental implementar planos de resposta à situação de catástrofe e de contingência que “(...) *levam à preparação organizacional e à antecipação da emergência.*” (Lima, 2013, p. 17).

A consciencialização da importância de uma cultura de prevenção aliada a estratégias bem definidas de planeamento e gestão, baseadas nos potenciais riscos, leva a Direção Geral de Saúde (DGS) a recomendar a elaboração de planos de emergência para todas as unidades de saúde considerando “(...) *peças estruturais necessárias a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da Instituição, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise.*” (DGS, 2010, p. 2).

Segundo Bandeira (1990), o termo catástrofe deriva do Grego *katastrophé* cujo significado traduz ruína, transtorno ou desenlace dramático. Esta perspetiva vai de encontro ao 3º artigo da Lei de Bases da Proteção Civil, que define acidente grave como “(...) *um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.*” e catástrofe como “(...) *o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.*” (Lei 27/2006, p. 4696).

A elaboração de um plano de resposta à catástrofe para um Serviço de Urgência Básico (SUB) assume-se assim, como uma peça fundamental do sistema de resposta institucional a situações de exceção, quando se verifique um desequilíbrio entre as necessidades do serviço e os recursos existentes.

A sua implementação visa a reposição da normalidade de forma mais célere e a minimização dos efeitos da catástrofe ou acidente grave sobre as pessoas, bens e o ambiente (Autoridade Nacional da Proteção Civil [ANPC], 2017). Pelo que, a preparação

adequada de equipas de intervenção nestas situações permite incrementar a sua capacidade de liderança e gestão, no sentido de otimizar os recursos disponíveis e assim, concorrer para a recuperação da situação de catástrofe de forma menos traumática (Hassmiller, 1999).

Vários estudos (Hassmiller, 1999; Demi e Miles, 1984 *in* Lima, 2013; Lima, 2013) evidenciam a pertinência de um plano de resposta estruturado de modo a contribuir para a capacitação da equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados em situação de acidente grave e/ou catástrofe e para a implementação e operacionalização do mesmo plano.

Considerando a composição da equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Básico (SUB), como um elemento primordial no atendimento de primeira linha em situações de exceção, diversos são os desafios que se podem colocar à dimensão das suas intervenções pois, à prestação de cuidados de emergência, subjaz a necessidade de organização, liderança, triagem e cuidados eficazes.

O interesse por esta temática emergiu numa conjugação de motivações pessoais e profissionais decorrentes do contexto laboral onde exerço atividade, bem como das responsabilidades do enfermeiro especialista, que constam do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento 429/2018). Este Regulamento define que o mesmo deve dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, intervindo quer na conceção dos planos institucionais, quer na liderança da resposta institucional às situações de catástrofe.

Para dar resposta a este desígnio decidiu-se optar pela Metodologia de Projeto que se define como um “(...) *conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada de um processo de transformação real.*” (Guerra, 1994, *in* Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Consiste, então, numa metodologia centrada na resolução de problemas, bem como, na aquisição de conhecimentos e competências de intervenção pela aplicação e concretização desse mesmo projeto no contexto real de trabalho, perspetivando mudanças (Boutinet, 1997; Many e Guimarães, 2006; Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

A construção deste projeto assenta num conjunto de etapas que se sustentam na Metodologia de Projeto, tendo o seu início no diagnóstico de situação onde se identifica

o problema, possibilidades de intervenção e estabelecem-se prioridades e inquietações constatadas com conhecimentos pessoais, definição de objetivos, planeamento, avaliação e posterior divulgação dos resultados (Many e Guimarães, 2006).

O diagnóstico de situação para a elaboração deste Trabalho Projeto centrou-se sobre a realidade do SUB de um Hospital do Norte de Portugal, apoiado em reflexões e inquietações pessoais, entrevistas exploratórias com a coordenação do serviço e informantes estratégicos e questionário dirigido à equipa multidisciplinar, que permitiram sustentar o problema como real e o projeto como necessário.

Emerge assim como necessidade, a criação e implementação de um Plano de Resposta à Catástrofe Externa (PRCE) no serviço, com um programa de formação que permita sensibilizar os elementos que compõe a equipa, bem como dotar de saberes e competências necessárias para atuarem adequadamente numa situação de exceção.

Perspetiva-se com a criação do PRCE para o SUB, o desenvolvimento de um plano de formação que possa contribuir para potenciar as competências dos elementos da equipa, aumentando desta forma, a sua capacidade para atuar de forma eficiente e eficaz, no atendimento a multivítimas, com ganhos na diminuição da morbidade e mortalidade associada à catástrofe.

Nestes pressupostos, os objetivos gerais deste trabalho de projeto visam elaborar e o PRCE do SUB, com validação consensualizada por um painel de peritos, com recurso à técnica de *Focus Group*, complementado com um plano de formação que dote a equipa com conhecimentos, habilidades e competências necessárias para atuar em situações de exceção.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes. Inicia-se com o quadro de referências que permite, através da revisão da literatura atual, a contextualização da problemática. Segue-se a segunda parte que diz respeito ao percurso metodológico, com referência à problemática e metodologia de projeto, diagnóstico de situação, resultados, discussão e planeamento de ações e às considerações éticas relacionadas com o presente estudo. Por fim, são apresentadas as considerações finais com alusão aos contributos para a prática, que se esperam deste trabalho de projeto, às limitações e propostas futuras.

**CAPÍTULO I –  
SERVIÇO DE URGÊNCIA: QUANDO A CATÁSTROFE  
ACONTECE**

## 1. CATÁSTROFE UMA VISÃO GLOBAL

O contexto atual de acessibilidade fácil e rápida à informação permite-nos constatar que, diariamente, situações catastróficas assolam todas as partes do mundo (Emergency Events Database, 2019). Embora estas situações não sejam comuns em Portugal (Lima, 2011), é fundamental que as instituições de saúde se encontrem preparadas para dar resposta a situações de exceção, uma vez que *“Não esperamos catástrofes contudo elas acontecem. Com a vida vêm calamidades naturais, com os avanços da indústria e da tecnologia vêm acidentes; com a estagnação ou a mudança socioeconómica e política vêm a insatisfação, o terrorismo e a guerra.”* (Waeckerle, 1991, p. 820).

Neste contexto, espera-se que os serviços de urgência estejam aptos a disponibilizar uma assistência a multivítimas, organizada, sistemática, eficaz e eficiente (OE, 2010). No entanto, Oliveira (2013, *in* Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012), refere que os estudos levados a cabo após as ações terroristas do 11 de Setembro de 2001 concluíram que *“(...) as unidades de saúde e sobretudo os serviços de urgência têm grande dificuldade em lidar com vítimas resultantes de catástrofes/situações de exceção, mesmo quando em pequeno número.”* (INEM, 2012, p. 55) revelando dificuldades relacionadas com a confusão instalada, com a falta de planeamento e com a falta de treino e de preparação para responder a esta tipologia de situações. Estes resultados encaminham-nos para a compreensão da importância e necessidade de existirem Planos de Resposta à Catástrofe nas instituições de saúde, particularmente nos serviços de urgência, enquanto primeira linha no atendimento às vítimas.

Nesta perspetiva, a Direção Geral da Saúde (DGS, 2010) remete-nos para a necessidade de implementação de Planos de Emergência nas Unidades de Saúde (PEUS), os quais devem contemplar planos de catástrofe para os serviços de urgência. Alerta ainda para a necessidade institucional de comportamentos bem definidos de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco. Entendendo que estas diretrizes estruturais são fundamentais para uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte dos profissionais da instituição, que eventualmente, incorra numa situação de crise. Assim, para se verificarem respostas eficientes e eficazes, é necessário que as instituições estejam devidamente munidas de conhecimentos e material necessário, bem como



organizadas nas suas respostas, tornando-se crucial que os profissionais se encontrem dotados das devidas competências e do treino necessário nesta área.

A compreensão da problemática da catástrofe implica o entendimento de conceitos fundamentais à compreensão das situações de exceção que passamos a definir.

### **1.1 Acidente grave e catástrofe: revisão de conceitos**

A Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, p. 4696), no seu artigo 3º, expõe que *“Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e espaço, suscetível de atingir pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”*.

Por sua vez, catástrofe ou calamidade é entendida como

*“(...) o acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (idem).*

Bandeira (2011, p.11) esclarece que o conceito de catástrofe assenta essencial em três pilares fundamentais e que devem acontecer em simultâneo, sendo eles *“(...) afluxo intenso e inopinado de vítimas; destruições de ordem material; desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer”*. Estes determinantes da situação de catástrofe impelem para a necessidade de existirem equipas bem treinadas, dotadas de competências de gestão e resposta a situações que não se enquadram no contexto da prática quotidiana dos serviços de urgência e que envolvem multivítimas, sendo por isso consideradas situações de exceção.

Segundo o INEM (2012, p. 14), a situação de exceção neste contexto *“(...) consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.”*

A compreensão da atuação na realidade de exceção encaminha-nos para outros conceitos fundamentais que se prendem com a articulação de entidades, níveis de atuação e com a determinação do estado da situação. Desta forma, e tendo por base o tipo de acontecimento, a sua gravidade e a potencial ou efetiva extensão dos efeitos, poderá ser decretado um de três tipos de estados de alerta: alerta, contingência ou calamidade, de

acordo com as medidas necessárias a adotar para responder proporcionalmente a graus crescentes de risco.

A declaração destes estados pode incluir qualquer parcela do território, assumindo um cariz inframunicipal, municipal, supramunicipal, regional ou nacional (Lei nº 27/2006, de 3 de julho).

A determinação de estados de nível superior de risco, contingência ou calamidade implica “(...) a existência prévia dos atos correspondentes aos patamares precedentes, salvo na ocorrência de fenómenos cuja gravidade e extensão justifiquem e determinem a declaração imediata de um dos patamares superiores.” (Lei nº 27/2006, p. 4697).

A estruturação do risco e a declaração dos estados de alerta obedece à competência dos órgãos que a determinam. Assim, segundo a Lei nº 27/2006, no seu artigo 13º, reside na pessoa do presidente da câmara municipal o poder declarativo de alerta municipal. No entanto, sempre que a situação se reporte a mais do que um município reside na entidade responsável pela área da proteção civil ou na respetiva entidade nas regiões autónomas, se possível em articulação com os presidentes das câmaras municipais envolvidas, a responsabilidade de declarar a situação de alerta, que se pode referir ao todo ou apenas a parte do seu território de competência (Lei 80/2015, artigo 13º).

É importante referir que o poder decisório foi sofrendo alterações ao longo dos anos pelo que, inicialmente, cabia ao governador civil esta competência. No entanto, com a extinção deste cargo em 2011 e a conseqüente reestruturação de responsabilidades, foi alocada à autarquia, na figura do Presidente da Câmara Municipal, sempre que a situação de alerta se circunscreva apenas a um município.

Mas, sempre que estejam envolvidos mais do que um município, cabe à proteção civil, na figura do comandante operacional distrital, a determinação de níveis de alerta superiores, passando o plano supramunicipal e regional para o seu âmbito (Lei Orgânica 1/2011). Competência esta que cabia à entidade responsável pela área da proteção civil, ou seja, o Comandante Distrital de Operações de Socorro (CODIS).

Em abril do corrente ano, é publicado em Diário da República, no Decreto-Lei 45/2019, uma reconfiguração orgânica com o intuito de promover a melhoria da eficiência da proteção civil e das condições de prevenção e socorro. Decorrente desta, destaca-se a

valorização da emergência no contexto da proteção civil, passando a designar-se Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC).

A nova orgânica da ANEPC altera a designação dos postos de comandos, que no caso do CODIS passa a Comandante Sub-Regional de Emergência e Proteção Civil.

O nível seguinte de situação de exceção implica a determinação do estado de contingência. Tal como no estado de alerta, cabe à entidade responsável pela área da proteção civil na sua área territorial de competência, em articulação com as autarquias, se possível, a sua declaração (Lei 80/2015, artigo 13º).

De acordo com o artigo 19º da Lei nº 27/2006, a determinação do nível de calamidade, que traduz a situação de exceção de maior gravidade, cabe ao Governo na forma de resolução do Conselho de Ministros. No entanto, está previsto no seu artigo 20º, um reconhecimento antecipado que prevê que *“A resolução do Conselho de Ministros referida (...) pode ser precedida de despacho conjunto do Primeiro-Ministro e do Ministro da Administração Interna reconhecendo a necessidade de declarar a situação de calamidade.”* (idem).

As situações de exceção, quando declaradas oficialmente, implicam acionar estruturas de coordenação política territorialmente competentes. No caso do estado de alerta, estas estruturas avaliam a necessidade de ativação do plano de emergência de proteção civil do respetivo nível territorial. No que concerne a níveis de risco superior, como o estado de contingência ou calamidade, os planos de emergência de proteção civil das áreas em questão são ativados de forma automática (Lei 80/2015, artigo 17º e artigo 21º).

Na área de atuação do SUB do hospital em estudo, no ano de 2017, foi decretado pelo Despacho n.º 7313-A/2017, de 18 de agosto, o estado de calamidade preventiva, tendo em conta o elevado risco de catástrofe por incêndio florestal. Este despacho implicou a ativação do plano de emergência distrital pelo que, aos serviços de urgência, nomeadamente ao SUB, enquanto primeira linha de atendimento às vítimas, se exigiu uma resposta preventiva à situação de catástrofe.

Esta situação exigia recursos materiais e humanos e uma organização específica dos serviços, para garantir uma resposta eficaz às situações de exceção que, previsivelmente, pudessem implicar uma resposta a multivítimas. No entanto, embora o despacho exigisse estado de calamidade preventiva, o Plano de Resposta à Catástrofe Externa no SUB não

foi ativado. Nesse momento apenas existia no papel, não se encontrando adequado quer aos recursos humanos disponíveis, quer ao espaço físico, bem como, desconhecimento dos profissionais, quanto ao seu papel, em caso de ativação do plano, por inexistência de atividades de treino e de revisão dos procedimentos. Assim, no período de vigência do referido Despacho, a organização do SUB manteve-se igual à prática diária, não se tendo aplicado as medidas preventivas.

## **1.2 Necessidades, recursos e organização da resposta à situação de catástrofe**

A resposta a situações de exceção que resultem em ameaça, visa a proteção de pessoas, animais e bens, através de atividades coordenadas e entendidas como necessárias para formar, manter e desenvolver a capacidade de mitigar, preparar, responder e recuperar dos efeitos de riscos que possam culminar em catástrofes (Macedo, 2016).

Refletir a capacidade de resposta de uma unidade de saúde, nomeadamente de um SUB, implica dotar o serviço de meios humanos competentes e materiais necessários e adequados a uma eventual resposta a multivítimas. Assim, os serviços devem equacionar estratégias de resposta que permitam o atendimento com qualidade, eficiência e eficácia em caso de afluxo massivo de vítimas.

Esta premissa vai ao encontro à perspetiva de Shirley e Mandersloot (in Almeida e Sousa, 2012, p. 37) que entendem que “*O conhecimento por parte dos profissionais das diversas fases de preparação da resposta à emergência externa suscita uma maior sensibilização para otimizar a gestão em situações de exceção (...)*”. Os autores acreditam que a compreensão e domínio das dinâmicas em contexto assistencial de catástrofe funciona como adjuvante da implementação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa (PRCE) nas Unidades de Saúde (US), quer pelo conhecimento do papel de cada profissional e do seu serviço mas também, pela compreensão das cadeias de comando e dos procedimentos a desenvolver e realizar.

Assim, quando as instituições têm de se preparar para responder àquilo que é uma situação de catástrofe ou acidente grave, o serviço tem que ter profissionais dotados de competências de triagem e atuação neste contexto, bem como um conjunto de materiais que permitam efetivar o atendimento a multivítimas.

A palavra triagem tem a sua génese no verbo francês “*trier*” que nos orienta para palavras como separar, selecionar, classificar ou escolher (Silva, 2009; INEM, 2012). Deste conceito advém a premissa de que esta etapa se constitui como um passo crucial em duas vertentes distintas. Por um lado, na abordagem da pessoa doente permitindo identificar prioridades clínicas que asseguram a oferta assistencial a quem necessita de cuidados urgentes e emergentes de forma adequada e rápida.

Por outro lado, permite a organização e gestão de situações que desafiam os contextos de normal funcionamento das US, ou seja, quando há necessidade de responder a uma situação de exceção que envolve multivítimas, em que a carga assistencial ultrapassa os recursos disponíveis nos serviços (Silva, 2009; Grupo Português de Triagem [GPT], 2010).

Segundo o INEM (2012, p. 15), a triagem assume um conjunto de objetivos que procuram garantir:

*“Assistência precoce; aplicação de manobras “life-saving”; determinar o nível de urgência; implementar utilização criteriosa de recursos críticos; documentar as vítimas; determinar áreas de cuidados/vigilância; distribuir os profissionais por áreas de assistência e iniciar medidas terapêuticas.”*

Este conjunto de finalidades permite compreender que a abordagem inicial do doente/vítimas, através de sistemas de triagem vai condicionar os processos de gestão posteriores, nomeadamente no equacionamento da necessidade de articulação com outras entidades externas “(...) sendo determinante para a definição dos circuitos de encaminhamento de doentes e os cuidados ministrados.” (Silva, 2009, p. 4).

A triagem assume-se assim como um processo a aplicar aos doentes que recorrem aos Serviços de Urgência (SU) determinando a gravidade do seu quadro clínico, definindo-se como um procedimento sistemático e dinâmico de tomada de decisão, que permite priorizar os cuidados de saúde a prestar e que permite afetar o doente certo ao local certo, oferecendo os cuidados adequados à sua situação (Cronin, 2003).

Esta perspetiva possibilita depreender que os sistemas de triagem permitem alocar os recursos de forma apropriada e célere, adequando-os à satisfação das necessidades dos doentes e desta forma, revelar-se como instrumento crucial para o funcionamento adequado dos SU. Pode então ser considerada como um meio que contribui para salvar

vidas e reduzir a mortalidade, ao identificar rapidamente os doentes que estão em risco de deterioração eminente (Naidoo, [et al], 2014).

A classificação de doentes não é algo novo, existem referências históricas de que esta foi despoletada pelas exigências da guerra, transportando-nos para o Século XVIII, nos campos de batalha de Napoleão Bonaparte, onde o barão Dominique Jean Larrey, cirurgião do exército, desenvolveu um método de avaliação e categorização dos feridos no terreno, evacuando aqueles que necessitavam de tratamento urgente (Iserson e Moskop, 2007; INEM, 2012), reconhecendo a importância do tratamento adequado e rápido para o doente em risco eminente de vida.

Refletindo a realidade hospitalar compreende-se que os SU foram configurados inicialmente com o intuito de dar resposta aos casos graves, de forma rápida e eficaz, oferecendo assistência em situações de urgência/emergência. Contudo, a disponibilização de atendimento sem marcação prévia nas 24 horas, de cariz quase imediato, tem gerado inúmeros recursos indevidos aos SU, em detrimento da oferta assistencial nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), conduzindo frequentemente à sobrelotação dos mesmos, facto que se comprova quer em Portugal como em diversos países do mundo (Xu, [et al], 2009; Cendón, [et al], 2010; Duro, 2014).

Este facto orientou para a necessidade de estruturação do atendimento nos SU, emergindo a necessidade de categorizar à entrada, a tipologia de doentes bem como o seu grau de gravidade. Decorrente desta análise, enumeras escalas de triagem foram desenvolvidas e implementadas em vários países, por exemplo, a National Triage Scale, na Austrália, a Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, no Canadá, o Manchester Triage System, no Reino Unido, a Emergency Severity Index nos Estados Unidos da América e o Model Andorra de Triatje em Espanha, entre outros (Murray, [et al], 2004; Jiménez, 2006; Fitzgerald, [et al], 2010; Grupo Português de Triagem, 2010; Gilboy, [et al], 2011; Forero e Nugus, 2012; Bullard, [et al], 2017).

As componentes necessárias para a existência de um sistema de triagem eficiente e eficaz, passa pela existência de espaços e de material adequados, disponibilidade de sistemas de comunicação, acesso a áreas de tratamento distintas que respondam aos fluxogramas identificados, profissionais com formação adequada, apoiados por equipas multidisciplinares (Toni e McCallum, 2007). Independentemente do protocolo de triagem

utilizado, têm demonstrado que se torna mais eficaz a organização da prestação de cuidados por critério clínico em substituição do critério por horário de registo administrativo.

Em Portugal, a implementação de um sistema de triagem teve início em 2000, aplicando-se o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM), sendo pioneiros deste processo, o Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca (Ordem dos Médicos, 2000, *in* Diogo, 2007; GPT, 2010), alargando-se progressivamente, aos hospitais de todo o país.

O PTM teve início no Reino Unido, em Manchester, no ano de 1994, com o propósito de estabelecer normas consensuais de triagem baseadas na determinação do risco clínico, objetivando-se o desenvolvimento de nomenclatura comum, de definições comuns, de uma sólida metodologia de triagem assente num programa de formação e o desenvolvimento de guias que permitissem auditar a triagem (GPT, 2010).

O PTM possibilita priorizar as necessidades clínicas por critérios de gravidade, uma vez que permite identificar

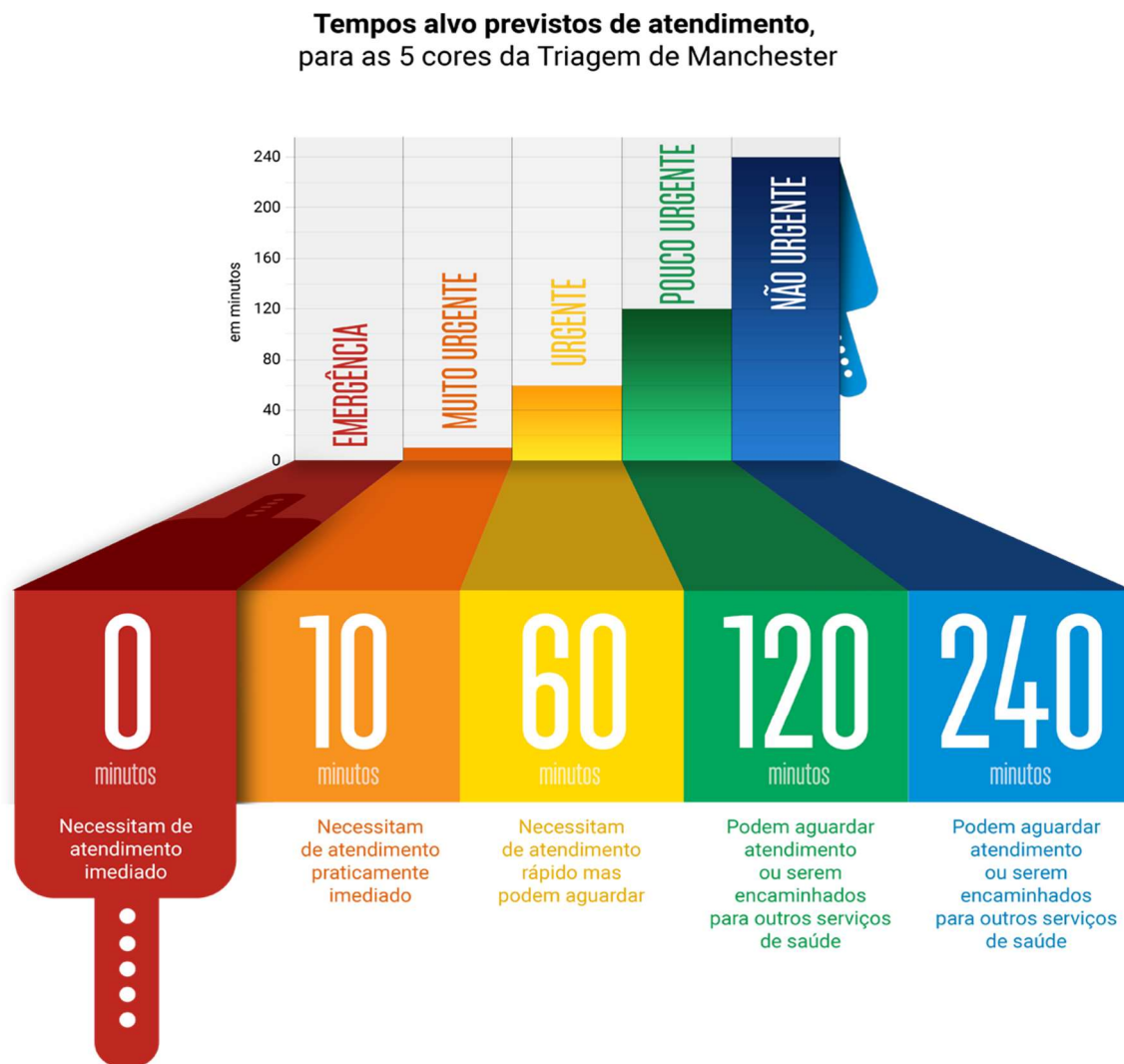
*“(...) não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas (...) requer que os profissionais identifiquem a queixa de apresentação, e procurem posteriormente um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica.”* (GPT, 2010, p. 22).

Assente nesta perspetiva, o PTM orienta os profissionais na gestão clínica dos serviços de urgência através da identificação objetiva e sistemática dos utentes prioritários e da definição dos tempos recomendados entre o momento da triagem e a avaliação médica (GPT, 2010).

O PTM oferece 50 fluxogramas que permitem triar quase todas as situações passíveis de recurso à urgência hospitalar, construídos com base nas queixas de apresentação dos utentes nos SU. A aplicação desta metodologia consiste na identificação da queixa principal do doente seguindo-se da seleção do fluxograma adequado à manifestação referida. Cada fluxograma apresenta um conjunto estruturado de questões, denominadas de discriminadores-chave, cuja resposta positiva vai determinar o nível de prioridade.

A atribuição deste nível parte da prioridade clínica mais elevada e resulta numa das cinco categorias de triagem existentes, correspondentes às cinco prioridades clínicas, como se pode constatar na figura nº 1 (GPT, sd; GPT, 2010).

**Figura 1.** Categorias de prioridades e tempos médios de atendimento da Triagem de Manchester



**Fonte:** Grupo Português de Triagem, [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110).

A necessidade de recurso aos SU em Portugal, decorrente de situações que não se enquadram na interpretação do PTM de atribuição de prioridade do ponto de vista clínico, como é o caso de atividade considerada não urgente, ou seja, avaliações de doentes decorrentes da consulta externa das especialidades/hospital de dia (que solicitam



observação, meios complementares de diagnóstico, eventuais procedimentos, etc.) levou o GPT a rever o PTM e a instituir uma nova categorização, a cor branca, com a devida autorização dos autores ingleses (GPT, 2010). Como não se trata de situação aguda de doença, a cor branca não tem tempo médio de atendimento atribuído.

A aplicação do PTM tem inerente um processo de auditoria interna e externa que possibilita confirmar o cumprimento dos requisitos bem como avaliar os resultados (GPT, 2010).

Quando o SU necessita dar resposta a situações de exceção como é a catástrofe externa, a triagem assume contornos diferentes da triagem em contexto hospitalar. Esta tipologia foi idealizada para dar respostas em situações que envolvam, potencialmente multivítimas, como são, por exemplo, o contexto de acidentes naturais ou tecnológicos, com efeitos destrutivos marcados. Perante cenários destes é premente uma triagem diferente, pelo que no contexto de catástrofe esta seleção pretende definir quem receberá ou não tratamento (Iserson e Moskop, 2007).

Oliveira (in INEM, 2012, p. 5) entende que é *“nestes cenários que um bom planeamento e/ou uma boa e adequada abordagem inicial das vítimas, bem estruturada e sequencial, que muitas vidas podem e devem ser ganhas”*.

Para tal, entende-se como fundamental compreender de forma célere o número e tipo de vítimas a quem atender. Desta forma, a priorização de cuidados torna-se primordial para assegurar que se oferecem as respostas mais adequadas, num contexto em que o número de vítimas suplanta os recursos humanos disponíveis. Defende-se assim, a implementação do sistema de triagem *Simple Triage and Rapid Treatment (START)* (Silva, 2009; GPT, 2010; INEM, 2012).

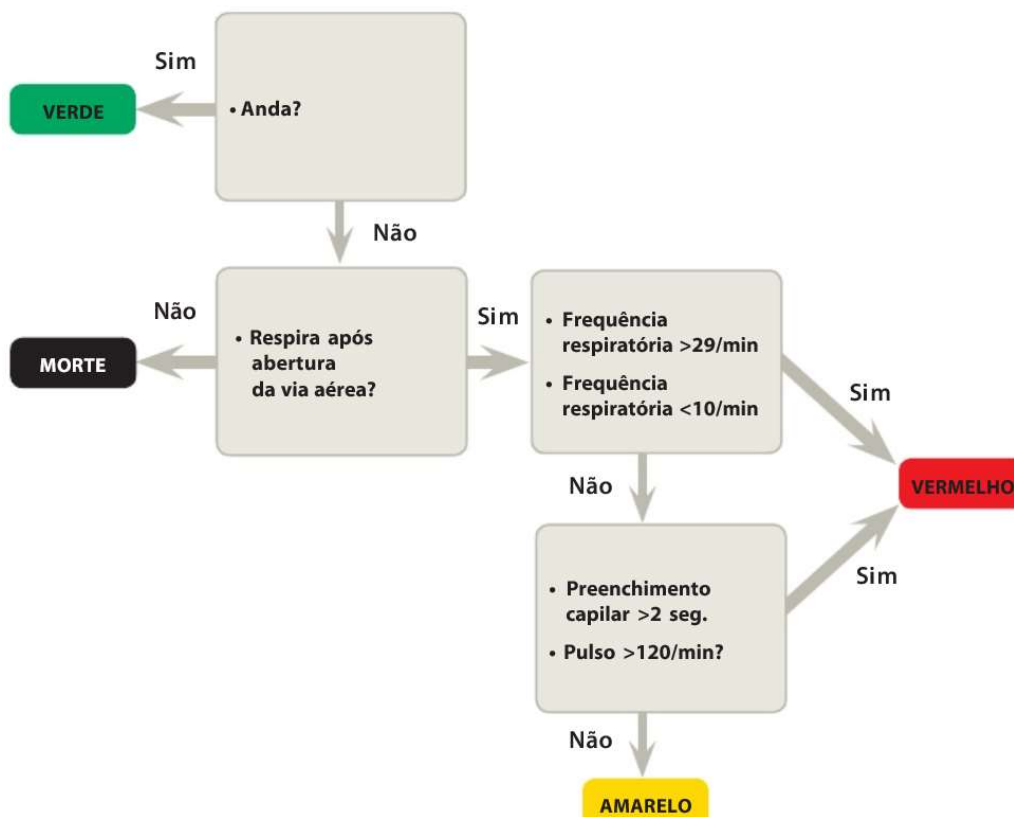
Esta metodologia de triagem divide-se em duas fases diferentes, a triagem primária e a triagem secundária (GPT, 2010; INEM, 2012).

A triagem primária responde a discriminadores simples, facilmente identificáveis pelos profissionais de saúde e que permitem, de forma rápida, atribuir uma prioridade clínica, respondendo a questões como capacidade de marcha, respiração autónoma, frequência respiratória e frequência cardíaca o que assente uma divisão grosseira das vítimas em três prioridades (GPT, 2010; INEM, 2012).

As respostas obtidas direcionam os profissionais na categorização das vítimas em quatro categorias distintas que emergem da possibilidade de sobrevivência num cenário de multivítimas com recursos humanos limitados. Este facto contraria a metodologia utilizada em contexto hospitalar onde se prioriza o atendimento dos doentes mais graves, tendo por finalidade salvar o maior número de vítimas possível, em contextos que inviabilizam o normal funcionamento de um SU (GPT, 2010; INEM, 2012):

- “Prioridade 1 (cor vermelho): Vítima emergente;
- Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave;
- Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave;
- Morto (cor preto).” (INEM, 2012, p. 17).

**Figura 2.** Fluxograma de triagem primária de adultos pelo método START



**Fonte:** Adaptação de Triagem no Serviço de Urgência: Protocolo de Triagem de Manchester (GPT, 2010, p. 194)

O recurso a este instrumento assegura a seleção rápida de um elevado número de vítimas garantindo organização e qualidade assistencial. Possibilita ainda otimizar os recursos disponíveis. Para isso,

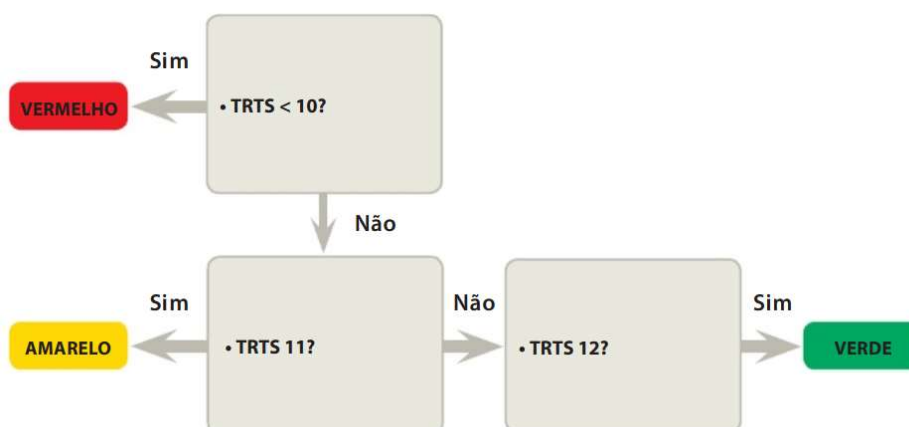
*“Não se escolhem os doentes mais graves em primeiro lugar, mas seleciona-se o maior número de doentes que andam (verdes), subcategorizando os doentes de maior gravidade em vermelhos ou amarelos. Consideram-se verdes os doentes que andam na medida em que isso significa que o seu ABC (via aérea, ventilação e circulação) se encontra minimamente intacto.”* (GPT, 2010, p. 195).

Após a célere categorização primária e organização por níveis de prioridade das multivítimas, os profissionais de saúde dão início à segunda etapa da triagem.

Esta caracteriza-se pela reavaliação mais precisa dos utentes tendo por base a *Triage Revised Trauma Score* (TRTS). Este instrumento é adequado a contextos cuja resposta médica envolve um elevado número de vítimas, atendendo a três variáveis fundamentais, o estado de consciência, a frequência respiratória e a pressão arterial sistólica, que conduzem à classificação em quatro níveis de prioridade (GPT, 2010; INEM, 2012).

A pontuação da TRTS calcula-se utilizando a codificação da frequência respiratória (0-4), a pressão arterial sistólica (0-4) e da Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação total de 0-12, organizando-se segundo a pontuação em 4 níveis de prioridade: Prioridade 1 (1, 10); Prioridade 2 = 11; Prioridade 3 = 12; Morto = 0 (GPT, 2010; INEM, 2012).

**Figura 3.** Fluxograma de triagem secundária pelo método START



**Fonte:** Triagem no Serviço de Urgência: Protocolo de Triagem de Manchester (GPT, 2010, p. 196)

A implementação de sistemas de triagem primária, como o método START, implica a existência de *kits* de triagem disponíveis, dos quais fazem parte etiquetas de triagem, caneta/marcador e cartões plastificados com fluxogramas de triagem, e um que permite enumerar o número de vítimas (INEM, 2012). O kit de emergência/catástrofe é então constituído por todo o material específico para possibilitar a seleção e identificação das vítimas pelo sistema de triagem que acontece nas situações de exceção, salvaguardando o seu uso exclusivo aquando da ativação do Plano de Catástrofe.

Desta forma, o material deve ser acondicionado em espaço próprio, preferencialmente um armário identificado para tal, de fácil acesso, destinado apenas a situações de exceção. Deve responder às eventuais necessidades que se façam sentir na triagem primária e secundária. Para tal, deve ser constituído por kits numerados de 1 a 40, em saco individual, cada um composto por uma pulseira de cada cor (vermelha, amarela, verde e preta); folha com 40 autocolantes; um conjunto de tubos para colheita de sangue; uma bolsa para recolha de espólio; sacos para cadáveres; marcadores de grande fixação para preenchimento da documentação necessária e etiquetas de triagem, tudo numerado previamente de acordo com o kit permitindo operacionalizar os métodos de triagem primária e secundária. Segundo o INEM (2012, p. 25) a utilização das etiquetas de triagem é vantajosa pois possibilita:

*“Numerar as vítimas; Registrar a evolução da vítima e cuidados prestados; Controlar a assistência das vítimas impedindo a duplicação de esforços; Estabelecer um fluxo ordenado de vítimas; Controlar a cadeia de evacuação, no que diz respeito à prioridade, hospital de destino e evacuação; Evitar evacuações descontroladas; Elaborar registos (dados pessoais, dados clínicos e tratamentos/intervenções executadas)”*.

**Figura 4.** Etiqueta de triagem do INEM



**Fonte:** Situação de Exceção (INEM, 2012, p. 25)

A compreensão dos sistemas e dinâmicas de triagem promove o entendimento da necessária disponibilização de Planos de Emergência (PE) e de PRCE nas US, pois permite o conhecimento do papel de cada profissional e a compreensão das cadeias de comando e dos procedimentos a desenvolver e realizar. No próximo capítulo, serão apresentadas algumas considerações que ajudam a clarificar especificidades, particularidades e complexidades relacionadas com os PE.

## 2. PLANOS DE EMERGÊNCIA DE PROTEÇÃO CIVIL

*“Os Planos de Emergência de Proteção Civil são documentos formais nos quais as autoridades de proteção civil, nos seus diversos níveis definem as orientações relativamente ao modo de atuação dos vários organismos e estruturas a empenhar em operações de proteção civil” (Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil 30/2015, 2015, p. 11179).*

Resultam, portanto, num conjunto de medidas e procedimentos, que atribuem missões aos intervenientes cujo objetivo é evitar ou a minimizar os efeitos de um acidente grave ou catástrofe.

Assim, estes emergem como instrumentos de suporte e orientação às operações de proteção civil permitindo equacionar as ações a desenvolver, os meios a utilizar e as medidas de caráter excecional a adotar pelo que devem obedecer aos critérios de simplicidade, possibilitando a sua fácil compreensão, de flexibilidade e dinamismo permitindo a adaptação a cenários e contextos diferentes, bem como a sua atualização sempre que necessário; devem ser adequados à realidade da US e precisos na atribuição de responsabilidades e deveres (Veiga, 2000).

Araújo (2012) define Plano de Emergência (PE) como a sistematização de um conjunto de normas, regras e procedimentos, que se destinam à minimização dos efeitos de desastres, que possam vir a ocorrer em determinadas áreas, gerindo de forma otimizada a utilização de recursos materiais e a participação de profissionais especializados e dotados de competências para lidar com estas situações. Compreende-se, assim, que se destina principalmente a garantir a máxima rentabilidade e eficácia no emprego dos meios disponíveis, diminuindo a possibilidade de carências evitáveis e fomentando o aumento da eficácia das intervenções equacionadas.

Os PE, tendo por base a sua finalidade, podem ser classificados em função de dois critérios principais, distinguindo-se em planos gerais ou especiais. Os primeiros dão resposta à generalidade das situações de emergência e os segundos contemplam situações de acidentes graves e catástrofes específicas (Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil 30/2015).

A situação alvo do PE pode ainda ser classificada mediante a extensão territorial a que o acontecimento se refere, classificando-se em Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC); Plano Regional de Emergência de Proteção Civil (PREPC); Plano

Distrital de Emergência de Proteção Civil (PDEPC); Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil (PMEPC) e Plano Especial de Emergência de Proteção Civil (PEEPC) (Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil 30/2015).

É de salientar que o PE mais diferenciado, o PNEPC, está sob alçada direta do Primeiro-Ministro, no entanto, em caso de falta ou impedimento, o mesmo é substituído pelo Ministro da Administração Interna, cujas funções se destinam a

*“(…) assegurar a direção, coordenação e controlo do PNEPC e das medidas excecionais de emergência, com vista a minimizar a perda de vidas e bens e os danos ao ambiente, assim como o restabelecimento, tão rápido quanto possível, das condições mínimas para a normalidade.”* (PNEPC, 2013, p. 5).

Para dar resposta aos objetivos do PNEPC bem como, às orientações presentes na Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil 30/2015, torna-se fulcral o respeito pelas Diretivas Operacionais Nacionais, da ANPC mas também e simultaneamente, uma relação de articulação direta com os PREPC e PDEPC e indireta, com os PMEPC. Esta relação de sinergia pretende traduzir, nos respetivos níveis territoriais, a atuação, as responsabilidades, a organização e o teatro de operações, permitindo compreender a forma de mobilização/coordenação dos meios e recursos necessários à gestão do socorro (PNEPC, 2013; Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil 30/2015).

A génese da preocupação na elaboração de uma resposta a eventos catastróficos de exceção e como tal, a criação de um PNEPC, radica nos acontecimentos históricos de Portugal, associando-se a um conjunto de eventos cujo impacto provocou danos e consequências severas no território. Destacam-se o célebre terramoto de 1755, as cheias de 1967 (PNEPC, 2013) e, numa escala mais recente, os trágicos e devastadores incêndios do ano de 2017, nomeadamente Pedrogão Grande, do qual resultaram 65 mortes e os incêndios de outubro do mesmo ano, com 41 mortos (Assembleia da República, 2017).

O PNEPC articula-se diretamente com o PDEPC de Viana do Castelo, área de influência do SUB de Ponte de Lima, que por sua vez se organiza com o PDEPC de Braga e, com os PMEPC do distrito de Viana do Castelo, no sentido de descreverem a atuação das estruturas de proteção civil no seu contexto territorial, identificarem as responsabilidades inerentes, a estrutura organizativa e modelo de operação, bem como a mobilização, coordenação e meios/recursos necessários à gestão eficaz do socorro (ANPC, 2015).

O PMEPC é um plano dirigido para um concelho específico sendo ativado pela figura do Presidente da Câmara Municipal ou, na impossibilidade deste coordenar as ações existe

a possibilidade de delegação de funções no vereador da Proteção Civil. Este plano articula-se diretamente com o PDEPC e indiretamente com o PNEPC (Município de Arcos de Valdevez, 2014; Município de Ponte de Lima, 2014; Município de Viana do Castelo, 2014).

Os diferentes PE apresentados pretendem não só identificar um conjunto de riscos potencialmente geradores de ameaça, mas essencialmente suprimir ou mitigar a sua ocorrência, avaliando a possibilidade e probabilidade de os mesmos acontecerem e planear/equacionar as respostas adequadas aos riscos identificados.

Mediante esta premissa, os PE e proteção civil preveem a articulação entre entidades, fazendo emergir a necessidade de planos especiais, onde se enquadram as US. Sempre que uma situação de catástrofe envolve vítimas humanas, os PEPC vão implicar respostas dos departamentos de saúde, pelo que os mesmos devem ter equacionadas as respostas a oferecer. Para tal, as US, devem ter profissionais habilitados, devidamente treinados e conhecedores do seu papel e funções. Este facto alicerça-se na necessidade de preparação institucional e de atualização constantes, sendo que os profissionais devem rever e atualizar os procedimentos a cada dois anos, no caso de Plano de Emergência Externo (PEE) e anualmente, no caso de Plano de Emergência Interno (PEI) (Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil 30/2015).

## **2.1 Planos de Emergência de Unidades de Saúde**

Os planos previamente apresentados existem para organizar um conjunto de respostas às situações de risco geral, cuja identificação e reconhecimento permitiram a sua conceção e elaboração, no entanto, reconhecendo as especificidades das unidades de saúde e o seu papel distinto na resposta à catástrofe, bem como a complexidade inerente aos serviços de saúde, estes planos serão agora abordados.

A possibilidade de ocorrência de um evento de exceção gerador de crise que exija uma resposta de emergência por parte dos serviços de saúde e que, dada a sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes nas US da área afetada, conduz à necessidade de planos que equacionem as medidas e respostas a oferecer em contexto de crise.



Assim, “a elaboração de um Plano de Emergência torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto” (DGS, 2010, p. 1), já que

*“a imprevisibilidade temporal e física de acidentes de grande dimensão, catástrofes provocadas pelo homem ou por fenómenos naturais, para além da prevenção, obriga-nos a estar permanentemente preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer”* (Almeida e Sousa, 2012, p. 38).

Os PEUS enquadram-se, segundo a Resolução 30/2015, na tipologia de Plano Especial de Emergência de Proteção Civil (PEEPC). Como tal, na vertente de resposta a eventos externos devem articular-se com os planos gerais de emergência e proteção civil da área respetiva para uma ação coordenada, integrada e, simultaneamente, eficaz e eficiente por parte dos profissionais de saúde da(s) instituição(ões) envolvida(s) na resposta à crise.

No entanto, e tal como previsto no enquadramento legal, esta tipologia de plano pode assumir a designação de PEE. Pelo que, a elaboração de PE pelas US levam o PEUS a subdividir-se em duas respostas distintas, o contexto interno da instituição, designando-se PEI e, um PEE da US quando a mesma estiver perante respostas a eventos externos, como por exemplo: pandemias, incêndios florestais, acidentes rodoviários com multivítimas, ondas de calor ou vagas de frio e fenómenos de *mass gathering*. Situações em que se pretende responder a acontecimentos de exceção, exteriores ao ambiente interno da US e que se confina a uma resposta mais diretamente ligada aos serviços de urgência hospitalares, sendo designado por PRCE, ou tal como foi dito, Plano de Emergência Externo (PEE) (Casaleiro, 2015; DGS, 2010).

O PEUS pode então ser entendido como um plano flexível e dinâmico que responde às características de cada US, no que concerne à sua missão local e regional, bem como à sua dimensão, “(...) destinado a fazer face a um acontecimento com consequências sanitárias graves (crise), e em que estão ultrapassadas as capacidades de resposta (...)” (Gomes e Oliveira, 2010, p. 7).

A elaboração de um PEUS permite estruturar a emergência na US em dois níveis, um plano de segurança interno que equaciona um plano de prevenção contra incêndios, um plano de emergência interno e registos de segurança e, por outro lado, um plano de

catástrofe que reflete a resposta a uma emergência externa, refletindo os riscos associados à área de resposta da US e que apresenta procedimentos de alerta, resposta e gestão de crise (DGS, 2010).

O PEUS deve transparecer a realidade da instituição onde se aplica pelo que as respostas equacionadas deverão ter em linha de conta a missão local e regional desta, bem como a dimensão, reatividade e capacidade de resposta dos profissionais de saúde em questão (idem).

As estruturas de saúde, nomeadamente as urgências dos hospitais devem ter como objetivo manter um nível de resposta adequado. Neste sentido, os PEUS, concretizados nos planos de resposta à catástrofe “(...) tornam-se uma determinante ferramenta na organização da resposta à emergência externa, em situações em que é ultrapassada a normal capacidade de resposta em meios e recursos disponíveis (...)” (Almeida e Sousa, 2012, p. 38).

Desta forma, o PEUS deve identificar e prever um conjunto de etapas que permitem uma resposta mais rápida, concertada, coordenada e eficaz da equipa de saúde que assiste determinada instituição e área de influência (DGS, 2010, p. 8):

- Modalidade de ativação e desativação do Plano;
- Ativação do Gabinete de Crise;
- Segurança periférica e controle dos acessos;
- Organização da circulação externa da US e do estacionamento;
- Mobilização do pessoal hospitalar;
- Mobilização do material e logística de Crise;
- Acolhimento de vítimas em grande número, assim como de doentes potencialmente contaminados;
- Acolhimento e orientação das vítimas;
- Acolhimento e informação das famílias;
- Comunicação de crise;
- Evacuação parcial ou total em caso de acidente interno (Plano de Emergência Interno);

- Alternativas de funcionamento em caso de incidente com a rede energética, de telecomunicações e de gases medicinais.

Não faz sentido equacionar um PEUS se, na área de resposta da US, não existirem condições que possam ser entendidas como potencialmente ameaçadoras e geradoras de acontecimentos negativos, aspetos que se abordam no ponto seguinte.

## **2.2 Riscos na área de atuação de um Serviço de Urgência Básico do Norte**

Para identificar as condições potencialmente ameaçadoras e que o seu impacto se possa traduzir numa situação de crise catastrófica, importa compreender o conceito de risco de forma a identificar corretamente as situações que possam concorrer para um evento de exceção.

A definição de risco consiste na “(...) *combinação da probabilidade de ocorrência do perigo e da gravidade das suas consequências.*” (DGS, 2010, p. 5). Este conceito é relativamente recente podendo a sua génese estar relacionada com as preocupações vigentes após o terramoto de 1755, em Lisboa (Almeida, 2005). No entanto, assume atualmente um lugar de destaque na sociedade, sendo que “(...) *a proteção contra os perigos que possam afetar o público ou o ambiente passou a constituir um direito reconhecido e exigido pela opinião pública e um indicador da qualidade de vida e de cidadania (...)*” (Betâmio de Almeida, 2019, p. 19).

A consciência da existência de riscos, acompanhada da perceção dos perigos e da necessidade de gestão das crises, emerge como pressuposto fundamental tanto para uma prevenção capaz como para a minimização dos efeitos da manifestação dos riscos identificados e das catástrofes equacionadas. Como sublinha Betâmio de Almeida (2019, p. 19) “*Atualmente, a gestão de riscos é encarada como um processo de atuação eficaz para responder a perigos e incertezas nos mais variados domínios da Sociedade*”.

Os planos de emergência da proteção civil bem como os PRCE das US têm como objetivo dar resposta aos princípios presentes na Lei de Bases da Proteção Civil (DR, Lei 27/2006, artigo 5º), nomeadamente a prevenção, que orienta para a necessidade de considerar os riscos de acidente grave ou de catástrofe de forma antecipada, no sentido de eliminar as causas sempre que possível ou mitigar consequências quando a sua erradicação não é

passível de acontecer, mas também a precaução, que identifica a necessidade de adoção de medidas de diminuição do risco de acidente grave ou catástrofe inerente a cada atividade.

Neste contexto, exige-se que para além dos esforços de prevenção e mitigação, as US devem desenvolver ações de preparação, capacidade de reação, resposta e de recuperação e, simultaneamente, serem capazes de melhorar continuamente após o episódio de catástrofe, reavaliando o seu desempenho e implementando as ações de melhoria identificadas como necessárias (ANPC, [et al], 2017).

Esta perspetiva encaminha-nos para a necessidade de compreender o ciclo da catástrofe, que se constitui em cinco etapas, tal como se apresenta na figura 5.

**Figura 5.** Ciclo da catástrofe



**Fonte:** Boas Práticas de Resiliência de Infraestruturas Críticas: Setor Privado e Setor Empresarial do Estado (ANPC, [et al], 2017, p. 8)

A primeira etapa refere-se à **Prevenção e Mitigação**, onde se incluem as “(...) *atividades de implementação de medidas estruturais e não estruturais, empreendidas antes da ocorrência de eventos adversos, destinadas a reduzir a possibilidade da sua ocorrência (prevenir) ou o impacto negativo (mitigar) que tais eventos possam causar.*” (ANPC, [et al], 2017, p. 8). Nesta fase está implícita a identificação dos riscos e vulnerabilidades, precedendo a análise e avaliação dos riscos que contemplam as medidas implementadas de prevenção e de mitigação bem como novas medidas equacionadas (Braga, 2011; ANPC, [et al], 2017).

A fase de **Preparação** da resposta relaciona-se com o conhecimento decorrente dos riscos e vulnerabilidades identificados, permitindo a antecipação e a enumeração das competências e recursos necessários para a sua gestão eficaz. Decorrente da correta preparação as US podem potenciar a sua capacidade de resposta e prontidão. Esta etapa tem por base atividades de elaboração de planos de contingência e de continuidade, desenvolvimento de mecanismos de coordenação e comunicação e um plano estruturado de formação e exercícios (Braga, 2011; ANPC, [et al], 2017).

O **Alerta** compreende os parâmetros que levam à ativação dos respetivos níveis definidos no plano de resposta à catástrofe que podem, ou não, ter correspondência com os níveis de alerta emitidos pela Proteção Civil ou outras entidades oficiais externas, caso estes sejam ativados, nomeadamente o PMEPC, o PDEPC, ou níveis hierárquicos superiores de articulação indireta, como o PREPC ou até mesmo o PNEPC (ANPC, [et al], 2017).

A fase de alerta pode dividir-se em ativação, monitorização e preparação da mesma. A ativação pressupõe níveis de alerta pré-definidos, que têm início

*“(...) na iminência ou ocorrência de um acidente com gravidade que o justifique. Pode tratar-se de uma ocorrência súbita (por exemplo, um sismo, um ataque terrorista, um acidente tecnológico), ou de uma ocorrência que se pode antecipar e que tem uma evolução progressiva (por exemplo, um fenómeno meteorológico extremo, uma cheia, etc.) de modo a desencadear e adequar as ações preventivas e preparatórias.”* (ANPC, [et al], 2017, p. 17).

A monitorização implica o acompanhamento da situação e a preparação centra-se na otimização dos recursos necessários “(...) *para uma pronta intervenção, no sentido de*

*minimizarem os efeitos negativos expectáveis, colocando os meios humanos e materiais de prevenção.” (ANPC, [et al], 2017, p. 17).*

No que se relaciona com a **Resposta** à catástrofe, esta etapa corresponde à operacionalização e implementação das medidas identificadas e previstas na fase de preparação, tendo por objetivo fundamental a preservação da vida humana, minimização dos danos provocados e a proteção de bens e propriedade (Lei nº 27/2006, artigo 4º; Braga, 2011; ANPC, [et al], 2017).

No final do ciclo de catástrofe surge a fase de **Recuperação e Reabilitação**, que tem o seu começo com o terminar da fase de resposta. Nesta fase, procura-se dar início às atividades que conduzam ao retorno à normalidade, traduzindo-se numa recuperação a longo prazo. É um momento importante que compreende uma oportunidade para desenvolver e implementar novas medidas de redução de risco de catástrofe. Implica uma nova análise dos mesmos, equacionando a possibilidade de existência de novos riscos para além daqueles previamente detetados pois, após uma situação de catástrofe com impacto ao nível do ambiente e das estruturas físicas das localidades afetadas, novos desafios podem ser colocados (Braga, 2011; ANPC, [et al], 2017).

Na atualidade, na área de atuação do SUB do Hospital Conde de Bertiandos, os riscos identificados pela Proteção Civil de Viana do Castelo são diversos e encontram-se tipificados na figura 6, por probabilidade de acontecimento e pelo potencial dano e gravidade que a ocorrência poderá desencadear.

**Figura 6.** Tipificação dos riscos na área de influência do Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima

		GRAU DE GRAVIDADE				
		Residual	Reduzido	Moderado	Acentuado	Crítico
GRAU DE PROBABILIDADE	Elevado				Onda Calor	IncFlorestais
	Médio-alto			Nevões Inundações	Cheias IncCentHist	
	Médio			Vaga frio Seca AcFluv TTMP	MovMassa IncUrb SubstPerigosas	
	Médio-baixo				InfraFixPP Col_TPI Col_EdUC	
	Baixo		Sismos EmerRadio			AcAéreos RuptBarragens

Legenda:

Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Elevado	Risco Extremo
-------------	----------------	---------------	---------------

*MovMassa* - Movimentos de massa em vertentes; *AcRodov* - Acidentes rodoviários; *AcFluv* - Acidentes fluviais; *AcAéreos* - Acidentes aéreos; *TTMP* - Transporte terrestre de mercadorias perigosas; *InfraFix\_TPP* - Infraestruturas fixas de transporte de produtos perigosos; *IncUrb* - Incêndios urbanos; *IncCentHist* - Incêndios em centros históricos; *Col\_TPI* - Colapso de túneis, pontes e infraestruturas; *RuptBarragens* - Rutura de barragens; *SubstPerigosas* - Substâncias perigosas; *Col\_EdUC* - Colapso de edifícios de utilização coletiva; *EmerRadio* - Emergências radiológicas; *IncFlorestais* - Incêndios florestais.

**Fonte:** Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo (Proteção Civil, 2016, p. 27).

Assim, na área de envolvimento do SUB estão identificados os seguintes riscos:

- **Riscos de origem natural**

- Incêndios florestais e urbanos;
- Derrocadas, avalanches e deslizamentos de terras;
- Rotura de barragens;

- Fenómenos meteorológicos;
- Sismos;
- **Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico**
  - Incêndios urbanos/industriais;
  - Colapso de edifícios e infraestruturas;
  - Acidentes de tráfego rodoviário, aéreo e marítimo;
  - Explosões (indústria);
  - Transporte de matérias ou substâncias perigosas;
- **Riscos relacionados com o comportamento humano**
  - Atividade potencialmente perigosa:
  - Circuitos automobilísticos;
  - Manifestações de aeronáutica;
  - Espetáculos pirotécnicos;
  - Eventos bélicos, atos de terrorismo;
  - *Mass gathering*.

Este conhecimento permite, em termos preventivos, mitigar o risco do acontecimento de alguns eventos pela implementação de medidas de controlo e prevenção. Possibilita ainda refletir planos de resposta aos acontecimentos e operacionalizar um conjunto de medidas de atuação que, em situação de catástrofe efetiva, irão permitir a gestão eficaz do acontecimento, contribuindo dessa forma para o minimizar dos efeitos negativos da situação geradora de crise.

### **2.3 Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro**

As ações de resposta a eventos de catástrofe exigem a coordenação de um conjunto de esforços levados a cabo por diferentes entidades que integram as respostas equacionadas, com o propósito de minimizar os efeitos do acontecimento negativo. Assim, emerge como entidade reguladora do teatro de operações a ANEPC que utiliza o Sistema Integrado de



Operações de Socorro (SIOPS) como meio de gestão, que visa clarificar competências e contribuir para a consolidação da doutrina operacional. O SIOPS é definido como “(...) o conjunto de estruturas, normas e procedimentos (...) que asseguram que todos os agentes de proteção civil atuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único, sem prejuízo da respetiva dependência hierárquica e funcional.” (Decreto-Lei n.º 134/2006, p. 5231).

A conceção do SIOPS tem como finalidade a resposta a situações de “(...) iminência ou de ocorrência de acidente grave ou catástrofe.” (Decreto-Lei n.º 134/2006, p. 5231), estabelecendo assim um sistema de gestão do acontecimento que fornece as orientações para a organização e comando das operações, respeitando o princípio do comando único que assenta nas duas dimensões deste sistema, o da coordenação institucional e o do comando operacional (Decreto-Lei n.º 134/2006, ANEPC, 2018).

A coordenação institucional acontece, a nível nacional e em cada distrito, sob tutela dos Centros de Coordenação Operacional (CCO), que mediante as necessidades decorrentes do evento de crise, integram representantes das entidades cuja intervenção é considerada necessária para uma resposta adequada. Estas entidades podem ser

*“(...) representantes da Autoridade Nacional de Proteção Civil, das Forças Armadas, da Guarda Nacional Republicana, da Polícia de Segurança Pública, do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., do Instituto Português do Mar e da Atmosfera, I.P., e do Instituto de Conservação da Natureza e das Florestas, I.P., e de outras entidades que cada ocorrência em concreto venha a justificar.”* (Decreto-Lei n.º 72/2013, p. 3190).

Os CCO assumem um papel preponderante em cenários de acidente grave ou catástrofe, realizando a gestão operacional de cada entidade e dos serviços a prestar nas operações emergência e socorro.

Por sua vez, o Centro de Coordenação Operacional Nacional (CCON), assegura a articulação entre as entidades e instituições de âmbito nacional, necessárias às operações de emergência, proteção e socorro, garantindo a presença e disponibilidade de todos os meios considerados adequados à gestão de cada situação (Decreto-Lei n.º 134/2006; Decreto-Lei n.º 72/2013).

Numa visão adequada às particularidades de cada região do país, o SIOPS determina também centros de âmbito distrital, mais focalizados em responder às especificidades

características de cada distrito, emergindo assim os Centros de Coordenação Operacional Distrital (CCOD), que asseguram a articulação entre todas as entidades e instituições ao nível distrital garantindo os meios e respostas necessárias em caso de necessidade (Decreto-Lei n.º 134/2006).

Em abril de 2015, decorrente da implementação do SIOPS, é criado pelo Despacho n.º 3551/2015, o Sistema de Gestão de Operações (SGO). O mesmo traduz-se numa “(...) *forma de organização operacional que se desenvolve numa configuração modular e evolutiva de acordo com a importância e o tipo de ocorrência.*” (Despacho n.º 3551/2015, p. 8634) e tem a sua aplicabilidade a todos os agentes de emergência e proteção civil, estendendo-se a todas as entidades que colaborem na operação de proteção e socorro.

O SGO determina, enquanto competências fundamentais, que o chefe da primeira equipa a chegar ao teatro de operações assume o comando da operação, emergindo a figura de Comandante das Operações de Socorro (COS), com o objetivo de que o mesmo garanta a construção “(...) *de um sistema evolutivo de comando e controlo adequado à situação em curso.*” (Despacho n.º 3551/2015; p. 8634; Despacho n.º 3317-A/2018, p. 9530-(2)). Quando a resposta à situação de crise exige um nível superior de organização é da responsabilidade do COS tomar esta decisão tendo por base “(...) *que os meios disponíveis na intervenção inicial e respetivos reforços se mostrem insuficientes, ou quando a previsão do potencial dano o exigir ou aconselhar.*” (Despacho n.º 3551/2015, p. 8634; Despacho n.º 3317-A/2018, p. 9530-9532).

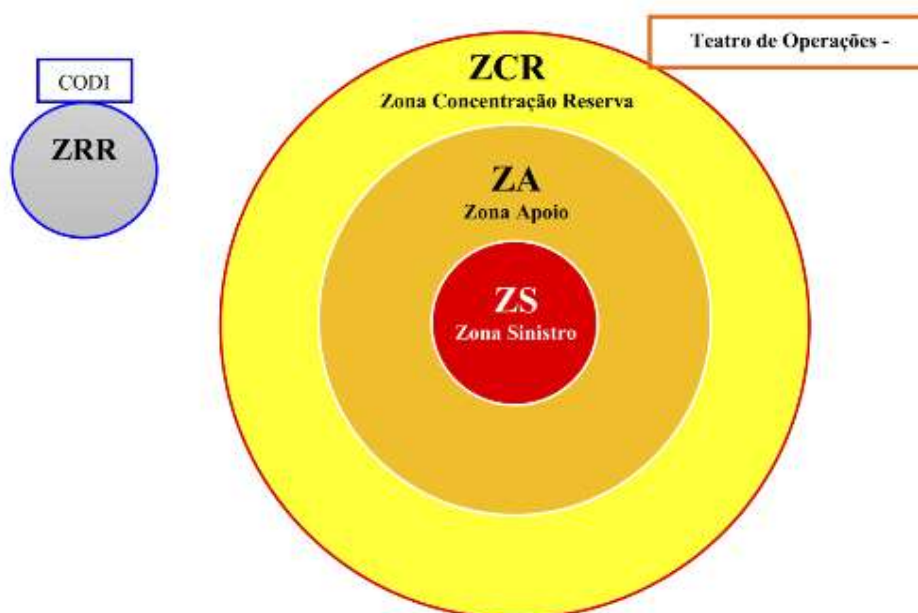
Para analisar as respostas mais adequadas ao acontecimento alvo de intervenção, o SGO organiza-se em três níveis que permitem avaliar e refletir as dimensões estratégia, tática e manobra. O nível estratégico responde à gestão da operação, nomeadamente com o equacionamento das estratégias de ação, planeamento de resultados e objetivos, bem como a identificação de necessidades de apoio e recursos. No que concerne ao nível tático, o mesmo refere-se à gestão das atividades operacionais, tendo em vista a resposta aos objetivos delineados pelo COS, no nível anterior, relacionando-se com a gestão de meios e recursos disponíveis, determinação de objetivos de manobra e comando tático de setores. O nível de manobra focaliza-se na operacionalização das atividades, com o intuito de concretização da operação de socorro e da resposta aos objetivos traçados (Despacho n.º 3551/2015; Despacho n.º 3317-A/2018).

O SGO desenvolve-se sob alçada do COS, com auxílio do Posto de Comando Operacional (PCO), que se assume como órgão diretor no local do acontecimento (Despacho nº 3551/2015; Despacho nº 3317-A/2018).

Por sua vez, a gestão das operações acontece mediante um Plano Estratégico de Ação (PEA) cuja finalidade se orienta para “(...) *antecipar e maximizar oportunidades, conduzir as forças na execução e conduta da operação e identificar as medidas de comando e controlo necessárias para a concretização dos objetivos.*” (Despacho nº 3551/2015, p. 8634; Despacho nº 3317-A/2018, p. 9530 (2)).

A operacionalização do PEA implica a determinação de um conjunto de áreas com propósitos bem definidos, que visam operacionalizar as estratégias delineadas e a sua avaliação *in situ*, garantindo dessa forma as respostas necessárias ao acidente grave ou catástrofe. Para tal, o SGO identifica a zona de intervenção (ZI), uma área geograficamente adaptada às características e tipologia do evento de crise, pelo que é variável quanto à sua extensão e formato. As ZI podem incluir “(...) *a Zona de Sinistro (ZS), a Zona de Apoio (ZA), a Zona de Concentração e Reserva (ZCR) e a Zona de Receção de Reforços (ZRR)*” (Despacho nº 3551/2015, p. 8634; Despacho nº 3317-A/2018, p. 9530(2)) tal como se pode constatar na figura seguinte.

**Figura 7.** Diagrama das Zonas de Intervenção



**Fonte:** Despacho nº 3317-A/2018, p. 9530-(3)

A ZS corresponde à área onde se desenvolve o acontecimento, destinando-se apenas aos meios necessários para a intervenção direta. Quanto à ZA, encontra-se adjacente à ZS, e é onde estão alocados os meios de apoio e logísticos (Despacho nº 3551/2015; Despacho nº 3317-A/2018). No entanto, as US da área afetada, podem ter um papel preponderante no apoio à ocorrência, mesmo que as instalações não se localizem na ZA, devendo o COS articular diretamente com o coordenador do plano de resposta à catástrofe externa da US, a sua atuação.

A ZCR do teatro de operações, destina-se ao abrigo provisório de meios e recursos disponíveis cujo papel de intervenção na ocorrência ainda não está determinado. Tal como se pode constatar na figura 6, estas áreas encontram-se sobre alçada dos COS (Despacho nº 3551/2015; Despacho nº 3317-A/2018).

Por sua vez, a ZRR constitui-se como uma zona externa ao teatro de operações, onde se procede à análise da evolução do sinistro e se disponibiliza apoio logístico, sendo a área onde se dirigem os meios de reforço antes de integrarem a ZCR. Esta zona responde sob responsabilidade do Comandante Operacional Distrital da área sinistrada (Despacho nº 3317-A/2018).

O diagrama apresentado permite a compreensão da organização e a articulação necessária entre todos os agentes da proteção civil num cenário de crise, possibilitando assimilar o papel de cada um e equacionar os contributos possíveis de cada entidade parceira na resposta à ameaça.

### 3. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA EM PORTUGAL

A evolução da atuação na situação de catástrofe alicerçou-se no progresso concomitante dos SU, assim, compreender a evolução da resposta médica no contexto da urgência/emergência implica conhecer a evolução do sistema de saúde em Portugal, permitindo-nos identificar e reconhecer os fatores que influenciaram e determinaram a sua configuração na atualidade.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde ([OPSS], 2001), o contexto histórico das respostas em saúde viu a sua grande evolução acontecer nas últimas cinco décadas, marcada por acontecimentos sociopolíticos que determinaram a conjuntura atual. Sousa (2009, p. 884) complementa perspetivando que a evolução do sistema de saúde assenta em quatro pilares fundamentais

*“(...) a questão da responsabilidade social e individual no financiamento dos cuidados de saúde; a possibilidade de se evoluir para um Estado Garantia (que para além de regular, seja prestador de cuidados e exigente na saúde); a aposta na centralidade do cidadão, no contexto da sociedade do conhecimento e da inovação; e, por último, a gestão de mudança nos sistemas de saúde.”*

Portugal sofreu assim uma série de alterações, num curto espaço de tempo, que acarretaram transformações fundamentais destacando-se o início da democracia após o 25 de abril de 1974, a entrada na Comunidade Económica Europeia em 1986 e a integração na União Monetária Europeia em 2000 (OPSS, 2001; Sousa, 2009).

Estes marcos históricos orientam-nos para alguns momentos chave, por exemplo, o sistema de saúde antes de 1970, caracterizava-se pela sua segmentação em que coexistiam várias instituições de cariz solidário como as Misericórdias, cujo papel passava pela gestão da maioria dos hospitais (Graça, 2000; Sousa, 2009).

Neste período, a oferta assistencial assentava também nos Serviços Médico-Sociais destinados aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. Por sua vez, os Serviços de Saúde Pública direcionavam a sua ação para a proteção da saúde. No que se

refere aos Hospitais estatais, gerais e especializados, disponíveis em número reduzido, encontravam-se alocados aos grandes centros urbanos (Graça, 2000; OPSS, 2001).

A revolução democrática de 1974 permitiu o emergir da Constituição de 1976, que assegura o reconhecimento do direito à proteção da saúde de todos os cidadãos. Esta garantia vê-se assegurada em 1979, com a implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), um serviço que procura garantir o caráter universal, geral e tendencialmente gratuito, consagrado na Lei n.º 56/79, de 26 de Agosto (Graça, 2000; OPSS, 2001; Sousa, 2009).

No entanto, a configuração inicial do SNS apresentou fragilidade estrutural uma vez que a sua construção assentou numa base financeira débil, cujo financiamento provinha do Orçamento Geral do Estado. Cumulativamente a ausência de inovação nos modelos de organização e gestão do SNS, a falta de transparência entre interesses públicos e privados, a dificuldade na acessibilidade e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde oferecidos, levam à necessidade de equacionar reestruturações (OPSS, 2001).

Em 1986, Portugal tornou-se membro da Comunidade Económica Europeia, atualmente designado por União Europeia, facto que catapultou o desenvolvimento na área da saúde, nomeadamente, ao nível da expansão de instalações e equipamentos do SNS (Sousa, 2009).

Este clima de evolução dá origem a um dos pontos centrais na Reforma da Saúde em Portugal, sendo que em 1990, a Assembleia da República aprova a Lei de Bases da Saúde, (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) dando início à reforma do SNS. Em 1993, emerge outro diploma fundamental, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro) (Graça, 2000; OPSS, 2001; Sousa, 2009). Define-se assim o sistema de saúde português como uma estrutura que visa a proteção da saúde e que a equaciona não só como um direito, mas simultaneamente como uma responsabilidade partilhada pela tríade cidadãos, sociedade e Estado (SNS, 2019).

A transição de século vê-se acompanhada por inúmeras reformas numa lógica de inovação ao nível da gestão, melhoria na qualidade assistencial e na acessibilidade.

Assim, em 2002, procede-se a mudanças na Lei de Bases da Saúde e é aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, um novo regime de gestão hospitalar, aplicável a todos

os estabelecimentos que integram a rede de prestação de cuidados de saúde, emergindo neste contexto os modelos de gestão de tipo empresarial (EPE) (SNS, 2019).

Em 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que procura responder aos novos desafios relacionados com o aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, bem como ao aumento da incidência e prevalência de pessoas com doenças crónicas (SNS, 2019).

Os anos de 2007 e 2008 foram profícuos no desenvolvimento CSP. Surgem as primeiras Unidades de Saúde Familiar que pretendem aumentar os ganhos em saúde através da melhoria na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados (idem).

O investimento nos CSP vê-se aumentado com a criação dos agrupamentos de centros de saúde, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Esta confluência procura garantir estabilidade na prestação de cuidados de saúde primários, uma gestão com rigor e equilíbrio, mas também, a melhoria no acesso aos cuidados de saúde (idem).

A par da evolução dos CSP, também a rede hospitalar sofre uma reforma profunda, nomeadamente ao nível dos serviços de urgência. Assim se constata que o SNS tem evoluído, numa lógica de centralidade do cidadão, ao nível da eficiência, do acesso, da qualidade e da sustentabilidade, como forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social (Ministério da Saúde, 2018).

Em articulação com a evolução social, política e económica do país, compatível com a pertença à União Europeia, acontece também um acentuado progresso tecnológico, cujo impacto na prestação de cuidados de saúde diferenciados é notório, particularmente na oferta de meios de suporte avançado de vida, na oferta assistencial em contexto de urgência/emergência e nas *guidelines* de atuação nestas circunstâncias.

Para permitir uma resposta sustentável e mais adequada às necessidades dos utentes, em 2006, através do Despacho n.º 18 459/2006 (atualizado em 2014, Despacho 10319/2014) dá-se início à Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência que determina uma resposta em três níveis: o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Básico (SUB), tendo como

princípio orientador face à localização dos serviços a equidade no acesso, procurando garantir assistência em menos de sessenta minutos (Despacho n.º 18 459/2006).

Compreender a visão da estruturação desta resposta em três patamares hierarquizados tem a sua génese no conceito desta tipologia de serviço, ou seja, o SU é o primeiro nível de atendimento à pessoa em caso de doença súbita ou trauma que implique cuidados em meio hospitalar, definindo-se como “*Emergência e urgência médica a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais.*” (Despacho nº 18459/2006, p. 18611), pelo que se trata de um processo em que está presente risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção num curto espaço de tempo, podendo implicar medidas de suporte avançado de vida.

Refletindo a necessidade de otimizar meios humanos e materiais, tendo por base que os serviços de urgência não respondem apenas a situações que ameaçam a vida de forma iminente, mas também a situações de doença aguda de menor complexidade, a Rede Nacional de Urgência procura oferecer uma resposta básica inicial, de proximidade, e uma resposta progressiva na qualidade da oferta assistencial, mediante as necessidades da pessoa doente, articulando-se, por um lado, com os meios pré-hospitalares através do INEM/CODU e, por outro lado, com serviços cuja resposta garanta a satisfação das necessidades do utente (Despacho 10319/2014).

Assim, o SUB emerge como primeiro nível de acolhimento, procurando garantir o acesso, a SU até 60 minutos, quando a população não tenha disponível um SU de nível superior (SUMC ou SUP). Dessa forma, assume-se como a tipologia mais próxima da população.

Este nível de cuidados procura responder às situações mais simples de urgência, mas também à estabilização de situações que apresentam maior complexidade e que, por esse motivo, exigem níveis de cuidados mais diferenciados. Esta resposta surge sempre que não estejam reunidas as condições de segurança clínica para assegurar o transporte direto para o nível hierárquico adequado, pelo que o Sistema de Emergência Médica Pré-hospitalar orienta o utente para este primeiro atendimento ou, sempre que o utente não utilize os serviços disponíveis no SNS através da linha 112 ou Linha Saúde 24 e, como tal, se apresenta diretamente no SUB (Silva, [et al], 2012; Despacho 10319/2014).

Para assegurar o tipo de cuidados para os quais foram pensados, os SUB dispõem dos recursos humanos mínimos de dois Médicos, dois Enfermeiros, um Técnico de



Diagnóstico e Terapêutica, um Assistente Operacional e um Assistente Técnico, por equipa (Despacho 10319/2014). Cumulativamente e, de uma forma geral, os SUB têm alocada uma ambulância de suporte imediato de vida (SIV), ativável pelo CODU, em gestão integrada, que permite a colaboração na transferência inter-hospitalar de doentes críticos (Despacho 5561/2014).

Refletindo a realidade da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), face às recomendações da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (Silva, [et al], 2012) o distrito de Viana do Castelo passa a estar dotado com dois SUB e um SUP, sendo que o SUB do Hospital Conde de Bertiandos apresenta algumas particularidades, uma vez que a constituição da equipa aufere de um médico de Medicina Interna no período das 9 às 21 horas, para além dos dois médicos que compõem a dotação mínima prevista no Despacho 10319/2014. Para responder a este incremento na equipa médica, a equipa de enfermagem está dotada com quatro enfermeiros no turno da manhã e tarde e três enfermeiros no período da noite. Também a equipa de Assistentes Operacionais sofre alterações, estando disponíveis dois elementos nos turnos da manhã e tarde e um durante o turno da noite.

No que concerne ao nível intermédio de resposta, na hierarquia da diferenciação dos cuidados de urgência/emergência, emerge o SUMC. Este é compreendido como o segundo nível de acolhimento, encontrando-se na retaguarda da resposta de apoio diferenciado aos SUB. No entanto, sempre que os meios disponíveis no SUMC não garantam a resposta necessária à situação do utente porque este necessita de cuidados ainda mais diferenciados ou de observação por especialidades não existentes neste nível de oferta, o SUMC referencia para o SUP definido na rede de referenciação (Despacho 10319/2014).

O SUMC está dotado com equipas Médicas, de Enfermagem, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos em número adequado à população da respetiva área de influência, garantindo recursos nas especialidades de Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral com bloco operatório disponível nas 24 horas, Ortopedia, Anestesiologia, Imunohemoterapia, Imagiologia com radiologia convencional, ecografia simples e TAC, em permanência, e Patologia Clínica (Silva, [et al], 2012; Despacho 10319/2014).

Por sua vez, o apoio das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia e Medicina Intensiva deve acontecer de acordo a organização da rede de especialidades hospitalares de referência (Silva, [et al], 2012; Despacho 10319/2014), que no caso do SUMC da ULSAM garante nas 24 horas, apenas a especialidade de Medicina Intensiva, sendo que as restantes especialidades referidas, com exceção de nefrologia, que não existe nesta ULS, apenas se encontram disponíveis presencialmente no período da manhã. Em caso de necessidade, os doentes são orientados para o SUP de referência, mediante a especialidade/cuidados de que necessitam.

O SUMC da ULSAM tem disponível uma VMER, em gestão integrada, que responde ao pré-hospitalar e, em simultâneo, participa na prestação de cuidados ao doente crítico do SU e no seu eventual transporte para um centro de maior diferenciação. A sua ativação depende exclusivamente da decisão do CODU/INEM (Silva, [et al], 2012; Despacho 10319/2014).

Os SU de maior nível de responsabilidade correspondem aos SUP. Esta tipologia procura oferecer uma resposta de proximidade à população segundo rácio de um SUP por cada 750.000 a 1.000.000 habitantes e caracteriza-se por apresentar o nível mais diferenciado de prestação de cuidados em Urgência/Emergência.

Tal como acontece nos SUMC, também os SUP detêm uma VMER em gestão integrada, cuja equipa colabora na prestação de cuidados ao doente crítico e no seu eventual transporte, de acordo com ativação pelo CODU do INEM (Paiva, [et al], 2012; Despacho 10319/2014).

A necessidade de otimizar recursos, contribuindo para a sustentabilidade do SNS, mas também de forma a garantir a qualidade da oferta assistencial implica que alguns SUP se especializem. Por exemplo, podem dedicar-se ao doente politraumatizado, designados por Centro de Trauma aos quais “(...) *compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave.*” (Despacho 10319/2014, p. 20674). Podem ainda possuir Centros de Oxigenação por Membrana Extracorporal (Centros de ECMO) e Centros de Medicina Hiperbárica capazes de oferecer resposta urgente (Paiva, [et al], 2012; Despacho 10319/2014).

O desempenho de funções nos SU e em centros tão específicos como os que se expuseram, que oferecem atendimento à pessoa em situação crítica, requerem

competências e conhecimentos singulares que providenciem uma prática de excelência no limiar da vida e da morte. Neste contexto, emerge a figura do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, profissional dotado com um corpo de conhecimentos e competências específicas que a seguir se apresenta.

#### **4. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA RESPOSTA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A evolução da oferta assistencial dos SU, com a atual estruturação em três níveis hierarquizados e articulação com o INEM, tem procurado garantir respostas adequadas em situações de adversidade, pelo que concomitantemente a este desenvolvimento emergiram os PEUS, na procura de dotar instituições e profissionais dos recursos e competências necessários para uma resposta de qualidade em situação de exceção.

Assim, os cuidados prestados no contexto de catástrofe, com resposta dos SU, equacionam atualmente, o atendimento a múltiplas vítimas, com diferentes necessidades de cuidados, pelo que se apresenta uma matriz complexa de desafios. Esta situação requer cuidados altamente especializados cuja finalidade é contribuir para a manutenção das funções básicas de vida, prevenir complicações e morbilidades, tendo em vista a recuperação completa de todas as vítimas (Regulamento 429/2018). Segundo o mesmo Regulamento, as situações de exceção e adversidade apresentam inúmeras questões desafiantes relacionadas simultaneamente com o desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades face ao elevado número de vítimas que possam atingir e, com a possível gravidade dos quadros clínicos encontrados.

Refletindo as exigências dos cenários de catástrofe emerge a figura do Enfermeiro Especialista, cujos profissionais detêm “(...) *um conhecimento aprofundado (...), demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)*” (Regulamento 122/2011, p. 8648).

Em âmbito específico emergem as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), que habilitam estes profissionais a dinamizar “(...) *a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.*” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

Assim, a perícia destes profissionais deverá ser empregue durante as diferentes fases do ciclo da catástrofe, indo de encontro às expectativas de atuação destes enfermeiros especialistas, uma vez que devem intervir na realização dos planos institucionais de

atuação na emergência e catástrofe externa, bem como na liderança da resposta a estas situações (idem).

Os estudos levados a cabo por Magnaye, [et al] (2011) revelam que os enfermeiros contribuem com competências específicas na gestão e prestação de cuidados na catástrofe. Por outro lado, estes profissionais não só se apresentam na primeira linha de resposta a este tipo de eventos, como também, a sua visão clínica sobre a pessoa em estado crítico, permite-lhes desenvolver políticas de gestão de recursos humanos/materiais e a elaboração de planos abrangentes de cuidados, assentes na conduta e competências adquiridas.

Espera-se assim, profissionais capacitados, munidos de competências acrescidas que lhes permite uma intervenção diferenciada à pessoa em condição clínica crítica e risco de falência orgânica, que pode ser num cenário de situações de exceção, que apresentam elevados níveis de complexidade e adversidade, como na resposta a multivítimas. Desta forma, o EEEPSC quando confrontado com um contexto de catástrofe ou exceção deve atuar “*concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime*” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Face à complexidade dos eventos que envolvem multivítimas, muitas vezes associados a elevados prejuízos materiais provocados pela catástrofe ou acidente grave, a intervenção dos profissionais de saúde acontece num enquadramento assistencial pluriprofissional que engloba um conjunto de respostas fundamentais tais como Proteção Civil, GNR, Polícia, Bombeiros, entre outros. Desta forma, os EEEPSC devem estar incluídos nas equipas multidisciplinares de apoio ao evento adverso, fazendo parte integrante dos núcleos de comando, dos cargos de liderança e de gestão, mantendo em simultâneo a resposta no terreno, tal como preconizado no Regulamento 429/2018, em que se pretende que este profissional faça a gestão e dinamize as respostas nestes contextos, da conceção à ação.

Para a concretização desta premissa, o enfermeiro “*Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência. Planeia resposta à situação de catástrofe.*” (Regulamento 429/2018, p. 19363/19364). A capacidade de relação com o nível estratégico para a conceção destes planos implica o conhecimento do PNEPC e do PDEPC (Regulamento 429/2018). Em termos institucionais, espera-se que o EEEPSC

conceba ou colabore na elaboração, concretização e operacionalização do PRC do serviço e plano de emergência da instituição (Idem).

É importante ressaltar que a concretização destes planos na ULSAM decorre do empenho multidisciplinar das equipas que integram o Departamento de Medicina Crítica, sendo que o EEEPSOC concorre para a tomada de decisão, envolvendo-se desde a conceção, divulgação, treino e revisão até à sua aplicação na ação.

Quando em situação efetiva de evento adverso, o EEEPSOC “*Planeia a resposta à situação de catástrofe.*” (Regulamento 429/2018, p. 19364). Neste contexto o enfermeiro especialista põe em prática as competências de atuação em catástrofe, concorrendo para a identificação do nível de resposta a ser oferecido pelo serviço/instituição, aplicando a triagem primária e secundária, decidindo a sequência de atuação da equipa e sistematizando as ações a implementar (Regulamento 429/2018).

O EEEPSOC é ainda responsável pela gestão dos cuidados no contexto de emergência, exceção ou catástrofe, sendo que lhe estão atribuídas funções de liderança na atribuição e aplicação dos papéis e atividades a desenvolver pelos membros da equipa, nomeadamente, de avaliação permanente e continuada da articulação e da eficiência da equipa na prestação de cuidados nas diferentes áreas da oferta assistencial. Decorrente desta apreciação, é responsável pela adequação da resposta e introdução de medidas corretoras face às inconformidades detetadas. Tem ainda um papel preponderante na gestão da comunicação de informação neste contexto, bem como na garantia da preservação de indícios de prática de crime enquanto assegura a eficiência dos cuidados oferecidos (Regulamento 429/2018).

Refletindo as responsabilidades atribuídas, o EEEPSOC assume-se como uma figura de particular interesse no centro da gestão de catástrofes, uma vez que detém competências que lhe permitem colaborar com profissionais de outras áreas e, dessa forma, concorrer para o desenvolvimento profícuo da resposta a nível local, regional ou nacional, em todas as fases do ciclo da catástrofe.

No entanto, importa ressaltar que a atuação do EEEPSOC em contexto de urgência/emergência agrega um conjunto de competências que se estendem para além das exigidas em situação de catástrofe.

Tendo em consideração a complexidade dos processos de saúde e doença neste contexto e as respostas imprescindíveis à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica, bem como à sua família, que implicam um envolvimento e atuação abrangente, centrada numa abordagem holística, o EEEPSC mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para oferecer as respostas necessárias. Para tal,

*“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (...) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”*  
(Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

**CAPÍTULO II –**  
**PLANO DE RESPOSTA À CATÁSTROFE EXTERNA:**  
**CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO DE ATUAÇÃO**  
**MULTIDISCIPLINAR E PLURIPROFISSIONAL**



Este capítulo dedica-se à apresentação das principais opções metodológicas que norteiam o presente trabalho projeto, bem como a sua fundamentação.

Tem início com a abordagem da pertinência da temática escolhida, percorrendo-se de seguida, as fases metodológicas de projeto, culminando na apresentação das considerações éticas que acompanham todo o desenvolvimento deste desafio.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Como vimos a abordar, a probabilidade de se verificarem eventos excepcionais adversos ou catástrofes é uma realidade que se tem vindo a tornar mais comum. A tomada de consciência de que estes eventos são cada vez mais frequentes, fruto de um conjunto de alterações muito relacionadas com a mão humana e cujo impacto se traduz no aumento dos riscos de natureza tecnológica mas também, no potenciar dos riscos de origem natural, muito associados às profundas alterações climáticas a que se assiste na atualidade.

O incremento de fenómenos meteorológicos extremos e devastadores, leva a comunidade política internacional a reconhecer que a Humanidade está perante uma ameaça global sem precedentes e a debruçar-se sobre a temática nas Conferências Mundiais de Redução de Catástrofes, procurando nestes momentos estratégias de ação concertada (Rodrigues, 2010; ANPC, 2016).

Assim, decorrente desta sensibilização, em 2005, na 2ª Conferência Mundial de Redução de Catástrofes, 168 países membros das Nações Unidas, dos quais se destaca Portugal, adotaram a Declaração de Hyogo e o Quadro de Ação de Hyogo 2005/2015 cujo objetivo era aumentar a resiliência das Nações e das Comunidades face aos desastres (Rodrigues, 2010; ANPC, 2016).

De modo a dar cumprimento às recomendações desta conferência, em 2010 cria-se a Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes. Simultaneamente, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a Campanha **Cidades Resilientes** procurando realçar a importância do investimento local no desenvolvimento de comunidades resilientes (ANPC, 2016).

Em 2015, acontece em Sendai a 3ª Conferência Mundial da ONU para a Redução de Riscos de Desastres da qual emana a Declaração de Sendai e o Marco para a Redução de Riscos de Desastres 2015/2030. A sua aplicação requer um forte comprometimento político e social dos estados membros, assente em quatro pilares essenciais: entender os riscos dos desastres, reforçar a gestão dos mesmos e investir na sua redução bem como na resiliência e fortalecer a prevenção de desastres acompanhado de respostas efetivas (ONU, 2015).

Refletindo as orientações que emergiram das conferências mundiais para a diminuição de riscos de desastres e a necessidade de limitar as suas consequências, tanto no campo da destruição material, como no impacto destrutivo em termos de tecido humano, a literatura e o estado da arte vieram demonstrar que a redução do impacto destes eventos passa por dotar autoridades, cidadãos e comunidades de um conjunto de conhecimentos e capacidades que lhes permitam gerir e reagir de forma eficaz durante e após a catástrofe (Rodrigues, 2010).

Esta preparação assenta num conjunto de medidas que respondem ao ciclo de catástrofe e que passa pela constituição de *stocks* de material e de alimentos, pela elaboração de planos de emergência e resposta à catástrofe pelas instituições, nomeadamente hospitalares e que permitem dotar os serviços de urgência e os dispositivos de permanência com os meios humanos e materiais adequados, que permite a gestão eficaz das comunicações, dos mecanismos de gestão e de coordenação de informação e a formação de pessoal, através de exercícios simulados (Rodrigues, 2010; ONU, 2015).

Neste sentido, o investimento realizado na mitigação dos riscos e a organização da resposta à situação de exceção e catástrofe “(...) *permite fazer a diferença e assegurar a coerência entre as atividades de gestão de desastres, competências da Proteção Civil, e garantir a coerência e a complementaridade entre as esferas humanitárias e do desenvolvimento (...)*” (Rodrigues, 2010, p. 225).

Assim, para que a atuação dos enfermeiros, bem como a equipa multidisciplinar do SUB seja eficaz na resposta a um evento multivítimas, torna-se necessário que agreguem mais competências e maior sistematização na sua ação profissional nestes contextos particulares.

Estas constatações aliadas à nossa preocupação, que emerge do contexto laboral, impulsionam a prossecução deste trabalho.

## 2. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de trabalho de projeto centra-se na produção de respostas a problemas identificados em contexto real, permitindo o desenvolvimento de estratégias e intervenções que conduzem à resolução dos mesmos (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). As suas características e objetivos fazem desta metodologia uma ferramenta potenciadora do desenvolvimento e aquisição de capacidades e competências, que emergem da conceção e da concretização dos projetos equacionados, com base nas situações concretas dos contextos vivenciados, promovendo uma prática baseada em evidência e que, dessa forma, permite responder às exigências da atualidade (Ferreira, 2009; Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Assume-se assim como uma metodologia em que é imprescindível

*“(...) a clarificação das intenções que o orientam e que o justificam (“projeto-visado”), a conceção do plano que o organiza (“projeto-plano”), a ação que o irá concretizar (“projeto-processo”) e que permite produzir efeitos (“projeto-produto”) que melhorem a situação presente que esteve na sua origem” (Cortesão, Leite e Pacheco, 2002 in Ferreira, 2009, p. 144/145).*

Neste sentido, integra abordagens que se relacionam com a participação, bem como com a investigação/ação centrada na resolução eficaz de problemas (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Este processo pressupõe um conjunto de etapas, que se caracterizam pelo dinamismo colaborativo e flexibilidade, uma vez que resulta da interação do grupo alvo do projeto com o investigador, pois o planear/implementar das atividades envolve a colaboração da população abrangida, podendo ajustar-se e reorganizar-se sempre que tal for considerado necessário. Desta forma, esta metodologia contribui para transformar e melhorar a realidade dos intervenientes no trabalho de projeto, conferindo-lhe uma característica investigativa e produtora de conhecimento, aplicado àquele contexto particular e concreto (Leite [et al], 2001, in Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Tendo presente estas características e finalidades optamos pela metodologia de trabalho de projeto por permitir o desenvolvimento de competências pessoais e, simultaneamente,

contribuir para a melhoria da prestação de cuidados no contexto de catástrofe, através da habilitação de toda a equipa prestadora de cuidados no SUB pelo desenvolvimento de capacidades e competências e também, por possibilitar dotar o serviço com os recursos necessários à resposta a eventos de exceção.

Podemos assim afirmar que esta metodologia constitui uma oportunidade para o desenvolvimento de competências profissionais, que encaminham o profissional para uma prática de excelência, sustentada nas evidências científicas disponíveis e que permitem a resolução das fragilidades detetadas.

Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) identificam cinco etapas na metodologia de projeto que permitem o conhecimento e a transformação da realidade que gerou a inquietação, tendo início na elaboração do diagnóstico de situação, seguindo-se da definição de objetivos para depois planear as atividades, meios e estratégias a implementar, seguido da execução do plano de atividades equacionado e sua avaliação, culminando na divulgação dos resultados obtidos.

Enquanto elemento da equipa de enfermagem do SUB do Hospital Conde de Bertiandos, identificamos como problema alvo de intervenção, a inexistência de um PRCE atualizado, que sistematize a atuação de cada profissional, que dote o serviço com os meios necessários e permita uma atuação concertada e eficaz de toda a equipa perante um evento com multivítimas. Perante esta problemática, aspiramos contribuir para a melhoria da oferta assistencial através da criação do PRCE, de dotar o SUB com os meios materiais necessários, estruturar a resposta de articulação necessária com o nível estratégico e, da realização de formação para desenvolver as competências e capacidades necessárias, aos profissionais envolvidos.

Para os autores Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), o recurso à metodologia de projeto nos cuidados de saúde implica a resolução de um problema que é entendido como preocupante por todos os membros que participam na sua realização. Assim, era necessário identificar se a nossa inquietação era sensível à equipa médica e de enfermagem, pois, para fomentar desenvolvimento e mudança, é fulcral que o problema seja identificado e considerado como fundamental e pertinente pelos indivíduos que o experienciam, pelo que se procedeu ao diagnóstico de situação.

## **2.1 Diagnóstico de Situação**

Esta primeira etapa tem como finalidade a construção de um modelo descritivo da realidade sobre a qual o investigador pretende atuar e modificar, tendo como base as carências integradas da equipa multidisciplinar e a necessidade de otimizar a reposta assistencial, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados em contexto de adversidade ou catástrofe (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Os autores Many e Guimarães (2006) referem que o contexto de trabalho projeto permite obter informações através dos instrumentos de recolha de dados mas que, simultaneamente, esta colheita é complementada por meio de conversas informais e da observação da realidade em estudo.

Desta forma, sendo elemento da equipa do SUB, a observação participada, a reflexão sobre a problemática e as entrevistas informais de caráter exploratório com elementos chave do serviço, complementados por um questionário, permitiram realizar o diagnóstico de situação e perceber que os profissionais que integram esta equipa assumem o problema como real e o projeto como fundamental na compreensão do papel de cada elemento, na uniformização dos procedimentos de atuação e, conseqüentemente, traduzindo-se numa intervenção que ofereça as respostas adequadas e necessárias ao contexto de eventos de exceção, refletindo ganhos na qualidade dos cuidados prestados.

A elaboração deste projeto assenta na compreensão do contexto do estudo, passando a uma breve caracterização da instituição onde decorreu o trabalho projeto e da Unidade Local de Saúde (ULS) onde se insere.

### **2.1.1 Caracterização do contexto hospitalar**

O Hospital Conde de Bertiandos é um estabelecimento integrado na rede de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde e incorpora a ULSAM.

A ULSAM, E.P.E., criada pelo Decreto-Lei 183/2008, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, é constituída por duas unidades hospitalares, o Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo e, tal como já foi dito, o Hospital Conde de Bertiandos, em Ponte de

Lima. A ULSAM agrega ainda doze centros de saúde (Arcos de Valdevez, Barroselas, Caminha, Darque, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), uma Unidade de Saúde Pública e duas Unidades de Convalescença, em que apenas uma (Valença) pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta ULS constitui-se como uma entidade pública empresarial, integrada no SNS que abrange a totalidade do distrito. O Hospital Conde de Bertandos tem como área de influência o concelho de Ponte de Lima, Arcos de Valdevez, Ponte da Barca e Paredes de Coura.

Tem capacidade instalada para sessenta e quatro camas, divididas pelos três internamentos, que incorporam três gabinetes médicos, um por cada unidade.

A Consulta Externa é constituída por vinte gabinetes de consulta médica e cinco salas técnicas, a que se acresce uma área dedicada a Hospital de Dia composta por duas salas, uma equipada com quatro cadeirões e outra que disponibiliza sete cadeirões.

O Hospital está provido de uma área de reabilitação e fisioterapia, que inclui piscina.

Possui também, uma área destinada a patologia clínica, uma área de radiologia, um bar e um refeitório.

É dotado com um SUB, que disponibiliza oito camas para observação e monitorização, com apoio da especialidade de Medicina Interna.

Como estruturas de apoio tem o Centro de Saúde de Ponte de Lima, nas imediações e a ambulância SIV, sediada neste hospital, sendo a sua equipa partilhada entre enfermeiros do INEM e enfermeiros que integram a equipa do SUB. A SIV dá resposta às necessidades da emergência pré-hospitalar e colabora na transferência inter-hospitalar de doentes que cumprem critérios determinados pelo CODU/INEM.

### **Caracterização do SUB do Hospital Conde de Bertandos**

O SUB comporta várias áreas de atendimento. Inclui uma área de admissão e registo, uma área de triagem de prioridades, área de espera (SUB Espera), área de avaliação clínica composta por quatro gabinetes médicos; área de emergência com condições para prestar cuidados de suporte avançado de vida a duas vítimas em simultâneo, duas áreas para

observação de doentes (OBS grande, dotado com 5 camas e dois cadeirões e OBS pequeno, dotado com 3 camas), área de pequena cirurgia/tratamento de feridas, área de nebulizações com sete cadeirões, duas áreas em que se alocam macas (distribuídas pelos corredores 1 e 2, sendo a sua dotação variável, em função do recurso ao SUB), um gabinete destinado à coordenação da equipa médica e de enfermagem.

Pela sua localização, dispõe de acesso fácil aos meios complementares de diagnóstico TAC e RX, e articula-se com o laboratório no envio de amostras através de uma plataforma de vácuo ou transporte em mão no caso de produtos que não podem circular em vácuo ou em caso de avaria deste sistema.

Segundo o relatório e contas da ULSAM (2016), que aborda a acessibilidade aos cuidados de saúde e os gastos com os mesmos, foram realizados no SUB do Hospital Conde de Bertiandos em 2016, 37840 atendimentos.

**Figura 8.** Mapa SUB do Hospital Conde de Bertiandos



**Fonte:** ULSAM

### Breve caracterização da equipa multidisciplinar do SUB

A equipa do SUB é constituída por profissionais de diversas áreas. Integra 36 médicos dos quais 11 são especialistas em Medicina Interna, fornecendo apoio presencial, diariamente, das 9 às 21 horas.

A equipa de enfermagem é composta por 24 enfermeiros, 7 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo os restantes 15 elementos, enfermeiros de cuidados gerais. É liderada, em funções de Chefia, por uma Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Importa referir que quando os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica se encontram de serviço, exercem o cargo de enfermeiro responsável de turno são o elemento destacado para a prestação de cuidados na sala de emergência e integram ainda a equipa de emergência hospitalar que responde às necessidades em emergência médica nos diferentes serviços que integram o Hospital Conde de Bertiandos. Quando não se encontram enfermeiros especialistas a integrar a equipa em funções, a atribuição dos cargos referidos acontece pelo tempo de serviço no SUB.

### **Instrumento de diagnóstico de situação: questionário**

Para melhor fundamentar o diagnóstico de situação, foi aplicado também um questionário a vinte médicos e vinte e quatro enfermeiros que integram a equipa do SUB (Apêndice D).

A opção pela construção do questionário assentou num conjunto de características que lhe conferem qualidade e que permitem tornar-se um instrumento fundamental na decisão face ao projeto a desenvolver. Assim, foi formulado procurando ser claro, simples, relevante, fiável, permitir a sua análise estatística e ser célere na obtenção dos resultados (Andrade, 2009).

A aplicação deste instrumento teve como principais objetivos:

- Identificar o tempo de experiência profissional dos médicos e enfermeiros no contexto de urgência;
- Identificar a formação pós-graduada da equipa médica e de enfermagem do SUB;
- Identificar a perceção da equipa médica e de enfermagem do SUB sobre o plano de catástrofe vigente na instituição;



- Perceber os conhecimentos e a experiência que a equipa médica e de enfermagem detêm sobre planos de resposta à catástrofe;
- Perceber a importância que tanto médicos como enfermeiros atribuem à existência de um plano de resposta à catástrofe;
- Identificar as necessidades de formação da equipa que permita dar resposta à situação de catástrofe.

No sentido de informar os objetivos do trabalho, para obter o consentimento informado, solicitar e motivar a colaboração, sensibilizando para a importância do seu contributo, foi realizada uma apresentação do instrumento à equipa médica e de enfermagem. Este momento foi fundamental no apelo à resposta a todas as questões e onde foi assegurada a privacidade e confidencialidade dos dados obtidos.

O instrumento, constituído por questões abertas e fechadas com várias opções de resposta, foi estruturado em duas partes distintas. A primeira refere-se à caracterização sociodemográfica e profissional das equipas médica e de enfermagem e a segunda contém um conjunto de questões relativas à resposta à catástrofe abordando conhecimentos, práticas de atuação e a motivação para a implementação de um Plano de Resposta à Catástrofe Externa.

A sua aplicação foi antecedida de uma validação prévia, tendo sido realizado um pré-teste a dez participantes, cinco médicos e cinco enfermeiros de outro contexto SUB que oferecem uma tipologia semelhante aos participantes do SUB do Hospital Conde de Bertiandos procurando assegurar uma melhor adequação ao grupo alvo de estudo e possibilitou, em simultâneo, aferir aspetos como a relevância, clareza e compreensão das questões que compõem o instrumento, não havendo necessidade de proceder a alterações.

A recolha de dados decorreu no mês de fevereiro e março de 2019. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados, os questionários foram recolhidos em envelope fechado e codificados posteriormente, codificando-se também por pergunta, para a sua análise posterior.

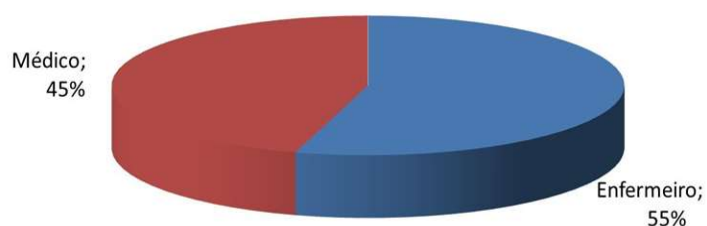
O tratamento estatístico de dados aconteceu com recurso ao programa informático Excel<sup>®</sup>, versão de 2019, para medidas de frequências absolutas e relativas, cujos valores são apresentados em tabelas dinâmicas, gráficos de barras e circulares, possibilitando a análise de variáveis de uma forma fácil e objetiva.

### 2.1.2 Tratamento de dados e discussão dos resultados

Apresentam-se, de seguida, os resultados e discussão dos mesmos, tendo início com a caracterização dos participantes segundo a profissão, sexo, idade, experiência profissional, estado civil e habilitações académicas.

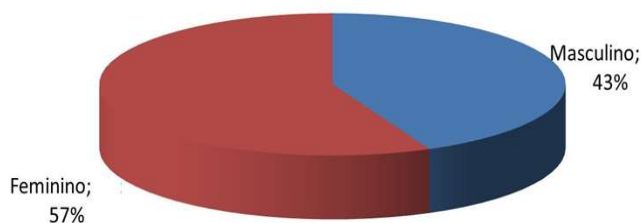
À data da colheita de dados, a equipa médica e de enfermagem era constituída por 44 elementos, sendo 20 elementos da classe médica e 24 enfermeiros (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Distribuição por classe profissional



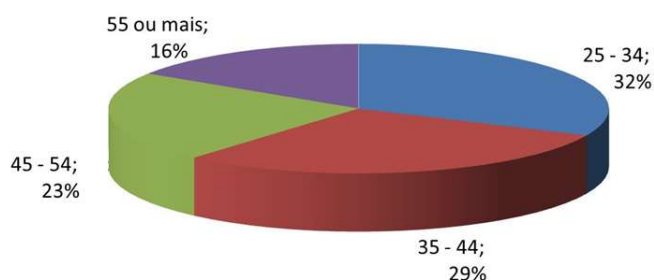
Quanto ao sexo (Gráfico 2), podemos verificar uma predominância do sexo feminino (57%), o que vai de encontro aos dados da profissão de enfermagem, que continua a ser maioritariamente feminina. No que concerne aos médicos, a equipa é homogénea, dividindo-se de igual forma (50%) pelos sexos masculino e feminino.

**Gráfico 2.** Caracterização da equipa quanto ao sexo



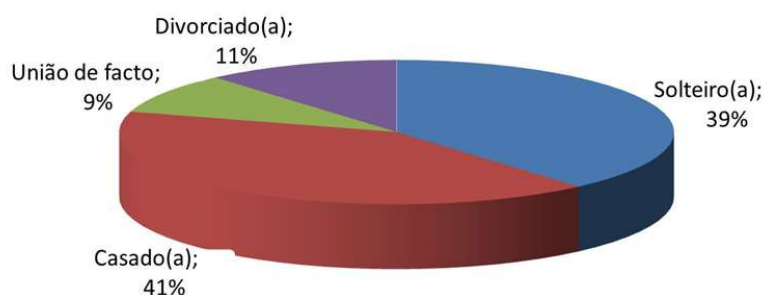
No que se refere à idade (Gráfico 3), 61% da equipa situa-se entre os 25 e os 44 anos, revelando-se uma equipa jovem, apesar de 16% ter 55 anos ou mais.

**Gráfico 3.** Caracterização da equipa quanto à idade



Relativamente ao estado civil (Gráfico 4), constata-se uma aproximação entre a percentagem dos casados (41%) e dos solteiros (39%).

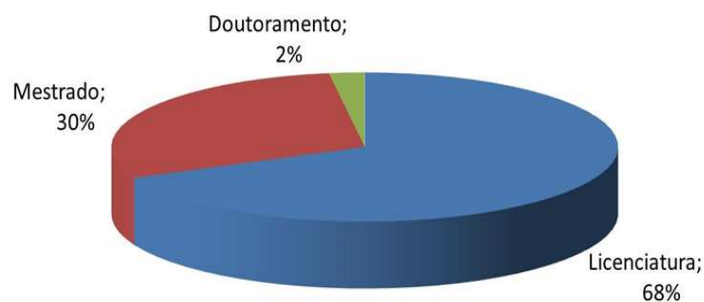
**Gráfico 4.** Caracterização da equipa quanto ao estado civil



No que diz respeito à formação académica (Gráfico 5), são predominantemente detentores de Licenciatura (68%), 30% têm Mestrado e 2% tem Doutoramento.

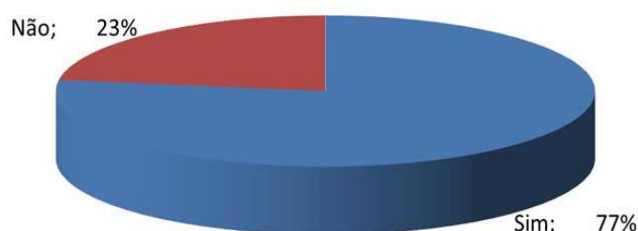
De referir que o grau de Doutor apenas existe nos médicos e também se verifica um maior investimento na formação académica Mestrado neste grupo (18%), enquanto 12% se refere aos enfermeiros.

**Gráfico 5.** Caracterização da equipa quanto às habilitações académicas



No que concerne ao investimento em formação (Gráfico 6), 77% da equipa possui formação especializada ou Pós-Graduação, sendo relevante referir que os médicos demonstram mais investimento no conhecimento pós-licenciatura (95%) quando comparado com os enfermeiros (62,5%).

**Gráfico 6.** Caracterização da equipa quanto à formação especializada/Pós-Graduação



Relativamente à formação realizada, as Especializações/Pós-Graduações mais referidas são Especialização em Medicina Geral e Familiar (40%) pelos médicos e pelos enfermeiros que integram a equipa SUB, valoriza-se a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (29,2%), verificando-se também, investimento em outras áreas como se pode constatar nas tabelas seguintes (Tabela 1 e Tabela 2).

De salientar que existem médicos e enfermeiros que realizaram mais do que uma Especialização ou Pós-Graduação.

**Tabela 1.** Tabela de frequências relativas à formação especializada/Pós-Graduação Médicos

	Frequência	Percentagem
Não possui	3	15
Pós-Graduação Doente Crítico e Emergência	2	10
Pós-Graduação Medicina do Doente Crítico	1	5
Pós-Graduação em Medicina Desportiva	3	15
Especialização Medicina Geral e Familiar	8	40
Especialização Medicina Interna	7	35
Especialização Saúde Pública	1	5
Especialização em Medicina tropical	1	5
Especialização em Anestesia	1	5

**Tabela 2.** Tabela de frequências relativas à formação especializada/Pós-Graduação Enfermeiros

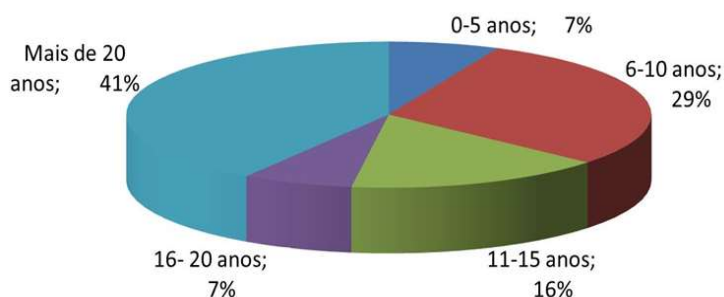
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Não possui	6	25
Pós-Graduação Bioética	1	4,2
Pós-Graduação Doente Crítico e Emergência	1	4,2
Pós-Graduação em Emergência e Catástrofe	3	12,5
Pós-Graduação Enfermagem Cuidados Intensivos	1	4,2
Pós-Graduação Enfermagem de Urgência e Emergência	1	4,2
Pós-Graduação Oncologia	1	4,2
Pós-Graduação em Higiene Saúde e Segurança no Trabalho	1	4,2
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica	7	29,2
Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	1	4,2
Especialização Enfermagem de Reabilitação	1	4,2

Relativamente à experiência profissional (Gráfico 7), a maioria (41%) tem mais de 20 anos, 29% tem entre 6 a 10 anos, 16% exerce funções entre 11 a 15 anos, na mesma proporção (7%) encontram-se no início de carreira, até 5 anos ou tem entre 16 a 20 anos de experiência enquanto profissional de saúde.

Analisando por grupo profissional, a equipa médica revela-se uma equipa jovem, sendo que 10% exerce funções há menos de 5 anos e 40% da equipa tem menos de 10 anos de experiência, 20% desempenha funções entre 11 e 15 anos, 5% entre 16 a 20 anos e 25% trabalha há mais de 20 anos.

No que se refere à equipa de enfermagem, a distribuição da variável experiência profissional revelou-se bastante assimétrica, repartindo-se numa percentagem de 20,8% no intervalo de 6 a 10 anos, 12,5% tem entre 11 a 15 anos de experiência; 8,4% exerce funções entre 16 a 20 anos e a maior parte da equipa (58,3%) trabalha há mais de 20 anos, o que nos permite afirmar tratar-se de uma equipa muito experiente.

**Gráfico 7.** Caracterização da equipa quanto à experiência profissional



No que se refere ao vínculo com a instituição ULSAM (Gráfico 8), 43% tem Contrato de Trabalho em Funções Públicas, 38,6% Contrato por tempo indeterminado, 16% indicam outro tipo de vínculo (11,5% Contrato de Prestação de Serviços e 4,6% estão a Recibos Verdes) e 2% Contrato Individual de trabalho.

**Gráfico 8.** Caracterização da equipa quanto ao tipo de vínculo com a Instituição



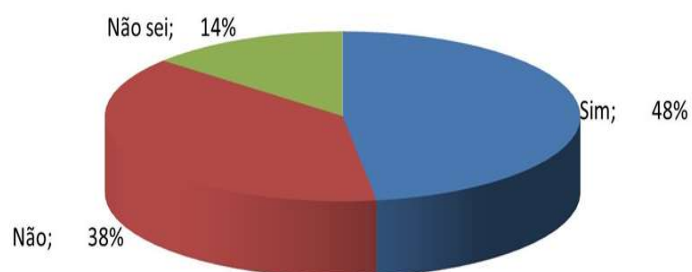
Da análise destes resultados, no que se relaciona com a caracterização socioprofissional, a equipa médica mostra-se jovem, com vínculo precário com a instituição, nomeadamente através de contratos de prestação de serviços ou recibos verdes, mas com empenho na aquisição de competências relacionadas com o tratamento do doente urgente/emergente e outras áreas, através de formação especializada ou pós-graduada.

No que concerne aos enfermeiros, trata-se de uma equipa experiente, em que mais de 40% detém mais de 20 anos de desempenho de funções; apresenta-se como uma equipa estável, no que se relaciona com o vínculo à ULS, e com investimento em formação especializada ou Pós-Graduada na resposta ao doente em contexto de urgência/emergência e em outras áreas.

A segunda parte do questionário debruça-se sobre a análise dos conhecimentos da equipa relativos à catástrofe e procura ainda analisar a opinião da equipa face aos procedimentos, material e importância do plano de resposta à catástrofe.

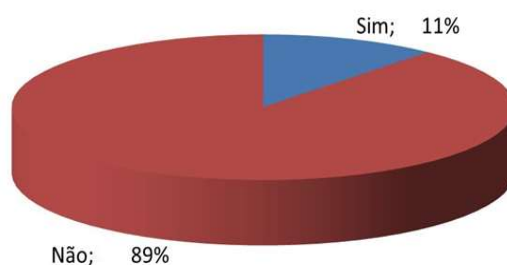
Assim, e no que concerne à disponibilidade de um PRC no SUB do Hospital Conde de Bertiandos, a maioria dos inquiridos (52%) acredita que o SUB não dispõe deste Plano ou desconhece a sua existência, o que vai de encontro à realidade do serviço, que embora disponha de um PRC, este nunca foi testado e não reflete as atuais *guidelines* de atuação e necessidades do serviço.

**Gráfico 9.** Tem conhecimento sobre a existência de um PRC no SUB



Relativamente à preparação da equipa na utilização do plano de catástrofe através da sua simulação, a maioria da equipa (89%) nunca participou em ações simuladas de treino, o que vai de encontro à resposta anterior que notifica para a inexistência de um manual de procedimentos nestas situações de exceção.

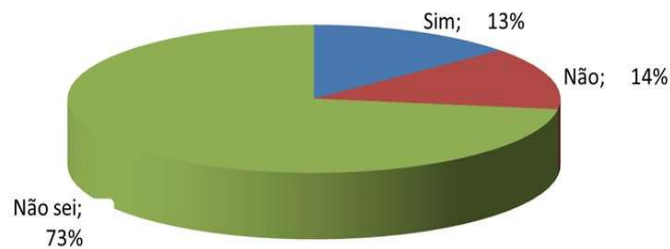
**Gráfico 10.** Participação em simulacros de resposta à catástrofe no serviço



Quando questionados sobre a disponibilidade de material para fazer face às necessidades decorrentes da implementação de um PRC, 13% dos participantes respondem afirmativamente, quase em igual proporção (14%) respondem negativamente, no entanto,

uma parte significativa dos participantes (73%) respondem que não sabem. Este resultado parece-nos estar associado ao facto da equipa desconhecer a existência do PRC e nunca ter participado em simulações do mesmo, encaminhando-nos para a necessidade de capacitação da equipa multidisciplinar, tal como é defendido na literatura, onde se evidencia que a implementação e operacionalização de um plano de resposta estruturado permite otimizar a resposta dos profissionais na prestação de cuidados, em situação de acidente grave e/ou catástrofe (Demi e Miles, 1984 in Lima, 2013; Hassmiller, 1999; Lima, 2013).

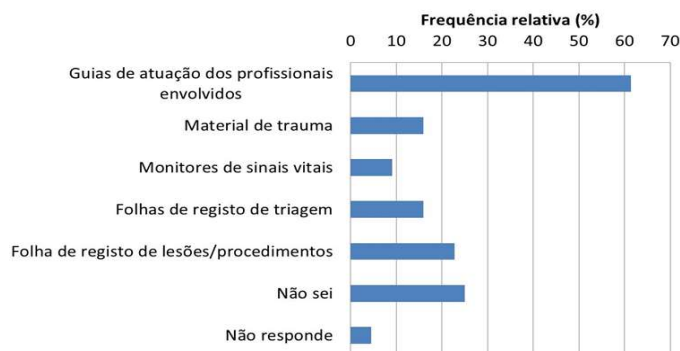
**Gráfico 11.** Opinião sobre a existência de material necessário no SUB para a implementação do PRC



Na sequência da questão anterior, relativa à disponibilidade de recursos materiais, indagou-se sobre o material considerado como necessário para dar resposta em contexto de catástrofe, à operacionalização do PRCE. Assim, relativamente à questão “Qual o material que no seu entender, falta no serviço para dar resposta à situação de catástrofe?”, 61,4% dos participantes assinalaram “Guias de atuação dos profissionais envolvidos”, 22,7% identificaram “Folha de registo de lesões/procedimentos”, 15,9% reportaram “Material de trauma”, 15,9% solicitaram “Folhas de registo de triagem”, 9,1% responderam “Monitores de sinais vitais”, 25% responderam “Não sei” e 4,5% não responderam.

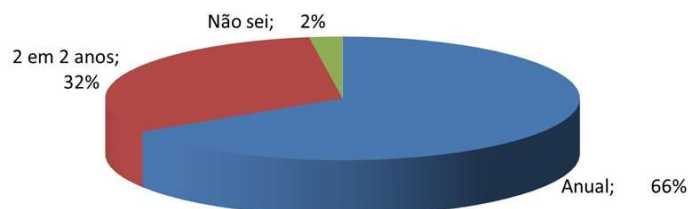


**Gráfico 12.** Opinião sobre o material e equipamento em falta no SUB para responder à situação de catástrofe



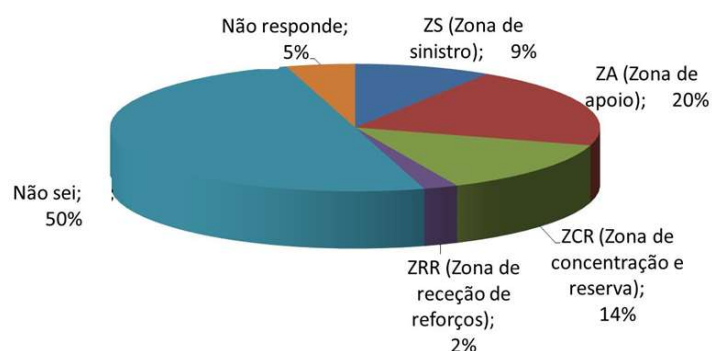
Foi também questionada a perceção da equipa quanto à periodicidade com que devem ser realizados testes ao Plano de Catástrofe sendo que a maioria da equipa (65,9%) considera que a validação do plano deve acontecer anualmente, 31,8% entende que deverá realizar-se de 2 em 2 anos e 2,3% não sabem.

**Gráfico 13.** Opinião sobre a periodicidade de simulacros do PRCE



Numa tentativa de compreender os conceitos da equipa multidisciplinar relativamente à atuação em catástrofe, questionou-se quanto ao SIOPS, sobre qual a zona de intervenção que o SUB deve integrar, tendo-se obtido como respostas que o mesmo deve integrar “ZA (Zona de apoio)” por parte de 20% dos participantes; 14% responderam “ZCR (Zona de concentração e reserva)”; 9% identificaram a “ZS (Zona de sinistro)” como área a integrar; 2% respondeu “ZRR (Zona de receção de reforços); enquanto 50% da equipa respondeu que não sabe e 5% dos inquiridos não respondeu.

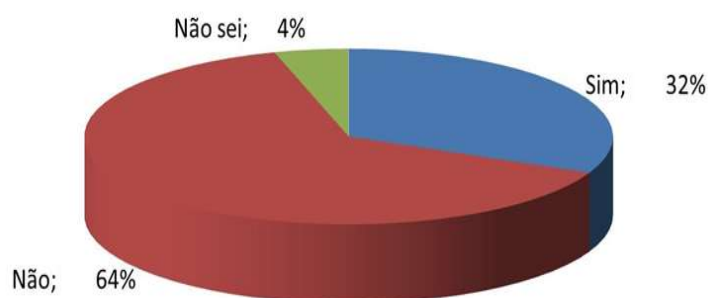
**Gráfico 14.** Conhecimento sobre a zona de intervenção do SUB no sistema integrado de operações de proteção e socorro



Na procura de compreender as necessidades formativas da equipa que lhes permita dar uma resposta estruturada, eficaz e eficiente, em tempo útil, questionou-se sobre as necessidades formativas do grupo alvo do trabalho projeto, abordando-se um conjunto de questões que nortearam o estabelecer de objetivos e o desenvolvimento de atividades ao longo deste projeto.

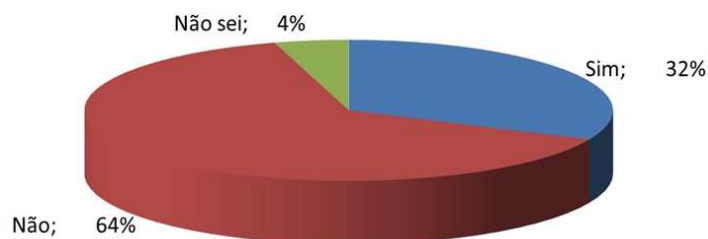
Assim, perguntou-se se a formação teórica é tida como suficiente para aplicar o sistema de triagem START em situações de exceção, tendo-se obtido como resultados que 32% da equipa entende que detém formação teórica suficiente para a aplicação da triagem START, o que poderá estar associado ao investimento em formação especializada, contudo, a maioria dos elementos que integram o SUB (64%) respondem negativamente e 4% respondem que não sabem, emergindo a necessidade de formação nesta área a fim de colmatar as lacunas apresentadas pela equipa, uma vez que a determinação criteriosa do estado de saúde das vítimas é “(...) determinante para a definição dos circuitos de encaminhamento de doentes e os cuidados ministrados.” (Silva, 2009, p. 4).

**Gráfico 15.** Opinião acerca da formação teórica para atuar numa situação de resposta a uma catástrofe



Relativamente à formação prática entendida como suficiente para atuar numa situação de resposta a uma catástrofe, 32% da amostra respondeu afirmativamente, também 64% responderam que não detêm formação suficiente para dar resposta às exigências de atuação dos contextos de adversidade e 4% responderam que não sabem. Estes resultados vão ao encontro aos resultados obtidos na questão anterior que mostram défices de base teórica que sustentam a prática em contexto de catástrofe.

**Gráfico 16.** Opinião acerca da formação prática para atuar numa situação de resposta a uma catástrofe

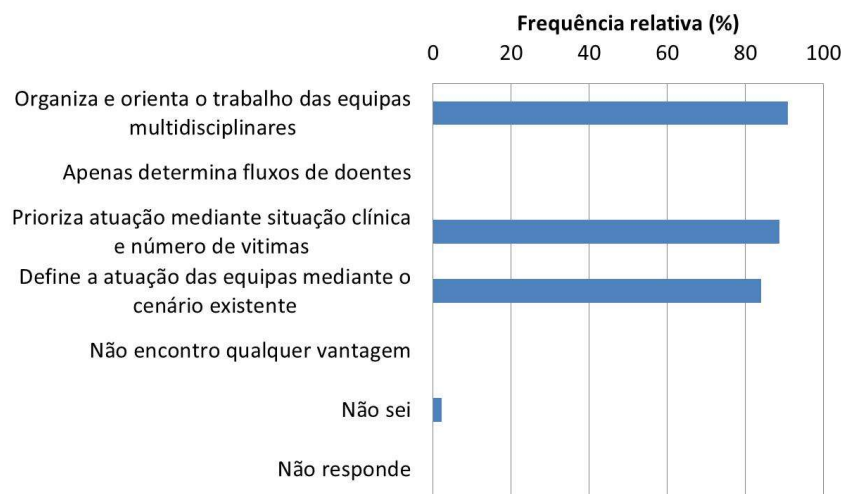


Na procura de compreender a opinião da equipa sobre a importância da existência de um PRC na US evidenciou-se, de forma unânime (100%), que todos os elementos consideram fundamental que este instrumento esteja disponível e implementado no SUB.

Quanto à razão pela qual a implementação do PRC no SUB poderá ser importante, 90,9% assinalaram “Organiza e orienta o trabalho das equipas multidisciplinares”; 88,6% assinalaram “Prioriza atuação mediante situação clínica e número de vítimas” e 84,1% assinalaram “Define a atuação das equipas mediante o cenário existente”; 2,3% responde

que não sabe; as opções “Apenas determina fluxos de doentes” e “Não encontro qualquer vantagem” não são assinaladas por nenhum elemento, não existindo também nenhum elemento a não responder à questão. Tal como se pode constatar no gráfico que a seguir se apresenta, a maioria da equipa valoriza a existência de um plano de resposta à catástrofe pois este é entendido como um meio que estrutura e define o desempenho/atuação dos profissionais de saúde. Perspetiva que se sustenta na literatura afirmando-se que a compreensão das diversas fases da resposta à emergência dá origem a maior sensibilização na resposta e gestão de situações de exceção (Shirley e Mandersloot in Almeida e Sousa, 2012) pelo que a existência de PRC no SUB, é compreendido como benéfico uma vez que gera conhecimento do papel e competências de cada profissional e, em simultâneo, permite a compreensão das cadeias de comando e dos procedimentos a desenvolver e realizar.

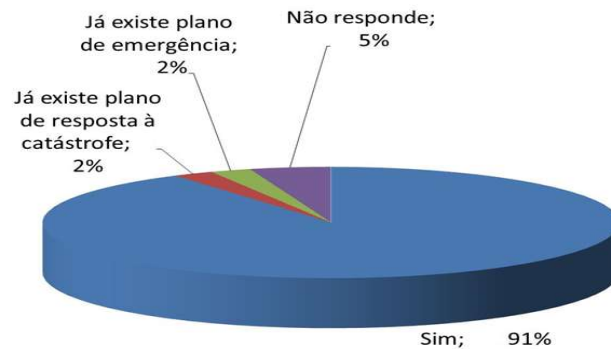
**Gráfico 17.** Opinião sobre as razões que justificam a implementação do PRCE no SUB



Relativamente à opinião sobre a implementação do PRCE no SUB do Hospital Conde de Bertandos, a maioria (91%) gostaria de ver efetivada a sua implementação, o que vai de encontro à posição da DGS que compreende a disponibilidade deste instrumento como fundamental já que permite a “*avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto*” (DGS, 2010, p. 1) e, em simultâneo, acarreta a prontidão e preparação dos profissionais já que “*obriga-nos a estar permanentemente preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer*” (Almeida, 2012, p. 38). Na mesma proporção, 2%

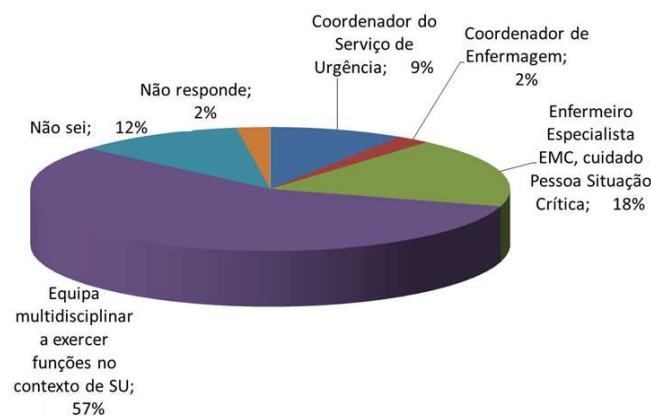
responderam que já está disponível um plano de catástrofe e um plano de emergência, no referido serviço e 5% dos inquiridos não respondeu à questão.

**Gráfico 18.** Opinião sobre a necessidade de implementação do PRC no SUB



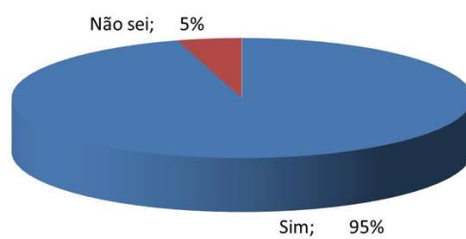
No que concerne à responsabilidade/coordenação pela elaboração do PRCE, a opinião da equipa divide-se, embora maioritariamente (57%), acredite que cabe à equipa multidisciplinar do SUB a responsabilidade da sua construção. Também a figura do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Cuidado à Pessoa em Situação Crítica foi referido por 18% dos elementos, o que vai de encontro às competências definidas para esta especialidade entendendo-se que “*Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço*” (Regulamento 429/2018, p. 19363); 9% responderam “Coordenador do Serviço de Urgência”, 2% respondeu “Coordenador de Enfermagem”, 12% responderam que não sabem e obteve-se ainda ausência de resposta por parte de 2% da amostra.

**Gráfico 19.** Opinião sobre a responsabilidade de construir o PRCE



De acordo com o ciclo da catástrofe, para se preparar de forma antecipada a resposta a um possível evento adverso é necessário reconhecer a existência de ameaças que permitam equacionar formas de mitigar e responder a estas condições (ANPC, [et al], 2017). Nesta perspetiva, tornou-se fundamental compreender se a equipa valoriza a existência de ameaças que justifiquem a elaboração de uma resposta estruturada. Desta forma, no que diz respeito à opinião dos participantes sobre a existência de riscos que justifiquem a necessidade de um plano de resposta à catástrofe, a equipa pronunciou-se de forma significativa (95%), reconhecendo que é uma necessidade face à envolvimento deste Hospital. O valor para a resposta “Não sei” foi pouco expressivo (5%).

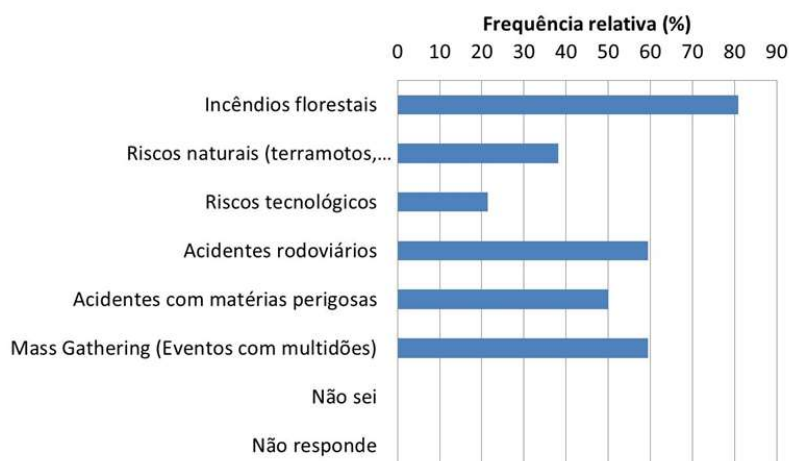
**Gráfico 20.** Riscos no SUB que justifiquem um PRCE



Decorrente da questão anterior, tornou-se implícito identificar quais os riscos que a equipa entendeu como ameaças e que orientam para a elaboração do plano de catástrofe.

Assim, na amostra, para os 42 elementos que consideraram que na área de atuação do SUB existem riscos que justifiquem um plano de resposta à catástrofe, relativamente à indicação de quais os riscos, 81,0% assinalaram “Incêndios florestais”; 59,5% assinalaram “Acidentes rodoviários”; na mesma proporção (59,5%) identificaram também “*Mass Gathering* (eventos com multidões)”, também “Acidentes com matérias perigosas” foi referido por 50% dos inquiridos; por sua vez, 38,1% reconheceram “Riscos naturais (terramotos, inundações, etc)” e 21,4% identificaram “Riscos tecnológicos”, não existindo nenhum elemento a responder que não sabe ou a não responder.

**Gráfico 21.** Identificação dos riscos na área de atuação do SUB



De acordo com os resultados obtidos, embora 48% dos elementos da equipa tinha conhecimento da existência de um PRCE, que nunca foi testado e está desatualizado, a maioria (52%) ou afirmou que não existia ou não sabia da sua existência, sendo que 89% nunca participou simulação do PRCE, podendo estar na origem do desconhecimento de 73% dos inquiridos, sobre o material para a implementação de um PRCE de modo adequado.

Quanto à periodicidade com que devem ser realizados os testes ao Plano de Catástrofe, cerca de 66% considerou anualmente o que vai de encontro às atuais *guidelines* presentes na legislação disponível, que determina a realização de testes com periodicidade máxima de dois anos (Resolução 30/2015), mas os restantes 44%, não tinham esta noção.

Quanto ao SIOPS, que se refere à gestão integrada de todo o teatro de operações de proteção e socorro, os resultados apontam para um elevado desconhecimento da temática, verificando-se apenas 14% de respostas adequadas. Este resultado não se mostra surpreendente e vai de encontro às expectativas do investigador, uma vez que todas as questões que se relacionam com o desempenho em catástrofe e a aplicação de PRCE nunca foram alvo de treino ou formação no SUB.

No que se relaciona com a formação teórica e prática relacionada com exigências específicas de atuação nos contextos de multivítimas por acidente grave ou catástrofe, como é o recurso à triagem de catástrofe (START), a maiorias dos profissionais (68%) refere não deter as competências necessárias, no entanto, 32% da amostra respondeu

afirmativamente, o que parece estar relacionado com o investimento em formação especializada nesta área.

Apesar de existirem défices ao nível da formação teórica e prática para responder às exigências de uma catástrofe, verificou-se concordância da totalidade dos respondentes, entendendo como fundamental que o PRCE esteja disponível e implementado no SUB.

Similarmente, identificam que a implementação deste documento no SUB poderá ser importante porque é norteador da ação, estruturando, organizando e orientando o trabalho das equipas e de cada indivíduo em particular, com base em critérios clínicos e número de vítimas.

No que concerne aos riscos identificados, os resultados evidenciam preocupação com os incêndios florestais, provavelmente resultado da densidade florestal que caracteriza a área de resposta do SUB (Arcos de Valdevez, Paredes de Coura, Ponte da Barca e Ponte de Lima) associado ainda às alterações climáticas que se têm vindo a fazer sentir e às calamidades que têm assolado o país nos últimos anos, nomeadamente, os grandes e trágicos incêndios florestais de junho e outubro de 2017.

Dos resultados sobressai que a equipa identifica o problema como real - a criação do PRCE - e que há motivação para se envolver, emergindo necessidades de formação específica, quer do ponto de vista de aprofundamento do conhecimento teórico como de treino de procedimentos.

## **Análise SWOT**

Para sustentar a viabilidade do projeto, também optamos por efetuar uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), de forma a examinar as variáveis que poderiam interferir no seu desenvolvimento (tabela 3). Foi nosso objetivo ponderar as forças (*Strengths*) - pontos fortes, potencialidades, vantagens e as fraquezas (*Weaknesses*) internas, de modo a potenciar o que há de positivo e minimizar os aspetos mais débeis. Foram também reconhecidas as oportunidades (*Opportunities*) de intervenção (elementos favoráveis externos), assim como, as ameaças (*Threats*), respetivamente, fatores ou circunstâncias que possam prejudicar a consecução do projeto (Schiefer [et al.], 2007).



**Tabela 1. Análise SWOT**

	<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
<b>Internas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A missão, visão, valores e objetivos da Instituição reforçam a importância da implementação de um projeto desta natureza, alinhando com plano estratégico do hospital;</li> <li>• Equipa com experiência profissional e estável no vínculo institucional;</li> <li>• Equipa médica e de enfermagem motivada e disponível;</li> <li>• Necessidade e importância do PRCE no SUB identificada pela equipa;</li> <li>• Investigador do serviço;</li> <li>• Implementação do PRCE sem elevados gastos;</li> <li>• Melhoria na intervenção, segurança</li> <li>• Infraestruturas adequadas, decorrentes da recente reorganização estrutural do SUB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de PRCE no SUB desatualizado e não implementado;</li> <li>• Médicos não residentes e com vínculo precário;</li> <li>• Défice de conhecimentos em relação à implementação do PRCE.</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<b>Externas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riscos externos identificados;</li> <li>• Relevante para intervenção coordenada e adequada em situação de catástrofe e ou multivítimas;</li> <li>• Competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica;</li> <li>• Legislação nacional e <i>guidelines</i> nacionais e internacionais recomendam a existência e dinamização de PRCE nas US;</li> <li>• Necessidade real;</li> <li>• Relevante para o exercício da Profissão;</li> <li>• Ganhos diretos e indiretos em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcos projetos nacionais na área</li> </ul>

Esta análise revelou-se importante porque desculhou alguns aspetos menos positivos que poderiam dificultar o desenvolvimento do projeto, mas uma vez que os aspetos positivos os superam, o projeto torna-se viável.

## 2.2 Objetivos

Depois de fundamentado o problema e justificada a sua pertinência decorrente da análise das necessidades da equipa médica e de enfermagem do SUB, que levaram ao

reconhecimento de possibilidades de intervenção, formulámos os objetivos que nortearam o desenvolvimento deste trabalho projeto nas fases que o caracterizam. Para tal, definimos como objetivo geral elaborar o PRCE do SUB do Hospital Conde de Bertiandos, tendo como objetivos específicos:

- Divulgar o projeto junto da equipa médica e de enfermagem do SUB;
- Elaborar e validar uma proposta de PRCE, com protocolos de atuação dos profissionais de saúde para situações de exceção que envolvem multivítimas;
- Propor o PRCE ao Departamento de Medicina Crítica da ULSAM;
- Propor a aprovação do PRC à ULSAM e a sua implementação;
- Analisar o material existente e o necessário para implementar o PRC;
- Propor a aquisição do material em falta e construir o armário de catástrofe;
- Organizar o armário de catástrofe;
- Analisar as condições físicas e estruturais do Hospital e propor plantas de utilização dos espaços em contexto de catástrofe, de acordo com os níveis de alerta;
- Analisar os riscos da área de abrangência do SUB do Hospital;
- Planear e concretizar um programa de formação em resposta às necessidades identificadas na equipa multidisciplinar;
- Divulgar o trabalho em eventos científicos e publicação de artigo.

A finalidade deste projeto traduz-se no contributo para um melhor atendimento em situação de exceção ou multivítimas, através da criação e dinamização do PRCE, motivação e capacitação da equipa multidisciplinar, para oferecer respostas eficazes bem como, supervisionar que a instituição aufere dos meios e recursos necessários para um desempenho estruturado e eficaz, que garanta qualidade assistencial em contextos de adversidade como é a resposta à catástrofe.

A apresentação do desenvolvimento do trabalho encontra-se esquematizada na figura 9 que a seguir se apresenta.

Figura 9. Desenho do estudo



Fonte: o autor

## 2.3 Planeamento e execução do projeto

O planeamento e a execução correspondem à terceira e quarta etapas que estruturam a metodologia de projeto, tendo por base o diagnóstico de situação e os objetivos equacionados e delineados. Emerge assim, como o espaço onde se apresenta o planeamento das atividades e como as mesmas decorreram (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Importa ainda referir que este é um processo dinâmico, assumindo um cariz flexível, o que permite a adaptação e reorientação dos procedimentos ao longo das intervenções pensadas, sempre que tal surja como necessário (Leite, [et al], 2001, *in* Ruivo, Freitas & Nunes, 2010).

Para a concretização deste trabalho de projeto, foram equacionadas, planeadas e realizadas as seguintes atividades:

- **Atividade 1:** Divulgação do projeto à equipa médica e de enfermagem do SUB e em eventos científicos;
- **Atividade 2:** Elaboração e concretização do plano de formação;
- **Atividade 3:** Análise do material existente e do necessário e criação do armário de catástrofe;
- **Atividade 4:** Elaboração, validação e solicitação de aprovação do PRCE pela ULS.
- **Atividade 5:** Divulgação do PRCE no SUB

Tal como já foi referido, este trabalho projeto partiu de uma inquietação real, sentida no contexto de trabalho, que foi adensada por uma conjuntura internacional e nacional de catástrofes, nomeadamente, em 2017 com os incêndios de Pedrogão Grande, cujo trágico desfecho despertou para a necessidade de adquirir competências e capacidades de resposta a eventos de exceção, dada a inexistência de uma intervenção sistematizada para os profissionais de saúde do SUB, no que concerne à resposta à catástrofe externa.

Impunha-se a decisão pessoal de levar a cabo este projeto, mas para que esta intervenção em contexto tivesse sucesso, era indispensável partilhá-la com os diretamente envolvidos, pelo que houve a necessidade de o dar a conhecer e motivar a participação da equipa do

referido serviço. Assim, realizou-se uma entrevista informal com os elementos médicos e enfermeiros onde se partilhou a natureza deste projeto e os objetivos. Também foi oportuno para informar que nesta fase diagnóstica, se ia aplicar um questionário dirigido aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que prestam funções neste SUB, tendo-se solicitado a sua colaboração.

### **Atividade 1: Divulgação do projeto à equipa médica e de enfermagem do SUB e em eventos científicos**

Como já referido, inicialmente, esta atividade pautou-se pela preocupação e sensibilidade pessoal para esta área, bem como, por auscultações informais na equipa multidisciplinar (médica e de enfermagem) com informantes estratégicos, o que permitiu compreender o estado da resposta à catástrofe no SUB mas também, o interesse e motivação para a problemática alvo do projeto. Simultaneamente, possibilitou começar a sensibilizar para o envolvimento ativo de todos, de forma a tornar possível a concretização de todo este projeto.

Foi então agendada uma reunião de serviço destinada a todos os elementos das equipas médica e de enfermagem onde esteve presente quase a totalidade de ambas as equipas (Anexo I). Neste momento, sensibilizou-se para a importância da temática, motivando a equipa para a implementação de um PRCE. Foi exposto como se iria processar o desenvolvimento do trabalho através da apresentação da metodologia de projeto e dos objetivos delineados (Apêndice II).

Também foi oportuno para dar a conhecer os resultados do questionário lançado, onde se obteve um retorno de resposta de 100%. Aproveitou-se ainda a oportunidade para uma reflexão conjunta sobre os resultados. Foram ainda apresentadas as estratégias delineadas para dar resposta às necessidades identificadas.

O diagnóstico de situação revelou constrangimentos à implementação do PRCE, pelo que estas constatações conduziram ao planeamento da atividade seguinte.

Na concretização desta atividade concorreu também a apresentação deste projeto em eventos científicos internos e externos ao SUB/ULSAM. Neste sentido, com o intuito de apresentar e divulgar de forma mais ampla este projeto, sensibilizando a comunidade

presente para a problemática da resposta a eventos de exceção e a importância da disponibilidade de PRCE estruturados, que reflitam a realidade dos locais/serviços a que se destinam, estes momentos tiveram também o propósito de apresentar resultados preliminares deste trabalho projeto.

Assim, integrado no Plano de Atividades do Hospital Conde de Bertiandos foi apresentada a comunicação “Plano de Resposta à Catástrofe Externa: um projeto” no dia 28 de maio de 2019 e em 27 e 28 de janeiro do corrente ano, no SUB, apresenta-se o “Plano de Resposta à Catástrofe Externa”.

Apresentou-se uma Comunicação oral intitulada “*Construção de um Plano de Resposta à Catástrofe Externa num Serviço de Urgência Básico*” (Apêndice III) no “*I Congresso Internacional – A Pessoa em Situação Crítica: Dos Contextos da Prática à Investigação*”, organizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo entre os dias 30 e 31 de maio de 2019.

À medida que o trabalho vá ultrapassando as diversas fases do projeto, e na obtenção de mais resultados, perspectiva-se continuar a sua divulgação em congressos, jornadas e outros, assim como, a publicação de artigo científico.

## **Atividade 2: Elaboração e concretização do plano de formação**

Os resultados que emergiram do questionário permitiram perceber necessidades de formação específica, tanto de aprofundamento teórico como de treino de procedimentos, que resultaram na concretização de duas ações de formação, uma relacionada com o SIOPS (Anexo II) e outra relacionada com a triagem de vítimas em contexto de exceção (Anexo III), como a catástrofe, que decorreram no dia 28 de maio de 2019, na sala de formação do Hospital Conde de Bertiandos, em que estiveram presentes quase na sua totalidade, as equipas médica e de enfermagem do SUB.

Para a abordagem do SIOPS foi endereçado convite ao Comando Distrital de Operações de Socorro, tendo estado representado na pessoa do Segundo Comandante Distrital de Operações de Socorro e também enfermeiro com experiência em SU.

Esta apresentação pautou-se pelo enquadramento da resposta à catástrofe no SGO. Este momento baseou-se no esclarecimento quer das dinâmicas de gestão das operações bem

como do papel, posicionamento/funções de cada entidade e formas de articulação hierarquizada. Esta apresentação teve ainda como objetivo a desmistificação de alguns riscos identificados na área de envolvimento do SUB e respostas a equacionar.

Em relação à triagem de catástrofe, foi convidado um elemento do Departamento de Medicina Crítica da ULSAM, simultaneamente formador do Grupo Português de Triagem. Esta apresentação teve como finalidade dotar os profissionais de saúde com competências na triagem primária e secundária em contexto de atendimento a multivítimas e catástrofe. Para dar as respostas necessárias no contexto da triagem de catástrofe, o formador realizou com os presentes, vários momentos de simulação de casos clínicos, para aquisição e treino das competências nesta área.

Houve permanentemente, por parte dos formadores, a preocupação de sensibilizar para a necessidade da existência de uma resposta organizada e planeada, com e pelos profissionais que conhecem a realidade do SUB, com recurso a treino e simulação, e com uma cadeia de comando devidamente estruturada, que conheça as suas funções, de forma a permitir mobilizar um conjunto de meios e infraestruturas que garantam um eficaz socorro às vítimas.

Pela avaliação do debate gerado nas ações de formação e pela apreciação das reações dos profissionais presentes, as estratégias pró-ativas utilizadas pelos formadores foram bem conseguidas, uma vez que no decorrer das apresentações, as equipas médica e de enfermagem foram muito interventivas gerando diversas dinâmicas de esclarecimento de dúvidas e debate de ideias, no sentido de contribuírem para a otimização de respostas eficazes a estes contextos de catástrofe.

Para avaliação individual da formação (Anexo IV) aplicou-se um questionário cujos itens tem por base uma escala tipo *Likert* de cinco pontos entre os diferenciais semânticos 1= “Discordo totalmente” e 5= “Concordo totalmente”.

A análise dos dados permitiu concluir que relativamente às expectativas idealizadas e necessidades sentidas, estas foram amplamente alcançadas e colmatadas uma vez que 64% dos inquiridos atribuiu a pontuação máxima de cinco valores e 32% atribuiu a pontuação de 4 valores, apenas 4% dos inquiridos mencionou “Não concordo/nem discordo”.

No que concerne aos conhecimentos adquiridos, os resultados obtidos vão de encontro às percentagens da questão anterior, com a maioria dos participantes (60%) a atribuir a pontuação máxima e 36% a atribuir 4 pontos, pelo que se pode concluir que as ações de formação realizadas foram uma mais-valia e cumpriram o objetivo de aprofundar e dotar de conhecimentos a equipa de profissionais do SUB.

No que se relaciona com a pertinência e interesse dos conteúdos programáticos, a equipa volta a considerar como muito apropriada e relevante a abordagem dos conteúdos apresentados, sendo que 76% dos elementos participantes atribui a classificação máxima de “Concordo totalmente”, seguida de 24% para a classificação “Concordo”.

Desta forma, podemos concluir que a realização destes momentos formativos foi crucial e o ponto de partida para a implementação do PRCE, pois permitiu aos profissionais perceber os conhecimentos que detinham, aprofundar ou adquirir novos e refletir sobre a importância de implementar um plano de catástrofe. Por outro lado, permitiu compreender o funcionamento do sistema integrado de operações de proteção e socorro, possibilitando assimilar o papel dos profissionais de saúde e de que forma se articulam com outras entidades, na gestão da catástrofe.

### **Atividade 3: Análise do material existente e do necessário e criação do armário de catástrofe**

No sentido de garantir que todos os requisitos estejam reunidos para se tornar possível a elaboração e implementação do PRC e proporcionar ao SUB as condições necessárias para que o material considerado como fundamental na resposta a situações que envolvem multivítimas se encontre disponível e organizado, procedeu-se à avaliação do material existente e do necessário.

Da análise e da observação conjunta, em parceria com a Enfermeira Coordenadora do SUB, concluiu-se ser necessário a aquisição de todo o material que está previsto na Checklist do armário de catástrofe, que consta do PRCE, isto porque, embora existisse algum material disponível no serviço, tal como etiquetas de triagem, sacos para cadáveres, entre outros, não se dispunha das quantidades necessárias para dar resposta ao stock exigido para uma adequada resposta.



Assim, adquiriu-se um armário denominado “Armário de Catástrofe” que se destina à utilização exclusiva em contexto de ativação do PRCE. O mesmo ficará alocado na sala de triagem e comporta todo o material inventariado na Checklist, devidamente organizado para que a sua utilização seja fácil e intuitiva.

#### **Atividade 4: Elaboração, validação e solicitação de aprovação do PRCE pela ULS**

A necessidade de um documento estruturado, que defina diretrizes de atuação em situação de catástrofe, emerge de uma necessidade pessoal sentida e validada pela restante equipa através do diagnóstico de situação.

Para produzir um documento de bases científicas com enquadramento na realidade do SUB, elaborou-se uma versão inicial do PRCE com base na revisão de literatura realizada, pelo que se baseia em orientações técnicas nacionais provenientes da DGS, INEM, ANEPC e internacionais (Waerckerle, 1991), complementada pela experiência pessoal, conversas informais com peritos estratégicos, colaboração do orientador e coorientador.

É importante ressaltar que a utilização do PRCE não deve ser vista como um conjunto de regras de atuação estanques mas sim como um documento constituído por orientações norteadoras da atuação dos profissionais que, perante as circunstâncias específicas do evento de catástrofe carece da análise crítica e reflexiva dos profissionais que o utilizam, sendo livres para adequar as diretrizes que sejam tidas como necessárias.

Para validar a versão inicial do PRCE recorreu-se à técnica de *Focus Group*. Esta técnica teve como finalidade a obtenção de uma versão do PRCE de consenso, pela aprovação unanime de um painel de peritos, através da discussão e análise de todas as temáticas presentes no PRCE, particularmente daquelas que eram consideradas como potencialmente mais problemáticas, nomeadamente a atribuição de responsabilidades com poder decisório, nas funções e cargos atribuídos. Como é referido na literatura, esta técnica ou método, permite analisar questões concretas pelo debate de ideias e de opiniões divergentes, em que a discussão em grupo pode conduzir a um ponto de vista mais profundo e ponderado e a novos *insights*. Desta forma, emerge como principal tarefa o desenvolvimento de um consenso de opiniões, cujo objetivo é oferecer a melhor decisão

para o tópico em análise (Flick, 2002; Stewart, Shamdasani e Rook, 2007; Krueger e Casey, 2009, Silva, Veloso e Keating, 2014).

Nesta perspectiva, traduz-se numa “(...) *sessão semiestruturada de grupo, moderada por um líder de grupo, ocorrendo numa situação informal, com o propósito de colher informação acerca de um assunto designado*” (Streuberte e Carpenter, 2002, p. 28). Este momento de debate e partilha de ideias facultava ao investigador a possibilidade de aceder às intervenções, às razões e fundamentos apresentadas pelos participantes, permitindo potenciar as melhores soluções para os problemas/temáticas em discussão e análise (Barbour, 2009; Silva, Veloso e Keating, 2014), o que, neste trabalho de projeto era objetivo a validação de toda a estrutura do PRCE para o SUB, elaborada previamente (Apêndice IV).

O recurso a esta técnica implica a resposta a um conjunto de cinco etapas que agregam várias tarefas e deliberações, com início no planeamento, seguindo-se a preparação, moderação e análise dos dados, tendo o seu término na divulgação dos resultados (Mitchell e Branigan, 2000; Bloor [et al], 2001, Krueger e Casey, 2009; Silva, Veloso e Keating, 2014).

A primeira etapa do *Focus Group*, o planeamento, alicerça-se nos objetivos delineados para a investigação e compreende respostas a diversos aspetos que caracterizam esta fase como são a seleção dos participantes, a dimensão do grupo e o tipo de estrutura do guião da entrevista a adotar (Silva, Veloso e Keating, 2014).

A aplicabilidade de um PRCE subjaz a participação de todos os profissionais do Hospital (mediante o nível de alerta) e uma reorganização interna da Instituição e da própria ULS. Uma vez que a ativação do Plano acarreta o acionamento de meios externos ao próprio Hospital, implica uma visão multidisciplinar que permita a coordenação de todos. Para que tal seja possível, foi necessário selecionar um conjunto de participantes, com saberes e competências reconhecidas neste domínio que permitam dar contributos para a finalização do documento em análise, de modo que este traduza linhas orientadoras de atuação que garantam um desempenho assistencial transversal de qualidade.

Neste sentido, optou-se pelo recurso a uma amostragem intencional, com o intuito de garantir a presença de peritos com domínio de conhecimentos e experiência na temática de interesse “(...) *selecionando aqueles participantes que à partida se prevê que gerem*

*discussões o mais produtivas possível*” (Morgan, 1998 in Silva, Veloso e Keating, 2014, p. 183).

Deste modo, para a composição e inclusão no *Focus Group*, determinaram-se critérios de elegibilidade seguindo Quivy e Campenhoudt, (1998); Benner (2001) e Nunes (2010): pessoas cuja formação tem reconhecimento científico, resultando de investimento no ensino superior, mas que este reconhecimento se estende para a prática profissional em resultado de experiência acumulada no mesmo contexto de atuação, superior a cinco anos.

A resposta em situações de exceção caracteriza-se pela adversidade de equacionar uma oferta assistencial rápida e de qualidade, quando as necessidades ultrapassam os meios disponíveis, pelo menos numa fase inicial da aplicação do PRCE. Esta complexidade implica profissionais de saúde dotados de competências específicas e simultaneamente desempenhem funções de articulação de toda a Instituição/Hospital, dentro das suas instalações e com o exterior.

Foram então selecionados participantes considerados peritos com base na sua experiência, conhecimentos na área e elementos chave na articulação de vários serviços, de modo a conferir credibilidade científica ao PRC.

Outro aspeto fundamental, na fase de planeamento, prende-se com a dimensão do grupo, tendo em conta as características exigíveis aos participantes do painel que sejam e relevantes para a atividade.

Morgan (1998, in Silva, Veloso e Keating, 2014) acredita que a correta composição de um grupo fomenta a génese de discussões produtivas, a par com a familiaridade com os assuntos abordados e com a criação de um ambiente confortável, que facilite e promova a participação (Krueger e Casey, 2009; Morgan, 1998, in Silva, Veloso e Keating, 2014). Neste sentido, o tamanho do grupo emerge como um aspeto fundamental para assegurar a eficácia do *Focus Group*.

Tendo em consideração a literatura disponível, a dimensão deste deve variar entre seis a dez participantes, números que se sustentam na opinião de vários autores (Fortin, Côte e Fillion, 2009; Krueger e Casey, 2009; Morgan, 1998 in Silva, Veloso e Keating, 2014). No entanto, Barbour (2009) acredita que uma composição de oito participantes é bastante desafiador no que concerne às questões da moderação do grupo e da necessária transcrição e análise dos testemunhos. Tendo em consideração estas orientações, optou-

se por constituir um grupo de oito participantes, que cumprissem os critérios de inclusão no *Focus Group*:

- Um médico (Coordenador do Serviço de Urgência);
- Seis enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e com experiência no atendimento à pessoa em situação crítica: dois em funções de chefia e coordenação de Serviços de Urgência; um formador de Serviço, no contexto do SU; um pertencente ao grupo de trauma da ULS e dois pertencentes ao projeto “Catástrofe” do SUB do Hospital alvo deste trabalho projeto;
- Um Técnico Superior de Segurança e Higiene do Trabalho, com nomeação de Delegado de Segurança do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde do Trabalho da ULS.

Continuando uma breve caracterização, o painel foi constituído por metade homens e metade mulheres, com idade compreendida entre os 32 e os 58 anos e média de 47,6 anos. A experiência profissional varia entre os 10 e os 32 anos. Em contexto de serviço de urgência, entre os 7 e os 30 anos, com uma média de exercício profissional de 17,3 anos.

Dando continuidade às fases inerentes a esta técnica, segue-se a preparação do *Focus Group*, que se caracteriza essencialmente pelo recrutamento dos participantes selecionados. Para tal, foi feito um convite pessoalmente a cada um dos elementos selecionados tendo-se aproveitado a oportunidade para alertar da necessidade de proceder ao registo áudio da sessão e esclarecer as questões éticas, salvaguardando o carácter voluntário de participação bem como o tempo previsto para este momento, que tal como aponta a literatura deve corresponder a cerca de 90 minutos, podendo estender-se até cerca de duas horas e meia (Stewart, Shamdasani e Rook, 2007; Morgan, 1998 in Silva, Veloso e Keating, 2014).

Posteriormente, foi enviado o convite formal por *email* (Apêndice V), solicitando a participação no *Focus Group* e onde se apresentou o âmbito da investigação, os objetivos delineados, o documento que se refere à versão inicial do PRCE para análise prévia (Apêndice VI) e sugestão de dia, hora e local da reunião. Foi disponibilizado o contacto do investigador e da Enfermeira Coordenadora do SUB para a eventualidade de qualquer esclarecimento face ao estudo ou metodologia utilizada e para a confirmação das presenças.

Após assegurada a presença de todos os participantes selecionados, dá-se início à terceira etapa deste processo, designada por moderação e que se relaciona diretamente com o momento de reunião do grupo.

Krueger e Casey (2009) consideram que a intenção do *Focus Group* é a de promover o debate entre os participantes com o intuito de gerar novas ideias e permitir o desenvolvimento de consensos face a uma temática ou problema, pelo que para tal, é necessário que os participantes se sintam confortáveis, respeitados e livres para emitir a sua opinião.

Nesta perspetiva, considera-se que o papel do moderador/investigador se reveste de extrema importância, tendo como função a orientação dos participantes através do questionar, ouvir e manter a discussão dentro das temáticas destinadas ao momento, certificando-se que cada elemento do grupo focal tem oportunidade de participar e tecer opinião sobre os assuntos em análise (Krueger e Casey, 2009; Silva, Veloso e Keating, 2014).

A obtenção de resultados desejáveis para o trabalho projeto implica que o moderador desempenhe a sua função em pleno. Assim, torna-se fundamental a preparação prévia da sessão sendo que esta deve atender à definição de objetivos que transparecem no desenvolvimento de um guia orientador que identifique os tópicos e questões a ser abordadas e aprofundadas na reunião do grupo focal (Ribeiro, 2008).

Para a concretização deste passo, elaborou-se previamente um guia de discussão cuja finalidade foi servir de instrumento de suporte à realização da sessão e permitir a validação científica do PRCE em todos os seus domínios (Apêndice VII).

Estruturou-se o documento em três áreas, sendo que a primeira se destinou à apresentação do tema, data, duração prevista e local da reunião. Seguindo-se a apresentação dos objetivos e questões orientadoras abrangendo os onze pontos de debate, correspondentes à estrutura formulada para o PRCE. Definiu-se também o papel do moderador/investigador e o papel do relator/observador e expôs-se o material necessário.

A reunião do *Focus Group* teve lugar no dia 13 de novembro de 2019, na sala de reuniões do Piso 4 do Hospital Conde de Bertiandos com duração de 90 minutos. A opção por este local teve em consideração a acessibilidade aos elementos participantes e o conforto, permitindo a discussão num ambiente calmo, livre de interrupções e seguro, o que vai de

encontro ao preconizado para estas situações, uma vez que “(...) a recomendação geral é a de que este seja acessível, assegure conforto aos participantes bem como a confidencialidade da informação gerada” (Stewart, Shamdasani e Rook, 2007; McParland e Flowers, 2012 in Silva, Veloso e Keating, 2014, p. 184). A disposição da sala assumiu a configuração de semicírculo no sentido de potenciar a interação entre todos os elementos do grupo.

Tal como definido por Geoffrion (2003) que enquadra o desenvolvimento destas sessões numa fase introdutória, na discussão em si e na posterior conclusão, a reunião teve início com a referida introdução, que se pautou pelo acolhimento e apresentação dos participantes. Considerou-se este o momento oportuno para solicitar o preenchimento do consentimento informado para a participação no *Focus Group* (Apêndice VIII) e colheita de outros dados de caracterização socioprofissional. Ainda neste momento, foram apresentados os objetivos da sessão e explicado o funcionamento de um grupo focal na fase da discussão, foram mais uma vez assegurados os princípios éticos, garantindo o anonimato no que concerne à participação e aos dados recolhidos pela gravação áudio.

Após esta fase, deu-se início à discussão, sendo que o recurso à estrutura organizacional estabelecida para o momento, definindo os temas a abordar, assumiu-se como fulcral quer para despoletar o debate e a participação de todos os elementos, como também para nortear o desenvolvimento desta etapa, no sentido de concretizar o objetivo determinado, ou seja, validar de forma consensual todo o PRCE.

A necessidade e interesse em dar voz aos peritos participantes na investigação, procurando transportar para a realidade do SUB, a sua experiência e competências na área da assistência ao doente crítico, motivou para o recurso a metodologias qualitativas. Assim, todas as informações recolhidas no debate do *Focus Group* foram gravadas em suporte áudio e depois transcritas para texto, possibilitando o processo de análise de conteúdo.

Segundo Bardin (2011, p. 40), esta metodologia foca-se num “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, o que permite inferir os significados que os indivíduos atribuem a determinado tema, acontecimento ou fenómeno. A autora aponta diferentes técnicas de análise, tendo-se optado pela categorização por ser considerada adequada ao estudo uma vez que emerge como “eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos

*e simples*” (Bardin, 2011, p. 199), servindo o propósito de descrição e de classificação da interpretação da realidade pelo *Focus Group*.

Desta forma, surge uma perspectiva contígua aos dados da investigação, considerada por Bardin (2011) como pré-análise, que consiste na organização e operacionalização dos conteúdos e ideias produzidas inicialmente.

Esta fase implicou a transcrição fiel dos discursos produzidos e da sua identificação através da atribuição do código E1, ... E8, de acordo com a intervenção dos peritos participantes. Este processo desenvolveu-se em três etapas, a primeira, caracterizou-se pela transcrição direta dos discursos percebidos. A segunda etapa teve como finalidade preencher os espaços menos perceptíveis, tendo sido revista a gravação e por fim, na terceira etapa, realizou-se uma revisão integral do documento, procedendo-se às reformulações necessárias (Guerra, 2010).

Prosseguindo na metodologia, após a transcrição do debate, procedeu-se à identificação das ideias chave, que permitiram a codificação da informação e posterior categorização.

A codificação é compreendida como decisiva na análise de conteúdo e consiste na reorganização da informação pela fragmentação, agregação e numeração dos dados narrados que permitem a sua representação, pelo que se assumiu a transcrição do debate pelo *Focus Group* como a unidade de codificação das informações obtidas, constituindo-se assim como unidades de compreensão de significados das unidades de registo (Bardin, 2011).

Neste sentido, a informação segmentada, com significação, presente nos discursos dos participantes foi definida como unidades de registo a serem categorizadas, compreendendo-se que estas traduzem a menor unidade de significação que dão origem às categorias (Landry, 2003 in Gauthier, 2008).

Uma vez identificadas as unidades de registo, houve necessidade de retornar aos postulados teóricos e às finalidades equacionadas para este trabalho e procedeu-se, de forma indutiva, à definição de categorias e subcategorias (idem).

Nesta análise tomámos como eixos organizadores da informação relatada e codificada, os temas definidos no guião para o debate pelo *Focus Group* que traduz a estrutura do PRCE. Assim, assumimos como categorias centrais as denominações das temáticas que

concebem o Plano. Deste modo a identificação das categorias levou à reorganização do texto, tomando como referencia estes domínios de pertença das unidades.

Assim, pretendia-se identificar o julgamento dos peritos sobre cada aspeto das orientações contidas no PRCE, solicitando-se sugestões de melhoria ou alterações estruturais ao documento. Cada item e alterações propostas foram discutidos, um a um, até obter consenso por todo o painel. Depois foram introduzidas as alterações e validadas novamente. Cada um dos blocos temáticos foi colocado à discussão para a sua consensualização.

Antes da conclusão da sessão criou-se espaço para os participantes efetuarem uma avaliação global do documento (alterar, acrescentar ou retirar algum aspeto relevante). Não havendo, nada a acrescentar validou-se o documento como versão de consenso e final do PRCE, dando-se por fim lugar aos agradecimentos pela disponibilidade e contributos.

Após a conclusão da fase de moderação, segue-se a etapa de análise dos dados obtidos.

Tal como descrito anteriormente, todo o conhecimento e *insights* produzidos pelo *Focus Group* foram alvo de registo áudio, informação que mais tarde foi transcrita para documento de texto, para possibilitar a análise de conteúdo (Apêndice IV).

Consideramos material relevante para análise toda a informação verbal produzida que se relacionava com o PRCE do SUB alvo do estudo, excluindo comentários fora do contexto apresentado, como é exemplo “*Em Viana é assim...é um médico e um enfermeiro...*” (E6), que se reporta à realidade de outro SU.

Assim, decorrente da análise dos discursos produzidos pelo *Focus Group*, mantiveram-se as onze categorias inicialmente delineadas como linhas orientadoras para o debate, que se traduzem nas temáticas que organizam e estruturam o PRCE:

1. Riscos na área de envolvimento do SUB do Hospital Conde de Bertiandos;
2. Níveis de resposta;
3. Meios e recursos;
4. Alerta, alarme, ativação do Plano de Catástrofe e Cadeia de Comando;
5. Áreas Críticas;
6. Procedimentos;
7. Armário de Catástrofe;



8. Comunicações e Liderança;
9. Transporte de doentes inter-hospitalar;
10. Desativação;
11. Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa.

Com exceção do tema “Transporte de doentes inter-hospitalar”, que o grupo focal optou por validar tal como foi apresentado, por corresponder às orientações técnicas disponíveis na literatura e ao estado da arte, as restantes áreas temáticas deram origem a contributos que enriqueceram e permitiram a validação do plano de catástrofe elaborado.

As categorias que emergiram nos restantes temas abordados deram origem a subcategorias e unidades de registo que procuraram evidenciar as relações entre a informação científica disponível e a reflexão comunicacional do grupo sobre a aplicabilidade deste PRCE, pensada à luz da realidade do SUB em questão.

Nesse sentido, a partir de diferentes perspetivas acerca do entendimento de cada perito participante sobre os temas discutidos, sistematizaram-se os dados obtidos a partir dos discursos, numa matriz de análise (Apêndice IX).

É importante ressaltar que cada tema foi debatido até à exaustão e da discussão gerada teve de existir consenso em todas as categorias e subcategorias produzidas pelo que, todos os dados apresentados, traduzem sempre a aprovação por todos os elementos que compuseram o grupo focal.

Passamos de seguida à sua apresentação, estruturando a informação em Tema, Categoria e Subcategoria, acompanhando a análise da mesma com o discurso dos participantes e com a respetiva discussão dos resultados, finalizando-se com um quadro resumo que traduz, de forma sistematizada, os resultados conseguidos.

- **Tema 1: Riscos na área de envolvimento do SUB do Hospital Conde de Bertiandos**

A abordagem da temática “Riscos na área de envolvimento do SUB do Hospital Conde de Bertiandos” facultou uma análise e reflexão conjunta sobre as ameaças potenciais que circundam esta área de intervenção hospitalar, contemplando os concelhos de Arcos de Valdevez, Paredes de Coura, Ponte da Barca e Ponte de Lima.

Os discursos que emergiram do debate deram origem à formação de uma categoria única, denominada “**Riscos**” que derivou na subcategoria “*Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico*” e que evidenciaram a necessidade de, face ao exposto no PRCE e à realidade da área geográfica a que este SUB dá resposta, acrescentar como uma possibilidade de acontecimento, que exige o equacionar de respostas que permitam a sua mitigação, o risco ferroviário e o risco fluvial, tal como se pode constatar nos testemunhos dos peritos E2 e E4 respetivamente “...*fluvial... eu acrescentava o fluvial temos aqui rio*” e “...*também tinha que pôr acidente ferroviário*”.

Dado não existir ferrovia na área de intervenção desta equipa, é importante referir que o risco ferroviário foi incluído no PRCE porque está contemplado no PRCE do Hospital de Santa Luzia, que enquadra o universo ULSAM, sendo que este SUB poderá ter a necessidade de ativar o seu plano de catástrofe como resposta de apoio ao referido Hospital, quando este tiver excedido a sua capacidade de resposta.

Todos os dados apresentados aos participantes, que pertenciam à versão inicial do PRCE, no que concerne aos riscos de origem natural, riscos relacionados com o comportamento humano e outros relacionados também com o desenvolvimento tecnológico, foram validados consensualmente pelos discursos produzidos, sem introduzir alterações à versão original.

**Quadro 1.** Informação produzida em “Riscos na área de envolvimento do SUB do Hospital Conde de Bertandos”

<b>Tema 1: Riscos na área de envolvimento do SUB do Hospital Conde de Bertandos</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Riscos</b>	Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico

De acordo com a literatura, a identificação dos riscos é um imperativo que permite prever e equacionar medidas de resposta com o objetivo de mitigar o impacto do evento adverso ou catástrofe. Seguindo esta linha de pensamento, constatámos, pela análise do discurso dos participantes que os riscos identificados corroboram o conhecimento disponível, identificando os riscos que se apresentam também nomeados no Plano Municipal de Emergência e Catástrofe do Distrito de Viana do Castelo (2015), pelo que estes dados não

se mostram inesperados, indo de encontro simultaneamente, à posição da DGS (2010, p. 1) que entende que

*“Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe (...) de grandes ou importantes proporções, é fundamental que as diversas Instituições do Sistema Nacional de Saúde realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta (...)”.*

- **Tema 2: Níveis de resposta**

A temática “Níveis de Resposta” baseou-se na análise dos contextos e das características que permitem declarar qual o nível de resposta a oferecer pelo SUB.

Relativamente à análise do “Nível 1”, o grupo focal decidiu que a resposta equacionada originalmente no PRCE corresponde às necessidades e às orientações disponíveis, tendo sido validada sem sofrer alterações.

No que concerne aos níveis dois e três, estabelecidos no PRCE inicialmente, o discurso dos peritos permitiu a elaboração de considerações que facultaram orientações de atuação dando origem às categorias “Níveis de atuação” e “Níveis de resposta” e três subcategorias “*Nível 2: Resposta com recursos previstos no Hospital Conde de Bertandos, disponíveis no momento da catástrofe e recursos mobilizáveis em situações de acidentes graves*”, “*Nível 3: Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertandos em situações de catástrofe*” e “*Níveis de Alerta*”.

A categoria “Níveis de atuação” engloba as subcategorias “*Nível 2: Resposta com recursos previstos no Hospital Conde de Bertandos, disponíveis no momento da catástrofe e recursos mobilizáveis em situações de acidentes graves*” e “*Nível 3: Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertandos em situações de catástrofe*”.

Na primeira subcategoria, referente ao nível dois de resposta, o grupo focal evidenciou necessidade de aumentar o número de recursos humanos, de todas as classes profissionais, para garantir a resposta assistencial, otimizando os recursos disponíveis na Instituição, no momento do incidente, tal como se constata no discurso do perito E7 “*Eu colocava*

*recursos disponíveis do Hospital Conde Bertinandos no momento do acidente...”, posição corroborada pelos restantes elementos, tal como se pode verificar, por exemplo, nos discursos de E8 e E2 respetivamente “Pomos no Hospital Conde Bertinandos os recursos disponíveis no momento da catástrofe ponto final!” e “Exatamente”.*

Na mesma linha de pensamento, a segunda subcategoria, **“Nível 3: Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertinandos em situações de catástrofe”** advém da ponderação sobre a necessidade de ajustar os meios disponíveis a uma escala que ultrapassa a entidade Hospital e que por isso necessita ser complementada por recursos externos, o que leva a equipa de participantes a determinar nos discursos produzidos, a inclusão e utilização de outros colaboradores, que permitam responder e suplantar as limitações sentidas *“Sim primeiro paredes da Urgência depois... Hospital e a seguir área do Hospital”* (E7).

No que se refere à categoria **“Níveis de resposta”** que gerou a subcategoria **“Níveis de alerta”**, que não tendo gerado alterações optou-se por fazer referência à mesma, por ter sido fonte de controvérsia e não existir literatura que quantifique a passagem de nível, em contexto de US. Assim, após explanação e reflexão conjunta com base nas características estruturais e de recursos do Hospital alvo do trabalho projeto, os números de vítimas estabelecidos para mudança de nível foram reconhecidos como adequados, tal como se pode verificar nos discursos *“Temos consenso nos números de vítimas que determinam os níveis de alerta?”* (M), *“...Sim...”* (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8).

**Quadro 2.** Informação produzida em “Níveis de resposta”

<b>Tema 2: Níveis de resposta</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Níveis de atuação</b>	<b>Nível 2:</b> Resposta com recursos previstos no Hospital Conde de Bertinandos, disponíveis no momento da catástrofe e recursos mobilizáveis em situações de acidentes graves
<b>Níveis de atuação</b>	<b>Nível 3:</b> Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertinandos em situações de catástrofe
<b>Níveis de resposta</b>	Níveis de Alerta

Os resultados encontrados reuniram o consenso estipulado e parecem demonstrar a valorização da cultura de segurança e prevenção que é exigida aos profissionais de saúde (DGS, 2010).

Entendemos por isso, que os participantes procuraram refletir de encontro aos objetivos estipulados para um cenário de catástrofe estabelecendo por missão o definir, organizar e estruturar a atuação destes profissionais, de forma a garantir às vítimas uma eficaz e adequada prestação de cuidados de saúde.

A preocupação em adequar os recursos em função do nível de resposta e alerta vai de encontro às recomendações para a elaboração de planos de emergência e catástrofe apresentadas pela DGS (2010), ANPC (2017) e INEM (2012) que valorizam a “*a implementação de medidas preventivas através da elaboração de procedimentos de alerta e de gestão de crise*” (DGS, 2010, p. 6).

- **Tema 3: Meios e recursos**

Para o presente tema, que se debruça sobre os meios e recursos necessários para a resposta a um evento de exceção, foi estabelecida apenas uma categoria, a qual se denominou “**Meios e recursos disponíveis**” e cinco subcategorias “*Meios e recursos disponíveis em Nível 1*”, “*Recursos Humanos em Nível 2*”, “*Autonomia dos serviços em Nível 2*”, “*Recursos Humanos em Nível 3*” e “*Recursos de Gestão/Logística, capacidade Hospitalar e autonomia de serviços em Nível 3*”.

A primeira subcategoria foi validada sem sugestão de modificações uma vez que os peritos entendem que os recursos humanos/materiais disponíveis em cada turno são os suficientes para assegurar as necessidades assistenciais em cuidados, tal como se pode constatar no discurso dos participantes “*No nível 1 utilizamos os recursos e meios do dia-a-dia... Acrescentavam mais alguma coisa?*” (M), “*Está tudo... não se acrescenta mais nada*” (E5).

A segunda subcategoria reporta-se aos “*Recursos Humanos em Nível 2*”, sendo que os sujeitos participantes do grupo focal identificaram a necessidade de nomear os meios que irão apoiar a equipa presente no SUB como se pode verificar no discurso de E1 “*O que consideras no nível 2 recursos mobilizáveis...quais são esses recursos não é possível*

*objetivar mais?”*. Após a colocação desta questão, o grupo focal orienta para a identificação dos recursos mobilizáveis restringindo aos que se encontrem disponíveis dentro do Hospital como refere E3 *“Sim mas... no espaço físico do Hospital Conde Bertandos”*, validado consensualmente e confirmado pelo moderador (M) *“Ok então... concluindo... relativamente aos recursos do nível 2 fica como ponto único todos os recursos do nível um mais os mobilizáveis e disponíveis dentro do Hospital.”*

Da continuidade do debate e análise do documento apresentado emerge a subcategoria **“Autonomia dos serviços em Nível 2”** que apresentava como limitação a ausência de planeamento de respostas nutricionais, reconhecido pelo perito E3 *“Falta aqui alimentação M”*, facto corrigido prontamente *“(…) No nível dois já estou a escrever a acrescentar”* (E6).

Seguindo a mesma sequência, também na subcategoria **“Recursos Humanos em Nível 3”**, surge a necessidade de especificar e uniformizar quais os profissionais a quem recorrer *“Ok nível 3... ativação deste nível... a mobilização... se calhar aqui vamos alterar?”* (M), constatando-se que talvez seja útil que esta mobilização aconteça de forma célere pelo que o grupo focal determinou que esta seleção recaia nos profissionais das imediações do Hospital, uma vez que ao seu lado se encontra sediado o Centro de Saúde de Ponte de Lima

*“Sim... também ficam todos os recursos da nossa área.”* (E3).

Por último, na subcategoria **“Recursos de Gestão/Logística, capacidade Hospitalar e autonomia de serviços em Nível 3”**, os peritos entendem que o recurso ao Hospital de Santa Luzia não vai garantir a resposta às necessidades, uma vez que numa situação de catástrofe, também ele pode, simultaneamente, ver o seu PRCE ativado, pelo que não se encontrariam asseguradas as orientações constantes do documento em análise. Esta premissa apresenta-se assim como um obstáculo à garantia de eficácia e de qualidade da resposta ao acidente grave ou catástrofe pelo que o grupo focal optou pela sua eliminação *“Na página 14, se calhar sempre que disser recurso ao Hospital Santa Luzia corta”* (E1), *“Já Cortei”* (E3).

**Quadro 3.** Informação produzida em “Meios e Recursos”

<b>Tema 3: Meios e Recursos</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Meios e recursos disponíveis</b>	Meios e recursos disponíveis em Nível 1
	Recursos Humanos em Nível 2
	Autonomia dos serviços em Nível 2
	Recursos Humanos em Nível 3
	Recursos de Gestão/Logística, capacidade Hospitalar e autonomia de serviços em Nível 3

Relativamente à categoria “**Meios e recursos disponíveis**” e apesar de reconhecerem que a resposta a uma catástrofe, nomeadamente de Nível 3, pode acarretar necessidades que suplantam os meios disponíveis e da literatura demonstrar a necessidade de articulação entre várias entidades (DGS, 2010; INEM, 2012; ANPC, 2017), os participantes enfatizaram como limitação o recurso ao Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, decidindo consensualmente pela sua abolição, resultado que nos surpreendeu enquanto investigador.

No entanto, os argumentos apresentados na discussão, demonstrando que a inclusão do mesmo poderia condicionar a continuidade de cuidados, validaram a posição tomada, indo ao encontro da perspetiva de Oliveira que compreende que é “(...) *maioritariamente, nestes cenários que um bom planeamento e/ou uma boa e adequada abordagem inicial das vítimas (...), que muitas vidas podem e devem ser ganhas.*” (Oliveira, in INEM, 2012, p. 5).

Tal como é perspetivado no ciclo da catástrofe, a correta preparação da mesma pode potenciar a capacidade de resposta/prontidão, bem como aumentar a qualidade assistencial (Braga, 2011; ANPC, [et al], 2017).

- **Tema 4: Alerta, alarme, ativação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa e Cadeia de Comando**

O tema “Alerta, alarme, ativação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa e Cadeia de Comando” engloba os resultados decorrentes dos discursos dos sujeitos participantes, centrando-se na sequência de acontecimentos que culminam na ativação do PRCE.

A abordagem deste tema deu origem a quatro categorias e nove subcategorias que a seguir se apresentam.

A primeira categoria “**Organização do espaço físico do SUB em catástrofe**” deu origem à subcategoria “*Ordenação do espaço SUB, em catástrofe, de acordo com Nível 1, Nível 2 e Nível 3*” que contempla a disposição do SUB, mediante o nível de alerta e resposta atribuído. A reflexão e discussão desta subcategoria aconteceu com recurso à análise das plantas do SUB e do Hospital, sendo que as principais alterações são passíveis de compreensão no discurso dos participantes, tal como se verifica no testemunho de E3 “*Então nível 1, verdes na área da Sub-espera e vai incrementando para a sala de espera à medida que aumenta o nível*”, esta alteração implica como consequência que a “*Área amarela vais ter de tirar da SUB-espera que fica verde*” (E8), prosseguindo com a análise “*Ok vamos experimentar e o resto das plantas para os outros níveis ficam como estão porque estão bem certo?*” (E3), culminando na síntese do perito E5 “*Acho que não há dúvidas... estão bem*”.

A categoria seguinte, que se relaciona com o “**Alerta**”, divide-se em duas subcategorias “*Elemento responsável pelo alerta*” e “*Funções do elemento responsável pelo alerta*”.

Relativamente aos resultados que determinam o “*Elemento responsável pelo alerta*”, constatámos, pela análise do discurso dos peritos, que a responsabilidade recaí no Responsável Médico do SUB, tal como se pode constatar nos discursos proferidos “*Então onde se lê o chefe de equipa do SU passa para o responsável médico do SUB?*” (E8), “*Tem que ser!*” (E3).

No que concerne às “*Funções do elemento responsável pelo alerta*” verificamos que o grupo focal alocou às competências previamente definidas para este profissional, a responsabilidade de alertar o Presidente do Conselho de Administração da ULSAM e o Chefe de Equipa do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia, da ativação do



respetivo PRCE, tal como se verifica nas palavras de E7 *“Portanto ele é que vai ligar ao Presidente do Conselho de Administração e ao Chefe de Equipa de Viana (...)”*.

A terceira categoria remete-nos para a **“Ativação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa”**, estruturando-se em duas subcategorias. A primeira define o cargo de coordenador, nomeadamente **“Atribuição do cargo de Coordenador do Plano de Catástrofe”**, sendo que esta responsabilidade recai, tal como na categoria anterior **“Alerta”**, sobre o Responsável Médico do SUB, ou seja, *“O coordenador do plano é o responsável médico do SUB”* (E4).

A segunda subcategoria **“Elementos do Gabinete Operacional”**, refere-se aos indivíduos que integram a composição deste gabinete, verifica-se, através das unidades de registo que os participantes no Focus Group emanaram alterações decorrentes do grau de diferenciação dos profissionais em causa. Assim, altera-se o Coordenador Clínico de **“Chefe de Equipa do Serviço de Urgência”** para **“Responsável de Medicina Interna”** tal como se pode constatar no discurso proferido pelo perito E3 *“Aqui por inerência a pessoa com mais diferenciação será o coordenador clínico que será o responsável da medicina interna, porque se ativarmos de dia tá tudo bem se for de noite vamos ativar o nível 2 e chamamos o da medicina interna que está nos pisos cá para baixo e assumirá a mesma função?”*.

A análise do PRCE pelo grupo de peritos, permitiu ainda planear a substituição em caso de ausência do **“Coordenador do Plano de Catástrofe”** alterando o elemento que assume o cargo de **“Diretor do Serviço de Urgência”** para **“Responsável Médico do SUB da Triagem Geral”** tal como se justifica no discurso de E3 *“Em que o responsável médico da triagem irá ser coordenador do plano de catástrofe, aqui...”*.

A última categoria que compõe este tema refere-se a uma estrutura de liderança que tem a responsabilidade de organizar a resposta institucional global em situação de ameaça de nível 2 ou 3 e denomina-se **“Implementação do Gabinete de Crise (GC)”**.

Através do discurso dos participantes foi possível identificar quatro subcategorias denominadas **“Funções do GC”**, **“Constituição do GC”**, **“Local de funcionamento do GC”** e por fim **“Fluxograma do Plano de Catástrofe”**.

No que se relaciona com a subcategoria **“Funções do GC”**, os discursos produzidos fazem emergir a necessidade de esclarecer sobre a responsabilidade de ativação do

mesmo, confirmando-se na pessoa do moderador, que esta é uma função do “(...) *Presidente do Conselho de Administração*” .

Ainda nesta subcategoria, no que se refere à organização dos recursos e estruturas para o apoio a áreas clínicas, o grupo focal sugere, mais uma vez, retirar o apoio proveniente do Hospital de Santa Luzia “*Era retirar recursos do Hospital Santa Luzia.*” (E1). No que concerne à organização para apoio a áreas não clínicas, foi do entendimento dos participantes que a área de atendimento a órgãos de comunicação social fosse alterada do Bar, Piso 1, para os gabinetes de Consulta Externa “*Um gabinete, ali aquela parte da consulta externa da psiquiatria*” (E4), “*Os primeiros gabinetes da entrada do átrio para a consulta.*” (E1), “*Sim! Sim!*” (E4).

Relacionada também com a “**Implementação do GC**” surge a subcategoria “**Constituição do GC**” que revela a necessidade de incluir neste grupo com poder decisório e de coordenação (DGS, 2010) não só o Diretor Clínico Hospitalar, mas também o Diretor Clínico para os CSP, como se constata no discurso de E3 “*Alterar dois Diretores Clínicos... Hospitalar e CSP*”. Na mesma lógica, é sentida a necessidade de integrar o Diretor do Serviço de Gestão Hoteleira e Apoio Geral e o Diretor do Aprovisionamento “*Falta aqui se calhar diretor do aprovisionamento, não sei se é importante?*” (E1), “*É!*” (E8), “*Diretor do serviço de gestão hoteleira e apoio geral*” (E5) e o “*Diretor do aprovisionamento (...)*” (E3).

Contrariamente ao esperado, o grupo focal opta por retirar o Diretor do Serviço de Psiquiatria “*Eu acho que não precisas de pôr psiquiatria, coloca diretor clínico e serviço social que é um serviço à parte*” (E6) e o Assistente Técnico “*O que tu estás a dizer é que este administrativo, assistente técnico é para dar apoio ao gabinete de crise e não faz parte dele*” (E7).

A terceira subcategoria deste tema debruça-se sobre o “**Local de funcionamento do Gabinete de Crise**”, nomeadamente, é equacionado pelos participantes qual a melhor localização para esta equipa e, simultaneamente, para o Assistente Técnico que deixa de integrar o GC. Da reflexão conjunta dos participantes determina-se a localização em salas contíguas, como se pode ver nos discursos produzidos “*Faço então uma sugestão no local de funcionamento do gabinete de crise onde coloco o material que está, antes coloco um item com o assistente técnico.*” (E8), “*Passa então para baixo*” (E3).

A última subcategoria denomina-se **“Fluxograma do Plano de Catástrofe”** e prende-se com a junção das funções de Coordenador de Logística com Coordenador de Recursos, sendo patente nas exposições realizadas pelos participantes *“Materiais e logística tudo junto?”* (E1), *“Tudo junto acumula as duas funções?”* (M), *“Porque repara os materiais também tem a ver com a logística”* (E1).

Ainda na abordagem a esta subcategoria, houve necessidade de corrigir um erro, pelo que o grupo focal validou a alteração de organigrama para fluxograma, como se atesta nas explanações dos sujeitos que integraram o *Focus Group*, *“Mas isto é um organigrama ou um fluxograma?”* (E7), *“Tem razão”* (M), *“Fluxograma”* (E1).

**Quadro 4.** Informação produzida em “Alerta, alarme, ativação do PRCE e Cadeia de Comando”

<b>Tema 4: Alerta, alarme, ativação do PRCE e Cadeia de Comando</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Organização do espaço físico do SUB em catástrofe</b>	Ordenação do espaço SUB, em catástrofe, de acordo com Nível 1, Nível 2 e Nível 3
<b>Alerta</b>	Elemento responsável pelo alerta
	Funções do elemento responsável pelo alerta
<b>Ativação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa</b>	Atribuição do cargo de Coordenador do Plano de Catástrofe
	Elementos do Gabinete Operacional
<b>Implementação do Gabinete de Crise</b>	Funções do Gabinete de Crise
	Constituição do Gabinete de Crise
	Local de funcionamento do Gabinete de Crise
	Fluxograma do Plano de Catástrofe

Os resultados obtidos traduziram mais uma vez, o consenso esperado, com a aprovação de todos os critérios que compõe o tema, por todos os elementos que integraram o grupo focal.

Relativamente às variáveis que integram esta temática, a literatura é consensual e indicadora de uma associação direta entre a disponibilidade de planos de emergência/catástrofe e a capacidade de dar resposta a um acontecimento adverso.

Seguindo esta linha de pensamento, a DGS entende que este investimento permite “(...) *a qualquer US fazer face a uma situação excecional, mantendo uma continuidade dos cuidados de saúde, preservando, ao mesmo tempo, a segurança dos doentes e dos profissionais.*” (2010, p. 7), o que permite validar o nosso empenho na elaboração do PRCE para o SUB alvo do trabalho.

No entanto, no que se refere à constituição do GC e, apesar de a literatura orientar para a constituição de um grupo multidisciplinar (DGS, 2010), os peritos não concordaram com a inclusão de alguns elementos, nomeadamente a classe profissional dos Assistentes Técnicos. Tal poderá acontecer por se centrarem no número de profissionais disponíveis para exercer funções, por classe profissional retirada, por não conseguirem perspetivar o seu papel no GC, ou até, dadas as condições estruturais do Hospital, por não ser possível oferecer condições de trabalho a estes profissionais.

- **Tema 5: Áreas Críticas**

O tema “Áreas Críticas” engloba a reflexão acerca da organização do espaço que permitirá atender a várias vertentes, nomeadamente a prestação de cuidados e, por exemplo, a área de concentração de recursos humanos e de familiares.

Decorrente das exposições proferidas pelos participantes, emergiu a categoria “**Áreas de Responsabilidade**”, que dá origem a três subcategorias “*Áreas de Receção Secundária*”, “*Central Telefónica*” e “*Área de Concentração de Recursos Humanos*”.

Na primeira subcategoria “*Áreas de Receção Secundária*”, os relatos dos participantes sugerem a correção da nomenclatura atribuída, de forma errónea ao Serviço de Reabilitação, procedendo-se à alteração do mesmo para o adequado, ou seja, “*Serviço de Medicina Física e reabilitação é assim que ele é chamado.*” (E1).

No que concerne à subcategoria “*Central Telefónica*”, as narrações advindas dos peritos sugerem a alteração do contacto via SMS aos profissionais do SUB, quando se verifica ativação do PRCE, para o contacto, pela mesma via, de todos os gestores, de todos os serviços do Hospital, como se pode verificar nos discursos do grupo focal “*Deixem-me sugerir eu não sei? Se é possível ter o número dos enfermeiros Chefes?*” (E4), “*Colocamos então para abranger toda a gente gestores dos serviços?*” (E3),

“Concluindo fica contacta gestores dos serviços do hospital que posteriormente terão que contactar os profissionais que dirigem.” (M).

Na última subcategoria deste tema “**Área de Concentração de Recursos Humanos**” ficou visível nas afirmações produzidas pelos participantes durante a discussão, a necessidade de atribuir a responsabilidade da coordenação desta área ao Gestor/Coordenador de Recursos e Logística, em detrimento da coordenação por Assistente Técnico, como se verifica nos testemunhos de E1 e E3 respetivamente: “*Isto são recursos humanos, se são recursos humanos o coordenador deve ser a pessoa que nesta área tem responsabilidade no fluxograma, acho eu?*” (E1), “*Sim (...) Responsável é o gestor de recursos humanos.*” (E3).

É importante referir que a categoria em análise apresentou outros eixos de debate, que pertencem à versão inicial do PRCE, nomeadamente, no que se refere à área de triagem, áreas de receção primária, área administrativa, área de concentração de familiares e área para a comunicação social que não se encontram aqui explorados pois foram validados de forma consensual pelos elementos que integraram o *focus group*, sem apresentar alterações à versão original.

#### **Quadro 5.** Informação produzida em “Áreas Críticas”

<b>Tema 5: Áreas Críticas</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Áreas de Responsabilidade</b>	Áreas de Receção Secundária
	Central Telefónica
	Área de Concentração de Recursos Humanos

Os dados apurados face às áreas críticas apresentadas apontam para a importância do planeamento das respostas e da reflexão conjunta sobre a atribuição de responsabilidades. Tal assunção vai de encontro aos pressupostos emanados pela DGS que entende que um plano desta tipologia deve “*ser verificado, validado e consolidado antes de submetido à aprovação do Conselho de Administração*” (DGS, 2010, p. 17).

- **Tema 6: Procedimentos**

O tema em análise, “Procedimentos”, refere-se às expectativas em termos de funções, determinadas para todos os funcionários com envolvimento direto na aplicação do PRCE.

Decorrente da análise dos discursos proferidos pelos peritos, é criada uma categoria única **“Procedimentos e funções”** a qual se subdivide em oito subcategorias, todas elas relacionadas com os papéis profissionais de cada elemento, **“Cartões operacionais presentes no armário de catástrofe”**, **“Cartão Operacional e Funções do Coordenador do Plano de Catástrofe”**, **“Cartão Operacional e Funções Coordenador Clínico”**, **“Cartão Operacional e Funções do Coordenador de Recursos Humanos/ Materiais e Logística”**, **“Cartão Operacional e Funções do Assistente Técnico”**, **“Cartão Operacional e Funções Coordenador Médico e Enfermeiro da Área Vermelha”**, **“Cartão Operacional e Funções Coordenador Médico e Enfermeiro da Área Vermelha”**, **“Cartão Operacional e Funções do Coordenador da Área Preta”** e **“Cartão Operacional e Funções do Operador da Central Telefónica”**.

Relativamente à primeira subcategoria **“Cartões operacionais presentes no armário de catástrofe”** o grupo focal zela pela alteração de alguns atributos presentes nos cartões operacionais, nomeadamente a fusão das funções de coordenação de recursos e logística decorrente da análise e de alterações previamente propostas e que se constata no discurso emanado pelo E1 **“Este aqui tens que juntar é a tal coisa... Recursos e logística num só”** e acrescenta-se ao elemento médico coordenador das áreas de atenção primária verde, amarela e vermelha, a figura do enfermeiro, com quem partilhará a função, como se pode verificar nas afirmações proferidas **“E o coordenador da área vermelha, amarela e verde são médicos ou enfermeiros?”** (E7), **“É um de cada?”** (E6), **“Tem de ser!”** (E3).

Ainda na mesma subcategoria é proposta e validada a correção do título **“Coordenador de triagem de Manchester”** alterando-se para **“Coordenador de triagem de Catástrofe”** como se verifica nos testemunhos **“Este coordenador é de triagem de Manchester ou catástrofe?”** (E7), **“Triagem de catástrofe”** (M), **“Triagem de catástrofe... pois!”** (E1).

Na subcategoria seguinte, referente ao **“Cartão Operacional e Funções do Coordenador do Plano de Catástrofe”**, os peritos procederam à correção da terminologia organigrama para fluxograma, como se verifica nas palavras de E3 **“É fluxograma e não organigrama”**

e onde se lê informática, corrigiu-se para o termo adequado “*Não é informática é Serviço de Sistemas de Informação*” (E7).

Dando continuidade à análise do PRCE, o grupo focal salienta que a informação presente neste cartão operacional, no que se relaciona com as funções das autoridades “*(...) informar as autoridades para delimitarem a área de acesso ao hospital Conde Bertandos, procederem à evacuação de viaturas e realizarem a gestão da população.*” (M), constitui constrangimento uma vez que é expectável que estes profissionais tenham conhecimento dos procedimentos a implementar em eventos de exceção desta tipologia, pelo que se procede à mudança sugerida “*Então corto no cartão operacional do CPC... procederem à evacuação de viaturas e realizarem gestão da população*” (M) ficando “*informar as autoridades para delimitarem a área de acesso ao Hospital*” (E3) pois “*(...) a autoridade ao saber disto sabem que tem que criar vias de acesso vias de extração, pontos*” (E3).

Ainda na mesma subcategoria, os peritos esclarecem sobre as funções do Coordenador do Plano de Catástrofe no que se relaciona com a ativação do GC, ficando determinada que a função adstrita a este elemento é a de proceder à comunicação da eventual necessidade de constituição do GC, como se verifica no testemunho de E8 “*O coordenador do PC comunica a necessidade de ativação do Gabinete de Crise, a decisão é do Presidente do Conselho de Administração*”.

Na subcategoria “***Cartão Operacional e Funções do Coordenador Clínico***” os participantes consideraram importante incluir em todos os cartões operacionais uma coluna lateral que permita assinalar as ações já realizadas/implementadas, permitindo o registo tipo checklist, com o intuito de permitir aos profissionais manter um conhecimento atualizado sobre o que está feito e o que ainda carece de realização, “*Acho que o cartão operacional deveria ter uma coluna ao lado tipo...*” (E7), “*Checklist*” (E6), “*Sim uma pessoa lê uma vez as ações passado um bocado já não se lembra e se tiver uma coluna de verificação*” (E7).

Ainda nesta subcategoria, e dando continuidade a intervenções anteriores, os peritos reforçam a partilha da coordenação das áreas verde, amarela e vermelhas, por médico e enfermeiro, corrigindo nas funções do Coordenador Clínico “*(...) nomear um coordenador médico...*” (M), “*Coordenador médico e de enfermagem*” (E1).

Na quarta subcategoria **“Cartão Operacional e Funções do Coordenador de Recursos Humanos/ Materiais e Logística”** os peritos procedem a pequenas correções sendo que, onde se lê Enfermeiro Chefe deve ler-se Enfermeiro Gestor: *“Desculpem, mas não é chefe, mas sim gestor”* (E6) e onde se lê área negra deve ler-se área preta *“Não esquecer que não é área negra, é área preta!”* (E7).

Ainda na continuidade da análise desta subcategoria, emerge uma sugestão de relevo proveniente da comunicação do grupo focal, em que se atribuí aos assistentes operacionais a coordenação da área preta *“Ok, destacar um assistente operacional para a área preta e fornecer-lhe os modelos de registo e o cartão operacional. Concordam que seja o assistente operacional a coordenar a área preta?”* (M), *“Sim”* (E7).

Na quinta subcategoria **“Cartão Operacional e Funções do Assistente Técnico”**, transpareceu do discurso dos participantes a necessidade de acrescentar algumas funções a esta classe profissional, nomeadamente *“(…) integrar a equipa de triagem, chamar staff adicional, recolher folhas de registo da triagem... e aqui se calhar está implícito o registo informático?”* (M), *“E transferir o registo numérico para nominal e informatizar”* (E6), em detrimento de *“(…) destacar de acordo com os recursos disponíveis, elementos para as diferentes áreas, aqui se calhar...”* (M), *“Aqui não vais ter gente para isso tudo”* (E6), *“Então é melhor cortar esta ação”* (M).

Na sexta subcategoria **“Cartão Operacional e Funções Coordenador Médico e Enfermeiro da Área Vermelha”** o grupo focal identifica como redundante a indicação de os coordenadores se dirigirem para a área vermelha, uma vez que está implícita a sua presença na área pela qual são responsáveis, pelo que optam de forma consensual, por retirar essa orientação, tal como se constata no discurso dos participantes *“Aqui dirigir-se é um bocado redutor”* (E7), *“Como?”* (M), *“Numa função de coordenador dirigir-se quer dizer? Eu tirava”* (E7).

Na subcategoria seguinte **“Cartão Operacional e Funções do Coordenador da Área Preta”** emergem sugestões relacionadas com características específicas deste Hospital, nomeadamente a localização da área em análise, uma vez que tinha sido equacionado alocar a área preta a dois locais distintos mediante o número de vítimas mortais, morgue e garagem, no entanto, esta foi convertida em arquivo pelo que houve necessidade de reestruturar este espaço nas plantas disponíveis restringindo-se à morgue *“Sim, mas a*



*garagem não dá... é um arquivo” (E1), “Então tem de ficar lá em baixo” (M), “Precisamente” (E4), “Então corta garagem e fica na morgue só.” (M).*

Na mesma linha de pensamento, os participantes optam por excluir a função “(...) *prever necessidades de recursos, mas aqui não faz sentido*” (M) por não se enquadrar nas necessidades deste setor e alteram a orientação “(...) *informar o gabinete operacional de cada entrada e não de cada morte*” (M), para “(...) *informar o GO do número de cadáveres na área preta*” (M).

Na última subcategoria que integra este tema “**Cartão Operacional e Funções do Operador da Central Telefónica**” houve necessidade de simplificar a metodologia de atuação deste elemento, ou seja, previa-se inicialmente que o mesmo fosse responsável pelo aviso a todos os profissionais da ativação do PRCE, no entanto, os participantes concluíram que seria vantajoso avisar apenas os responsáveis de cada serviço, e que estes assumem o contacto com os elementos de cada equipa “*Nos tiramos profissionais do SUB e metemos responsáveis do serviço*” (E3), “*Isso*” (E4).

**Quadro 6.** Informação produzida em “Procedimentos”

<b>Tema 6: Procedimentos</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Procedimentos e Funções</b>	Cartões operacionais presentes no armário de catástrofe
	Cartão Operacional e Funções do Coordenador do Plano de Catástrofe
	Cartão Operacional e Funções Coordenador Clínico
	Cartão Operacional e Funções do Coordenador de Recursos Humanos/ Materiais e Logística
	Cartão Operacional e Funções do Assistente Técnico
	Cartão Operacional e Funções Coordenador Médico e Enfermeiro da Área Vermelha
	Cartão Operacional e Funções do Coordenador da Área Preta
	Cartão Operacional e Funções do Operador da Central Telefónica

Os dados apresentados assumem como vantajosa a partilha de responsabilidades no caso da coordenação das áreas correspondentes ao nível de cuidados a implementar (verde, amarela e vermelha) decorrente já de uma análise anterior noutra tema, pelo grupo focal. Esta premissa parece alicerçar-se na importância do trabalho em equipa, facto reforçado pela perspectiva do INEM (2012, p. 38) que considera importante a monitorização psicossocial dos elementos das equipas “(...) baseado no impacto psicológico que cada uma destas decisões pode acarretar”.

No que se relaciona com a alteração de “triagem de Manchester” para “triagem de catástrofe”, este resultado vai de encontro à nossa expectativa, uma vez que está estabelecido que em situações de exceção a triagem acontece não pelo método *standard* mas pelo recurso à triagem de catástrofe, que utiliza discriminadores simples que permitem triar de forma célere, um grande número de vítimas com o intuito de possibilitar salvar o maior número possível de vidas, assegurando qualidade assistencial, pelo rápido reconhecimento de critérios de gravidade, otimizando desta forma, os recursos existentes (INEM, 2012).

Parece-nos importante realçar que os peritos reconhecem que a ativação do GC cabe ao Presidente do Conselho de Administração, o que se coaduna com as orientações da DGS (2010) que norteia para a sua presença dado que o GC é um órgão com poder de coordenação e decisão face às medidas a implementar, nomeadamente no encerramento de serviços, cancelamento de consultas e mobilização de recursos.

Embora não exista literatura que corrobore esta decisão, a atribuição da coordenação da área preta ao Assistente Operacional gerou em nós uma opinião muito positiva, uma vez que esta área não carece de implementação de cuidados de saúde, a sua gestão entregue a outra classe profissional, permite rentabilizar e aumentar a disponibilidade de médicos e enfermeiros para áreas onde estes são efetivamente necessários, o que pode contribuir para o aumento da eficácia deste PRCE.

É importante realçar que este plano resulta da ponderação conjunta de peritos, com experiência na área, que procuraram refletir todas as temáticas até obterem um consenso entre todos os elementos que constituíram o grupo focal, tendo sempre presente as características geodemográficas da área de resposta deste SUB/Hospital, respeitando as características particulares que envolvem circunstancialmente a área a que o mesmo dá resposta, bem como as particularidades da equipa que constitui este serviço, o que vai de

encontro ao descrito na literatura sobre planos de emergência e catástrofe em que se assume que “*Um consenso geral é um dos princípios essenciais para o sucesso do PEUS.*” (DGS, 2010, p. 17).

- **Tema 7: Armário de Catástrofe**

O domínio “Armário de Catástrofe” envolve os resultados obtidos a partir dos testemunhos dos elementos que integraram o grupo focal, acerca daquilo que são as suas sugestões para que o referido instrumento possibilite, de forma rápida, a implementação do PRCE, disponibilizando os meios adequados, que permitem uma resposta eficaz no atendimento e na prestação de cuidados, num contexto de catástrofe com multivítimas.

Para este tema foram definidas duas categorias: “**Recursos disponíveis/materiais e quantidade**” e “**Posicionamento do armário de catástrofe**” e 13 subcategorias que se apresentam de seguida, explorando cada uma delas através das unidades de registo produzidas pelo debate do *Focus Group*.

A primeira categoria “**Recursos disponíveis/materiais e quantidade**” é composta pelas subcategorias “*Cartões operacionais*”, “*Cabeçalho de identificação na tabela do material/checklist*”, “*Placards de identificação de áreas de prioridades*”, “*Software informático*”, “*Pulseiras de cores*”, “*Folhas de registos de ações*”, “*Sacos para cadáveres*”, “*Chaveiro*”, “*Gravador de voz*”, “*Pranchas rígidas para escrever*”, “*Lanternas*”, “*Placard com aviso de ativação do Plano de Catástrofe*”.

Na primeira subcategoria “*Cartões operacionais*”, os participantes comprovaram a necessidade de objetivar o número de cartões, uma vez que na lista inicial de checklist do armário não se encontrava discriminado para quem se destinavam os cartões, apenas estava registado o número cinco, levando ao errado entendimento de que se encontravam disponíveis cinco cartões operacionais para cada função, quando o que se pretende é um cartão operacional por cada função atribuída, sendo necessário corrigir esse facto, atribuindo um cartão operacional por coordenador/ responsável: “*Cartões operacionais*” (M), “*Este cinco é cinco cartões por cada?*” (E1), “*Não! É um cartão por cada Coordenador/Responsável por área*” (E3), “*Ah pronto... então altera e põe um por cada ok!*” (M).

Na segunda categoria **“Cabeçalho de identificação na tabela do material/checklist”**, o grupo orienta para a atribuição de um cabeçalho que permita identificar a tabela/checklist do material do armário de catástrofe, como é visível nos seguintes discursos *“Falta o cabeçalho”* (E7), *“O cabeçalho da tabela do armário de catástrofe”* (E1), *“Ai tá... bem, tá bem... acrescenta”* (E6).

Na mesma linha de pensamento, e decorrente do debate, os peritos vão identificando necessidades para a operacionalização do PRCE no terreno, entendendo ser crucial existirem disponíveis no referido armário, placards que permitem identificar as áreas de atenção primária em número de dois, no sentido de facilitar a perceção das mesmas pelos profissionais envolvidos e pelas vítimas *“Certo, de seguida Placards de identificação de áreas de prioridades, área vermelha um à entrada outro à saída, verdes se calhar também 2.”* (M), *“Os verdes se calhar tem de ser dois porque podes ter...”* (E1), *“ Sim tem de ser!”* (M).

No que se relaciona com os registos em catástrofe, subcategoria a que se atribui o nome de **“Software informático”**, ficou visível nas exposições dos peritos, a preocupação com a acessibilidade ao material que permite a documentação das ações/intervenções realizadas, ao plano de catástrofe e a todos os modelos de registo: *“Software informático com base de dados de recursos materiais, Plano de catástrofe informatizado, ficheiro com todos os modelos de registo de catástrofe”* (M), *“Ter uma pasta informatizada”* (E6), *“A pasta partilhada é acessível em todos os computadores?”* (E8), *“Em todos os computadores”* (M), *“Coloca ai E3 em pasta partilhada no GC e SUB.”* (M), *“Tá”* (E3).

Quanto às subcategorias **“Pulseiras de cores”** e **“Folhas de registos de ações”**, o grupo entendeu que as pulseiras devem incluir o *kit* de triagem e que estes devem existir em número de quarenta dentro do armário, entendendo que essa quantidade é também a adequada no que concerne às folhas de registos, tal como se constata nos seguintes discursos entre os participantes *“Muito bem, pulseiras, vermelho, verde e (...) Quantas? Pus 100 mas...?”* (M), *“No kit pões uma pulseira de cada cor (...) E depois de triado tiras aquela correspondente à triagem.”* (E6), *“Sim. Então quantos kits vamos definir?”* (M), *“40, 40 pastas e cada pasta tem uma pulseira de cada cor”* (E1) e *“Folhas de registos de ações?”* (M), *“É 40 também”* (E2).

Relativamente à subcategoria **“Sacos para cadáveres”** estavam inicialmente previstos em número de cem, no entanto, o grupo focal determinou que são suficientes em número de

dez “*Em Viana escolhi 20.*” (E6), “*10 chega*” (E3, E8), “*Então vão ser colocados no armário da catástrofe 10 sacos.*” (M).

Na subcategoria “**Chaveiro**” os participantes optam por retirar o mesmo do armário de catástrofe, sinalizando no checklist a sua localização e entregam essa responsabilidade à equipa de segurança “*Acho que se coloca no segurança e define-se no armário*” (E3), “*Muito bem então fica referenciado no plano chaveiro completo do Hospital que está com o segurança na entrada, sendo ele o responsável do mesmo. Todos concordam com o referido?*” (M).

Inicialmente, estava preconizado na listagem de material um “**Gravador de voz**”, que deu origem a uma subcategoria com o seu nome, cuja função seria servir de apoio à análise pós-catástrofe, no entanto, opta-se por retirar por não ter sido considerado útil como se pode verificar nos seguintes testemunhos: “*Gravador de voz acham pertinente ou não? (...) Quando fizermos o debriefing...*” (M), “*São muitas horas de gravação e o debriefing vai perder a noção do que é porque vamos estar a ouvir toda a gravação*” (E2), “*Tou esclarecido então seguindo a opinião do grupo retira-se?*” (M), “*Sim*” (E5, E6, E7).

Quando questionados sobre a necessidade de acrescentar algum material ao armário de catástrofe, os peritos entendem que é necessário disponibilizar pranchas rígidas para a realização dos registos em formato de papel, dando origem à subcategoria “**Pranchas rígidas para escrever**” como se constata no discurso de E4 “*Ó M da mesma maneira que meteste marcadores permanentes tens que por pranchas.*” (E4).

Na mesma linha de pensamento, e de forma a assegurar luminosidade no período noturno, para além daquela que é assegurada pelo gerador de emergência, o grupo entende acrescentar também “**Lanternas**”, que dá origem a mais uma subcategoria: “*Deixa-me dizer uma coisa temos que ter luzes de emergência, lanternas.*” (E7), “*Imagina que é de noite e não há eletricidade.*” (E7), “*Boa ideia, então uma por área.*” (M).

Relativamente à subcategoria “**Placard com aviso de ativação do Plano de Catástrofe**”, cumpre uma necessidade identificada pelo grupo focal, que não estava prevista no PRCE inicial e tem como objetivo avisar a população que o Hospital se encontra a funcionar em modo catástrofe: “*Placard para colocar na sala de espera a dizer que o Hospital está em plano de catástrofe.*” (E6), “*É para as pessoas se dirigirem a outros locais.*” (E6), “*Sim concordo.*” (E2).

A segunda categoria “**Posicionamento do Armário de Catástrofe**” que integra o tema em análise é constituída unicamente por uma subcategoria denominada “**Localização do Armário de Catástrofe**” e tem a sua génese na preocupação demonstrada pelo grupo focal em colocar este instrumento de trabalho num espaço facilmente acessível, tendo ficado decidido que a sala de triagem é um local adequado para receber o mesmo “*Por mim colocava-o na sala de triagem e retirava a marquesa que lá está que não tem utilidade nenhuma.*” (E3), “*Grande ideia, todos concordam?*” (M), “*Sim*” (E1 a E8).

**Quadro 7.** Informação produzida em “Armário de Catástrofe”

<b>Tema 7: Armário de Catástrofe</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Recursos disponíveis/ material e quantidades</b>	Cartões operacionais
	Cabeçalho de identificação na tabela do material
	Placards de identificação de áreas de prioridades
	<i>Software</i> informático
	Pulseiras de cores
	Folhas de registos de ações
	Sacos para cadáveres
	Chaveiro
	Gravador de voz
	Pranchas rígidas para escrever
	Lanternas
	Placard com aviso de ativação do Plano de Catástrofe
	<b>Posicionamento do Armário de Catástrofe</b>

Refletindo as decisões tomadas pelo grupo focal no que se refere às quantidades de material a disponibilizar dentro do armário de catástrofe, francamente menores do que as inicialmente pensadas, parece-nos que esta decisão poderá estar relacionada com o facto de a farmácia hospitalar se encontrar disponível em permanência, em caso de catástrofe, pelo que pode fornecer o material em falta a qualquer momento, minimizando o risco de desperdiçar consumíveis.

- **Tema 8: Comunicações e Liderança**

O tema em análise resultou na produção de uma categoria única “**Comunicação interna**” que se prolonga na subcategoria “*Lista de contactos*” e que resulta de uma sugestão realizada pelos peritos que se refere à inclusão de uma lista dos contactos internos da instituição em anexo no plano de catástrofe, para consulta rápida, aquando da ativação do PRCE, como se pode atentar no diálogo produzido “*Era interessante colocar em anexo neste ponto os contactos internos*” (E2), “*Faz todo o sentido.*” (E5).

**Quadro 8.** Informação produzida em “Comunicações e Liderança”

<b>Tema 8: Comunicações e Liderança</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Comunicação Interna</b>	Lista de contactos

- **Tema 9: Transporte de Doentes Inter-Hospitalar**

A discussão entre os elementos do *Focus Group* sobre o tema “**Transporte de Doentes Inter-Hospitalar**” não deu origem a nenhuma categoria/subcategoria por considerarem que responde às normas de orientação disponíveis (INEM, 2012), sendo validado consensualmente, tal como foi apresentado na versão original do PRCE, constatando-se nas palavras dos participantes “*Tendo consenso total no ponto n.º 8 passamos para o ponto n.º 9 Transporte de doentes Inter-Hospitalar.*” (M), “*Concordo com o que está escrito não alterava nada.*” (E3), “*Eu também.*” (E4), “*Fica como está*” (E5).

- **Tema 10: Desativação**

O tema “Desativação” dá origem à categoria “**Debriefing**” que resulta da necessidade de avaliar o desempenho e atuação após a catástrofe e equacionar novas medidas e propostas de alteração ao PRCE vigente.

Por sua vez, a partir dos testemunhos proferidos, para esta categoria é criada a subcategoria “**Agendamento**” que demonstra inquietação face ao quando deve acontecer esta reflexão e avaliação.

Depois de discutido e ponderado este assunto, o grupo focal entende que a data prevista inicialmente era demasiado precoce pois “*Sim estamos a pôr na semana seguinte e ainda podemos ter catástrofe.*” (E3) estipulando que o *debriefing* deve acontecer “*(...) no período de 30 dias após a ocorrência.*” (M).

**Quadro 9.** Informação produzida em “Desativação”

<b>Tema 10: Desativação</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<i>Debriefing</i>	Agendamento

Tal como nas temáticas anteriormente apresentadas, a categoria e subcategoria advém do consenso entre todos os elementos que integram o grupo focal e debruçam-se essencialmente, sobre aspetos que resultaram em intervenções de melhoria, no sentido de potenciar o sucesso do PRCE, em particular oferecer contributos que venham a permitir oferecer qualidade e eficácia assistencial.

A categoria resultante da análise realizada neste tema vai de encontro à literatura consultada, em particular no que se relaciona com o ciclo da catástrofe, em que é esperado que no período pós-catástrofe exista reflexão e análise e eventualmente se equacionem novas respostas e se atualizem aspetos relacionados com todo o planeamento e gestão dos eventos adversos contribuindo para que as US se tornem capazes de melhorar continuamente, reavaliando o seu desempenho e implementando as ações de melhoria identificadas como necessárias (ANPC, [et al], 2017).



- **Tema 11: Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa**

O tema “Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa” integra os resultados obtidos através dos discursos dos participantes acerca do programa de treino, que pretende manter a equipa multidisciplinar dotada de competências de atuação em catástrofe.

Assim, para esta temática foi definida a partir dos discursos obtidos, uma categoria denominada “**Programa de treino**” que deu origem à subcategoria “**Frequência**”.

Nesta subcategoria, os peritos validam a importância do treino simulado com periodicidade anual, e acrescentam o recurso a métodos de treino do tipo *table top exercise*, como se verifica nos testemunhos seguintes: “*Deverá ser implementado programa de treino na ativação e implementação/execução do Plano de resposta à catástrofe para tal deverá ser feito anualmente um simulacro. Concordam?*” (M), “*Sim e poderão estar incluídos aí os table top exercise*” (E3), “*Sim*” (E2, E5, E8).

**Quadro 10.** Informação produzida em “Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa”

<b>Tema 11: Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Programa de treino</b>	Frequência

Mais uma vez, os resultados traduzem o consenso de todos os elementos do grupo focal e vão de encontro às expectativas e ao conhecimento disponível uma vez que se compreende que para que o PRCE “(...) *seja executado de uma forma eficaz é necessário que todas as pessoas intervenientes estejam corretamente formadas de modo a desempenharem as suas funções de forma coordenada.*” (DGS, 2010, p. 18) o que orienta para a realização de “*pelo menos uma vez por ano um exercício de mobilização do gabinete de crise e um exercício de chamada do pessoal (...)*” (idem).

Decorrente da realização desta reunião e da discussão pelos participantes de todos os temas apresentados, que suscitou algumas modificações ao PRCE inicial, o grupo focal validou o instrumento final, que se encontra, atualmente validado também pelo

Departamento de Medicina Crítica, encontrando-se apenas a aguardar a integração na plataforma da Qualidade (Apêndice IX).

#### **Atividade 5:** Divulgação do PRCE no SUB

Após a reestruturação do PRCE decorrente das orientações emanadas pelo grupo de peritos e da sua validação pelos mesmos, o documento foi submetido ao Departamento de Medicina Crítica da ULSAM, que o aprovou para utilização no SUB do Hospital Conde de Bertiandos. Neste momento, carece apenas de inclusão no Módulo *Qualitus* (plataforma para a Qualidade da ULSAM), que o disponibiliza a todos os utilizadores desta ULS para consulta, encontrando-se já implementado no serviço a que se destina.

Cumpridos todos os objetivos face à execução e validação técnica do PRCE, emergiu como fundamental a sua divulgação e apresentação a toda a equipa do referido SUB, dando cumprimento às etapas previstas na metodologia de trabalho de projeto, mas também a um dos propósitos estabelecidos pela DGS (2010, p. 7) que determina que estes planos de atuação tem como objetivo “*informar internamente os profissionais da US das modalidades de ação, em caso da sua ativação e, externamente, as autoridades sanitárias para coordenação dos meios disponíveis de resposta em caso de alerta*”.

Para tal e, de forma a ser possível abranger toda a equipa multidisciplinar, planearam-se dois momentos de partilha, que decorreram nos dias 27 e 28 de janeiro do corrente ano, na sala de formação do Hospital Conde de Bertiandos, com a duração de cerca de uma hora, englobados no plano de formação em serviço, em que foram convocados todos os profissionais, de todas as classes que exercem funções no SUB (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos e equipa de segurança) com o objetivo de dar a conhecer a todos, o instrumento produzido (Anexo V).

Neste momento, foi apresentado todo o PRCE, optando-se por esclarecer e reforçar o papel de cada classe profissional (Apêndice X).

Aproveitou-se a oportunidade para motivar a equipa para a sua implementação/utilização e procurou sensibilizar-se para a importância do treino continuado através de simulações que se encontram já planeadas no plano de formação anual do serviço.

## 2.4 Considerações Éticas

A realização de um trabalho de projeto que assenta na investigação com e para pessoas, implica dos investigadores a valorização, o respeito e o cumprimento de princípios éticos subjacentes ao mesmo, o que contribui para uma investigação com qualidade (Sousa e Batista, 2011).

Neste sentido, foi solicitada autorização por escrito para a realização deste trabalho projeto ao Diretor Clínico dos Serviços de Urgência da ULSAM (Apêndice XII). Depois de confirmada a autorização, foi dirigido um pedido ao Presidente do Conselho de Administração (Apêndice XIII) e ao Presidente do Conselho de Ética da ULSAM (Apêndice XIV), no sentido de serem apresentados os objetivos e procedimentos do estudo e averiguadas as possibilidades de realização do mesmo.

Na fase seguinte, após concedidas as devidas autorizações, deu-se início às etapas estabelecidas para a metodologia de trabalho projeto.

O desenvolvimento da investigação pautou-se pela aplicação de princípios éticos que respondem ao respeito pela dignidade humana e pela autonomia, através da obtenção do consentimento livre e esclarecido de cada participante. Respondeu ainda ao respeito pela vida privada e confidencialidade dos dados pessoais, sendo que é papel do investigador assegurar que a confidencialidade e o anonimato são respeitados e que todas as informações colhidas são tratadas com dignidade e respeito, assegurando os princípios da beneficência e justiça (Straubert e Carpenter, 2002).

Neste sentido, foi obtido o consentimento livre e esclarecido quanto aos objetivos e métodos a utilizar no estudo, de todos os participantes que, de forma livre e voluntária, optaram por participar. Foram também informados sobre a possibilidade de cessarem a sua participação em qualquer altura do desenvolvimento do trabalho, se assim fosse a sua vontade, sem que daí decorresse qualquer prejuízo para a pessoa.

A garantia do anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados obtidos foi assegurada na medida em que os dados individuais nunca serão revelados. No entanto, uma vez que a validação do PRCE decorre da utilização da técnica de *Focus Group*, o anonimato torna-se impossível de assegurar em relação ao investigador, pois é inevitável o mesmo conhecer as suas fontes (Straubert e Carpenter, 2002), o que nos encaminha para

a conceção de quase anonimato e confidencialidade, sendo que estes ficam assegurados pelo investigador, na divulgação dos resultados. Neste sentido, optou-se por atribuir aos participantes do grupo focal uma codificação que permite apenas ao investigador, a sua identificação (E1, E2,..., E8), assegurando os princípios descritos.

Terminada a descrição do percurso metodológico onde foram apresentadas as opções tomadas e os resultados decorrentes do desenvolvimento deste trabalho projeto, segue-se a apresentação das conclusões emergentes deste projeto.

## CONCLUSÃO

As mudanças perpetradas nas atuais sociedades, com impacto na quantidade e magnitude de eventos catastróficos, têm vindo a acentuar e enfatizar a necessidade de respostas estruturadas, eficazes e eficientes, que garantam qualidade assistencial aos cidadãos, nos contextos de exceção. Nesse sentido, as Nações Unidas, alertam para a pertinência do desenvolvimento de ações que contribuam para prevenir riscos e reduzir vulnerabilidades, e desta forma potenciar a resiliência das comunidades, bem como a capacidade de antecipação e de resposta das entidades perante a ocorrência de acidentes graves ou catástrofes (Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes, sd).

Na continuidade da sensibilização para esta problemática e no seguimento da Declaração de Hyogo, Portugal participa na 3ª Conferência Mundial das Nações Unidas (Sendai) sobre a redução do risco de catástrofes, e adota o novo plano de ação estabelecido, o Quadro de Sendai 2015/2030, que assenta em quatro pilares, sendo eles a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o risco de catástrofes, fortalecer a componente de gestão deste risco, investir na componente de redução do risco de catástrofes para uma melhor resiliência e, reforçar a componente de preparação para uma resposta efetiva (Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes, sd).

A literatura (Ribeiro, 2016) vem demonstrar que ao longo dos últimos anos, se tem vindo a assistir a uma evolução brusca do número de catástrofes, sendo que inicialmente os registos disponíveis orientavam para causas maioritariamente de origem natural. Contudo, atualmente, a evolução tecnológica a par da intervenção humana, com elevado impacto na produção de poluentes que tem vindo a implicar drásticas alterações no clima global do planeta, parecem estar na base das condições que contribuem para mudanças no rumo dos acontecimentos, pelo que se verificam com frequência, a ocorrência de catástrofes tecnológicas e naturais, relacionadas com o comportamento humano.

Os eventos de exceção que culminam em acidentes graves ou catástrofes com emergências multivítimas são acontecimentos imprevisíveis, geradores de instabilidade nas US e, uma vez que conduzem a uma procura súbita de cuidados de saúde que, geralmente ultrapassa a oferta disponível em termos de recursos humanos e materiais, fazem emergir a necessidade da existência de planos de resposta, que prontamente possam ser aplicados.

Assim, num contexto que se assume de permanente possibilidade de ocorrência de catástrofe, seja ela de causa natural ou um acidente tecnológico, urge que as instituições de saúde organizem e planeiem uma resposta de emergência, a dar em qualquer um dos cenários acima referidos. Esta ideia vai de encontro à posição da DGS que reitera a necessidade de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e gestão de risco por parte das US, entendendo que o desenvolvimento de PRCE, por parte das organizações, são *“consideradas peças estruturais necessárias a uma acção coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise.”* (DGS, 2010, p. 2).

Refletindo esta realidade, a garantia de uma resposta adequada, implica profissionais de saúde experientes, com formação específica e treino de competências nesta área. A capacidade de resposta dos profissionais de saúde e das respetivas instituições, só por si, não são suficientes para uma resposta adequada em situação de catástrofe. É por isso necessário um PRCE adaptado à realidade da US, nomeadamente adequado aos riscos existentes na área de atuação, bem como formação e treino, de forma a organizar a capacidade de resposta dos profissionais e da instituição nestas situações (DGS, 2010).

A equipa do SUB alvo deste projeto, pela sua formação especializada e pela experiência na área de atuação da urgência/emergência pode promover qualidade assistencial e assim gerar ganhos em saúde significativos neste contexto. A implementação do PRCE e o treino das competências de atuação em catástrofe, habilitam os profissionais a gerir e utilizar os recursos de forma mais célere e adequada, bem como gerir e coordenar os cuidados a prestar de forma mais otimizada, garantindo melhores respostas, reduzindo a expectativa de morbilidade ou mortalidade associada a estes eventos.

A realização deste trabalho projeto permitiu refletir a problemática em causa e equacionar as soluções necessárias para garantir uma resposta eficaz no contexto de multivítimas, em catástrofe.

A realidade constatada levou à reflexão sobre a importância de se encontrar disponível um documento capaz de nortear todo o processo de funcionamento e de intervenção sistematizada em circunstâncias de adversidade.

O diagnóstico de situação permitiu ainda reconhecer necessidades de formação na equipa, pelo que se procedeu ao desenvolvimento e treino de competências destes profissionais, através de formação em serviço. Contudo, realça-se a necessidade desta temática

permanecer nos planos de formação vindouros uma vez que as competências de atuação em catástrofe requerem treino e atualização permanentes. Também possibilitou verificar e colmatar a falta de recursos materiais e de logística.

No desenvolvimento do trabalho projeto foi passível dar cumprimento ao seu objetivo principal que foi criar e validar o PRCE, que proposto ao Departamento de Medicina Crítica da ULSAM, o aceitou e validou, encontrando-se atualmente disponível para utilização em caso de necessidade.

Para ser possível alcançar uma versão do PRCE consensualizada, optou-se metodologicamente por colocar uma versão elaborada previamente ao julgamento de um painel de peritos, recorrendo à técnica de *Focus Group*.

Em síntese, como contributos para a prática, o impacto do desenvolvimento deste projeto traduz-se na disponibilização de um documento que define regras gerais de atuação, que procura refletir as melhores estratégias de gestão e prática profissional, uma vez que veio dar resposta a uma lacuna existente neste SUB. Permitiu também, envolver a equipa médica e de enfermagem, identificar necessidades e formar os seus elementos, de modo a adquirir e aprofundar conhecimentos fundamentais para a sua intervenção em eventos de exceção e adversidade. Tal decorreu do investimento na formação realizada aos profissionais do SUB, que permitiu a compreensão não só do papel da US e da necessária articulação com outras entidades, mas também da aquisição de conhecimentos e treino de capacidades e competências na utilização da triagem de catástrofe e na atuação neste contexto.

Estes momentos emergiram assim como pilares fundamentais para a etapa seguinte, que se pautou pela apresentação do PRCE final à equipa, permitindo que os profissionais se familiarizassem com o documento e responsabilidades de cada um e mobilizassem os conhecimentos previamente adquiridos, compreendendo melhor a estrutura do PRCE e o seu papel, nos diferentes níveis de alerta.

Uma vez chegados ao final deste trabalho, importa também refletir sobre as limitações e dificuldades do mesmo.

As limitações, mas também, a força do mesmo, relacionam-se por um lado, com o facto de este PRCE adequar-se apenas à realidade deste SUB em concreto, não se constituindo um modelo que possa ser generalizado a todos os SUB, no entanto, pode constituir uma

base de trabalho para outras realidades que não tenham e pretendam implementar o PRCE.

O facto de o investigador integrar a equipa de enfermagem do SUB onde decorreu a investigação, poderá de algum modo ter influenciado os participantes e consequentemente, os resultados.

No entanto, houve uma preocupação permanente por parte do investigador de não extravasar o seu papel, tanto no diagnóstico de situação como na reunião do *Focus Group*.

No que concerne às dificuldades, relacionaram-se com a limitada disponibilidade de informação específica no que se refere aos critérios que determinam a passagem de níveis de alerta e a ativação do respetivo PRCE. Houve por isso necessidade de alicerçar a construção do PRCE deste SUB, com base nas recomendações nacionais e internacionais para a elaboração destes documentos, refletindo e relacionando, em simultâneo, as *guidelines* disponíveis com a realidade deste serviço.

A inexperiência pessoal no domínio desta metodologia, à partida como uma dificuldade, traduziu-se em aprendizagem e crescimento pessoal, pela procura constante de conhecimento e reflexão, não só no domínio da investigação, mas também no que se relaciona com a prestação de cuidados de saúde em situações de catástrofe.

Em resultado, consideramos que os propósitos deste trabalho projeto inicialmente traçados foram alcançados, vendo-se construído o PRCE e implementado no respetivo SUB.

No entanto, como perspetivas futuras, dada a ambição deste projeto, que se alicerça na necessidade de treino de capacidades e competências e, tendo presente que as *guidelines* de atuação em saúde e em catástrofe sofrem atualizações constantes, emergem como sugestões que se mantenha o empenho da equipa multidisciplinar quer no treino simulado da aplicação deste PRCE, como também a sua atualização de acordo com a produção/atualização do conhecimento científico ou decorrente das necessidades identificadas após avaliação da sua aplicação face a uma situação de crise real ou simulada.

Espera-se assim, que este projeto se mantenha útil e ativo, tal como foi referido, através de prática simulada sistemática, integrada no plano de formação anual previsto para o SUB e que já se encontra calendarizado, e que deste treino resultem sessões de *debriefing*



que permitam a reflexão conjunta da equipa, dos aspetos positivos e negativos e se implementem as estratégias percebidas como necessárias para otimizar as respostas dos profissionais de saúde e da instituição em si.

Neste contexto, será necessário um acompanhamento efetivo e uma monitorização atenta e persistente, quer do desempenho profissional como das orientações técnicas e *guidelines* de atuação que vão sendo emanadas, pelo que, para se garantir este olhar atento se criou uma equipa responsável pelo PRCE deste SUB, para a qual fomos designados Coordenador responsável, cuja missão é assegurar este *follow up*, formar novos elementos que integrem a equipa SUB, dar continuidade ao treino sistemático, sendo também nomeados formador responsável pela realização da formação contínua nesta área e dos simulacros. Acresce-se ainda a responsabilidade da implementação e operacionalização das medidas tidas como necessárias, após as avaliações realizadas.

É relevante referir que a partir deste projeto conseguimos integrar novas equipas, que se encontram a produzir projetos semelhantes, para os quais fomos convidado para integrar o *Focus Group* de validação dos instrumentos produzidos, nomeadamente, para o PRCE do SUMC do Hospital de Santa Luzia, de Viana do Castelo, da mesma Unidade Local de Saúde, a que pertence o Hospital Conde de Bertiandos.

Parece-nos importante refletir que em termos futuros, desta parceria possam advir contributos para as duas instituições (Hospital Conde de Bertiandos/Hospital de Santa Luzia), pois este trabalho a par poderá permitir complementaridade e ajustamentos entre as duas equipas, uma vez que pertencem à mesma ULS. Poderá ainda equacionar-se uma comparação entre os PRCE das duas US e daí resultar a integração de duas perspetivas diferentes, que poderão potenciar ganhos na otimização das respostas concebidas.

Creemos pois, que o mérito incontestável deste instrumento norteador da ação/intervenção implica uma atualização permanente do conhecimento científico e reflexão das práticas, mas impõe também a sua implementação efetiva para que se possa constituir uma realidade nas nossas instituições hospitalares e serviços de urgência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA E SOUSA, J. P. - A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Acta Médica Portuguesa Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25 (1), (jan/fev, 2012) p. 37-43. [Consultado 10.05.2019]. Disponível na www:

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6/11>.

ALMEIDA, A. B. **The 1755 Lisbon Earthquake and the Genesis of the Risk Management Concept**. International Conference 25th Anniversary of the 1775 Lisbon Earthquake, Proceedings, November. Lisboa, (2005), p. 57-64.

ALMEIDA, A. B. Gestão do risco e da incerteza: conceitos e filosofia subjacente. Realidades e desafios na gestão dos riscos: Diálogo entre ciência e utilizadores. **Pombalina Coimbra University Press**, (2014), p. 19-29. [Consultado 11.02.2018]. Disponível na [www: https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/35747/1/Realidades\\_artigo2.pdf](https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/35747/1/Realidades_artigo2.pdf).

ANDRADE, M. - **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9ª ed. São Paulo: Atlas, (2009).

ARAÚJO, S. - **Administração de desastres: Conceitos e tecnologias**. 3ª ed, Sygma-SMS - Gestão de riscos, (2012). [Consultado 11.03.2019]. Disponível na [www: https://www.docsity.com/pt/livro-administracao-de-desastres-2012-edicao-iii/4805191/](https://www.docsity.com/pt/livro-administracao-de-desastres-2012-edicao-iii/4805191/).

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - **Relatório: Análise e apuramento dos factos relativos aos incêndios que ocorreram em Pedrogão Grande, Castanheira de Pera, Ansião, Alvaiázere, Figueiró dos Vinhos, Arganil, Góis, Penela, Pampilhosa da Serra, Oleiros e Sertã, entre 17 e 24 de junho de 2017**. Comissão Técnica Independente, (2017).

AUTORIDADE NACIONAL DE EMERGÊNCIA E PROTEÇÃO CIVIL - **Sistema de Proteção Civil: Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro**. (2018). [Consultado 09.06.2019]. Disponível na [www: http://www.prociv.pt/pt-PT/PROTECAOCIVIL/SISTEMAPROTECAOCIVIL/SIOPS/Paginas/default.aspx](http://www.prociv.pt/pt-PT/PROTECAOCIVIL/SISTEMAPROTECAOCIVIL/SIOPS/Paginas/default.aspx).

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL - **Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo**. (2015).

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL - **Cadernos Técnicos PROCIV 3: Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil**. 2º ed, (Dez, 2017). [Consultado 02.08.2018]. Disponível na [www: http://www4.cm-evora.pt/NR/rdonlyres/9A62831F-37B5-4E60-B64F-BFF03BAC83/38272/caderno4.pdf](http://www4.cm-evora.pt/NR/rdonlyres/9A62831F-37B5-4E60-B64F-BFF03BAC83/38272/caderno4.pdf)

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL; CAIXA GERAL DE DEPÓSITOS S.A., ENERGIAS DE PORTUGAL, NOS COMUNICAÇÕES, S.A. - **Boas Práticas de Resiliência de Infraestruturas Críticas: Setor Privado e Setor Empresarial do Estado**. (2017). [Consultado 05.03.2019]. Disponível na [www: www.prociv.pt/www.pnrrc.pt](http://www.prociv.pt/www.pnrrc.pt).

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL - **Redução do Risco de Catástrofes**. (2016). [Consultado 10.12.2019]. Disponível na [www: http://www.prociv.pt/pt-pt/RISCOPREV/REDRISCOCATASTROFE/Paginas/default.aspx](http://www.prociv.pt/pt-pt/RISCOPREV/REDRISCOCATASTROFE/Paginas/default.aspx)

BANDEIRA, R. - Curso Pós-Graduado em Medicina de Catástrofe. **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**. Porto: Universidade do Porto, (1990).

BANDEIRA, R. - ICBAS há 20 anos na vanguarda do ensino da Medicina de Catástrofe em Portugal. **ICBAS Press**. Nº 24, Ano IV, (Jan/2011), p. 10-11.

BARBOUR, R. - **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, (2009).

BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. 5ª Ed. Lisboa: Edições 70, (2011).

BETÂMIO DE ALMEIDA, A. - **Gestão do Risco e da Incerteza. Conceitos e Filosofia Subjacente**. Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa, (2019). [Consultado 06.03.2019]. Disponível na [www: https://www.uc.pt/fluc/nicif/Publicacoes/livros/dialogos/Artg02.pdf](https://www.uc.pt/fluc/nicif/Publicacoes/livros/dialogos/Artg02.pdf)

BENNER, P. - **De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. - **Focus groups in social research**. London: Sage, (2001).

BOUTINET, J. P. - **Antropologia de Trabalho de Projeto**. Lisboa: Instituto Piaget, (1997). ISBN 978-972-8329-35-0.

BRAGA, G. - **Bioterrorismo: Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar a Implementar Face a uma Ameaça**. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina de Catástrofe submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, (2011). [Consultado em 06.03.2019]. Disponível na [www: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE%20Bioterrorismo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE%20Bioterrorismo.pdf).

BULLARD, M.; MUSGRAVE, E.; WARREN, D.; UNGER, B. - Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS): Guidelines 2016. **Canadian Journal of Emergency Medicine**. (2017), p. S18-S27.

CASALEIRO, A. - **Resposta hospitalar à catástrofe externa e emergência interna: Hospital de Cascais**. (2015). [Consultado 07.01.2019]. Disponível na [www: https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/hcascais\\_abiliocasaleiro\\_27\\_022015.pdf](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/hcascais_abiliocasaleiro_27_022015.pdf).

CENDÓN, C. N.; IGLESIA, M.; RODRÍGUEZ, E. - Estudio de la frecuentación a un servicio de urgencias extrahospitalario: motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. **Cadernos de Atención Primaria**. Coruna: vol 17, nº 1, (Mar/2010), p. 15-18.

CRONIN, J. G. - The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. **Accid Emerg Nurse**. Vol. 2, nº 11, (2003), p. 121-125.

DECRETO-LEI nº 12/2009 - Procede à primeira alteração ao [Decreto-Lei n.º 183/2008](#), de 4 de Setembro, que cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., e aprova os respetivos estatutos. **Diário da República, 1ª Série N.º 7/2009** (2009/01/12). P. 231 - 231.

DECRETO-LEI nº 134/2006 - Cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS). **Diário da República, 1ª Série N.º 142** (2006/07/25). P. 5231-5237.

DECRETO-LEI nº 183/2008 - Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da

Guarda, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos. **Diário da República, 1ª Série** N.º 171/2008 (2008/09/04). P. 6225 - 6233.

DECRETO-LEI n.º 45/2019 - Aprova a orgânica da Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. **Diário da República, 1ª Série**. N.º 64 (2019/04/01). P. 1798-1808.

DECRETO-LEI n.º 72/2013 - Procede à segunda alteração ao [Decreto-Lei n.º 134/2006](#), de 25 de julho, que cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro. **Diário da República, 1ª Série**. N.º 105 (2013/05/31). P. 3190-3199.

DESPACHO n.º 18 459/2006. Aprova a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência (UBU). **Diário da República, Série II**. N.º 176/2006, (2006/09/12). P. 18611 a 18612.

DESPACHO n.º 3317-A/2018. Revisão do Sistema de Gestão de Operações. **Diário da República, Série II**. N.º 65/2018, 1º Suplemento (2018/04/03). P. 9530-(2) a 9530-(10).

DESPACHO n.º 7313-A/2017. Declara a situação de calamidade em vários distritos e concelhos com índice de risco elevado ou extremo de incêndio, e determina a adoção de medidas que permitam disponibilizar recursos adicionais para ações de prevenção, bem como de proteção civil. **Diário da República, Série II**. N.º 159/2017, 1º Suplemento (2017/08/18). P. 18090-(2) a 18090-(2) .

DESPACHO n.º 10319/2014. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.º 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. **Diário da República, II Série**. N.º 153/2014, (2014/08/11). P. 20673 - 20678.

DESPACHO n.º 3551/2015. Regulamentação e definição do Sistema de Gestão de Operações. **Diário da República, Série II**, n.º 69/2015, (2015/04/09). P. 8634 – 8653.

DESPACHO n.º 5561/2014. Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da

sua integração na rede de serviços de urgência. **Diário da República, Série II**. N.º 79/2014, (2014/04/23). P. 11123 – 11124.

DICIONÁRIO PRIBERAM. (2018). [Consultado 03.09.2018]. Disponível na [www: https://www.priberam.pt/dlpo/risco](http://www.priberam.pt/dlpo/risco).

DIOGO, C. - **Impacto da Relação Cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS**. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde submetida ao Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa, (2007). [Consultado 18.03.2019]. Disponível na [www: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%Aancias%20do%20SNS.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%Aancias%20do%20SNS.pdf).

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **NOC 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde**. (2010). [Consultado 03.09.2018]. Disponível na [www: file:///C:/Users/HP%201/Desktop/Ficheiros/Downloads/i013429%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%201/Desktop/Ficheiros/Downloads/i013429%20(1).pdf).

DURO, C. - **Classificação de risco em serviços de urgência na perspetiva dos enfermeiros**. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (2014). [Consultado 01.04.2019]. Disponível na [www: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/98547](https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/98547).

EMERGENCY EVENTS DATABASE - **Centre for research on the epidemiology of Disasters**. (2019). [Consultado 08.05.2019]. Disponível na [www: https://www.emdat.be/](https://www.emdat.be/).

FERREIRA, C. A. - A avaliação na metodologia de trabalho de projeto: uma experiência na formação de professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. N.º 43-1, (2009), p. 143-158.

FITZGERALD, G.; JELINEK, G.; SCOTT, D.; GERDTZ, M. - Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*. Vol 27, nº 2, (Fev, 2010), p. 86-92.

FLICK, U. – **Métodos qualitativos na investigação científica**. Lisboa: Monitor-Projetos e Edições, Lda, (2002).

FORERO, R.; NUGUS, P. - **Australasian College for Emergency Medicine (ACEM): Literature review on the Australasian Triage Scale (ATS)**. (2012) [Consultado 16.05.2019]. Disponível na www: [https://acem.org.au/getmedia/57f6d096-4d74-4427-97ce-fb31c45920e1/2011\\_-\\_Triage\\_Literature\\_Review\\_-\\_FINAL\\_-\\_v3r.aspx](https://acem.org.au/getmedia/57f6d096-4d74-4427-97ce-fb31c45920e1/2011_-_Triage_Literature_Review_-_FINAL_-_v3r.aspx) .

FORTIN, M. - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, (1999). ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, M. - **O Contributo da Investigação no Desenvolvimento dos Conhecimentos em Ciências de Enfermagem e Investigação em Enfermagem**. Coimbra: Lusociência, (2009).

FORTIN, M. F.; CÔTE, J., FILLION, F. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidata, (2009). ISBN 978-989-8075-18-5.

GARCIA-ALVES, A.; REDONDO, J. - **Plano de Emergência Hospitalar**. Lisboa: CPSE/INEM, (1999).

GAUTHIER, B. - **Recherche sociale: De lá problematique à lá collecte des données**. 5ª Ed. Quebec: Presses de l'Université, (2008). ISBN 2-7605-13243-6.

GEOFFRION, P. - O grupo de discussão. In GAUTHIER, B. **Recherche sociale: de la problematique à la collecte des données**. 3ª Ed. Loures: Lusociência, (2008).

GILBOY, N.; TANABE, P., TRAVERS, D., ROSENAU, A. - **Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). [Consultado 16.05.2019]. Disponível na [www: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esi\\_handbk.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esi_handbk.pdf).

GOMES, T. P.; OLIVEIRA, M. S. - **Guia Geral para a Elaboração dum Plano de Emergência das Unidades de Saúde**. Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão da Qualidade Clínica Organizacional, (2010). ISBN 978-972-675-247-9.

GRAÇA, L. - **Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspetiva Sociológica (VIII Parte)**. Portugal: O Sistema Técnico (Desde 1971), (2000). [Consultado 04.07.2019]. Disponível na www: <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos91.html>.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Triagem no Serviço de Urgência: Protocolo de Triagem de Manchester**. 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing, Ltd, (2010). ISBN 978-989-96652-0-0.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. (sd). [Consultado 21.05.2019]. Disponível na www: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110).

GUERRA, I. - **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso**. Cascais: Principia, (2010). ISBN 978-972-881-866-1.

HASSMILLER, S. - **Gestão de Catástrofe**. In Stanhope, M.; Lancaster, J.. *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência. 4ª Ed., (1999), p. 409-426. ISBN 978-972-838-305-3.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Situação de Exceção**. 1ª Ed, versão 3.0. Lisboa: INEM, (2012). ISBN 978-989-8646-08-8.

ISERSON, K.; MOSKOP, J. - Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. **Annals of Emergency Medicine**. Vol 49, nº 3, (mar/2007), p. 275-281. [Consultado 13.05.2019]. Disponível na www: <https://www.swenurse.se/globalassets/sena/triage-in-medicine.pdf>.

JIMÉNEZ, G. - Clasificación de pacientes en los servicios de urgência y emergências: Hacia un modelo de triaje estructurado. **Emergencias**. Vol. 18, (2006), p. 156-164.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. - **Focus Groups: A practical guide for applied research**. 4ª Ed. Califórnia: Sage, (2009). ISBN 148-336-524-7.

LEI nº 27/2006 – Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. **Diário da República, 1ª Série-A**, Nº 149 (2015/08/03). P. 5316-5326.

LEI nº 56/79 – Serviço Nacional de Saúde. **Diário da República, 1ª Série I**, N.º 214/1979, (1979/09/15). P. 2357-2363.



LEI ORGÂNICA nº 1/2011 - Transfere competências dos governos civis e dos governadores civis para outras entidades da Administração Pública em matérias de reserva de competência legislativa da Assembleia da República. **Diário da República, Série I**, N.º 230/2011, (2011/11/30). P. 5117 – 5128.

LIMA, E. - Melhorar a nossa capacidade de resposta à catástrofe. **Sinais Vitais**. (fev, 2013), p. 17-19. ISSN 0872-8844.

MACEDO, M. - **Gestão da emergência: 5ª Conferência de Segurança Proteger 2016**. (2016). [Consultado 06.05.2019]. Disponível na www: [https://proteger.pt/2014/wp-content/uploads/2016/11/II\\_1\\_7\\_MarioMacedo.pdf](https://proteger.pt/2014/wp-content/uploads/2016/11/II_1_7_MarioMacedo.pdf).

MAGNAYE B.; MUÑOZ, Ma.; MUÑOZ, M.; MUÑOZ, R.; MURO; J. - The role, preparedness and management of nurses during disasters. **International Scientific Research Journal**. Vol. III, (2011). 269-294. ISSN 2094-1749.

MANY, E.; GUIMARÃES, S. - **Como abordar... A Metodologia de Trabalho de Projeto**. Lisboa: Areal Editores, (2006). ISBN 978-972-627-912-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Retrato da Saúde: Portugal**. (2018). ISBN 978-989-99480-1-3.

MITCHELL, K.; BRANIGAN, P. - Using focus groups to evaluate health promotion interventions. **Health Education**. Vol 6, nº 100, (2000), p. 261-268.

MUNICÍPIO DE ARCOS DE VALDEVEZ. **Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Arcos e Valdevez**. (2014).

MUNICÍPIO DE PONTE DE LIMA - **Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Ponte de Lima**. (2014).

MUNICÍPIO DE VIANA DO CASTELO - **Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo**. (2014).

MURRAY, M.; BULLARD, M.; GRAFSTEIN, E.; CTAS & CEDIS NATIONAL WORKING GROUPS - Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**. Vol. 6, nº 6, (nov/2004), p. 421-427.

NAIDOO, D. K.; RANGIAH, S.; NAIDOO, S. - An evaluation of the Triage Early Warning Score in an urban accident and emergency department in KwaZulu-Natal. **S Afr Fam Practice**. Vol 56, nº 1, (2014), p. 69-73. [Consultado 13.05.2019]. Disponível na www: <http://www.ajol.info/index.php/safp/article/viewFile/102712/92979>.

NUNES, L. - Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. **Percursos**. Nº 17, (2010), p. 3-9. ISSN 1646-5067.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) - **Conhecer os Caminhos da Saúde: Relatório de Primavera 2001**. (2001). [Consultado 27.06.2019.] Disponível na www: [http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2001\\_OPSS.pdf](http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf).

OLIVEIRA, F. - **Análise do método START para triagem em incidentes com múltiplas vítimas: Uma revisão sistemática**. Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador-Bahia, (2013). [Consultado 31.08.2018]. Disponível na www: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13977/1/Fernando%20Antonio%20Gouveia%20Oliveira.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. (2010). [Consultado 01.09.2018]. Disponível na www: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - **Conferência de Sendai adota novo marco para reduzir riscos de desastres naturais no mundo**. (2015). [Consultado 10.12.2019]. Disponível na www: <https://nacoesunidas.org/conferencia-de-sendai-adota-novo-marco-para-reduzir-riscos-de-desastres-naturais-no-mundo/>.

PAIVA, J.; SILVA, A.; ALMEIDA, A.; SECO, C.; GOMES, C.; RIBEIRO, E.; LUÍS, F.; PEDROSA, J.; FÉLIX, M.; OLIVEIRA, M.; MOTA, P.; NICOLA, P.; SILVA, R. - **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU**. Lisboa: Ministério da Saúde, (2012).

PITA, P. B. - **As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996.** (2011). [Consultado 02.07.2019]. Disponível na [www: https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/apesjan99.pdf](http://www.https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/apesjan99.pdf).

PLATAFORMA NACIONAL PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE CATÁSTROFES - **Disaster Risk Reduction.** (sd). [Consultado 18.02.2020]. Disponível na [www: https://www.pnrrc.pt/](http://www.https://www.pnrrc.pt/).

POCINHO, M. - **Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico.** Lousã: Lidel, Edições Técnicas, (2012). ISBN 978-972-757-916-7.

PROTEÇÃO CIVIL DE VIANA DO CASTELO - **Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo.** Viana do Castelo: Governo Civil, (2014).

PROTEÇÃO CIVIL DE VIANA DO CASTELO - **Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo.** Viana do Castelo: Proteção Civil, (2016).

REGULAMENTO n.º 429/2018 (2018). Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. **Diário da República, 2ª Série, N.º 135 (2018/07/16).** P. 19359-19370.

RESOLUÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL n.º 30/2015. Estabelece os critérios e normas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil. **Diário da República, 2ª Série, N.º 88 (2015/05/07).** P. 11179-11181.

RIBEIRO, J. - **Promoção de comunidades resilientes.** (2016). [Consultado 18.02.2020]. Disponível na [www: http://www.cimac.pt/pt/Documents/Workshop1\\_RiscosColectivos\\_JRibeiro.pdf](http://www.http://www.cimac.pt/pt/Documents/Workshop1_RiscosColectivos_JRibeiro.pdf).

RIBEIRO, J. L. - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde.** 2ª Ed. Lisboa: Placebo Editora, (2008). ISBN 978-989-8463-01-2.

RODRIGUES, T. - Notas, notícias e recensões: A estratégia Internacional de redução de desastres. **Territorium 17 - Revista da Associação Portuguesa de Riscos, Prevenção e Segurança**. Nº 17, (2010), p. 223-227. ISBN 0872-8941.

RUIVO, M.; FERRITO, C.; NUNES, L. - Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. Nº 15, (jan/mar, 2010), p. 1-37. ISSN 1646-5067.

SAMPIERI, R. ; COLLADO, C.; LUCIO, P. - **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, (2006). ISBN 978-85-65848-36-7.

SCHIEFER, Ulrich [et al.] - **MAPA – Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos**. Estoril: Príncípia, (2007). ISBN 978-972-8818-58-6.

SILVA, A. M. - **Triagem de Prioridades: Triagem de Manchester**. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Medicina de Catástrofe, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, (2009).

SILVA, I. S.; VELOSO, A. L.; KEATING, J. B. - Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas. **Revista Lusófona de Educação**. Nº 26, (2014), p. 175-190. ISSN 1645-7250.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE - **História do SNS**. (2019). [Consultado 05.08.2019]. Disponível na www: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>.

SOUSA, M.; BAPTISTA, C. - **Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha**. Lisboa: LIDEL, (2011). ISBN 978-989-693-001-1.

SOUSA, P. A. - O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**. Nº 22 (Especial - 70 Anos), (2009), p. 884-894. ISSN 0103-2100.

STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. N.; ROOK, D. W. **Focus Groups: Theory and practice**. 2ª Ed. Califórnia: Sage, (2007).

STRAUBERT, H.; CARPENTER, D. - **Investigação qualitativa em enfermagem**. Loures: Lusociência, (2002).

TONI, G.; MCCALLUM, P. - Emergency Triage. **Australasian Emergency Nursing Journal**. Vol 10, nº 2, (2007), p. 43-45.

ULSAM, EPE - **Relatório e Contas**. (2016). [Consultado 12.12.2019]. Disponível na www: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/Relatório-e-Contas-2016 .pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/Relatório-e-Contas-2016.pdf).

VALENTIM, A.; PAES, G.; CARVALHO, S. - Utilizando serviços de emergência do sistema único de saúde mediante triagem START. **Revista de Enfermagem Profissional**. Vol 1, nº1, (jan/abr, 2014), p. 194-204.

VEIGA, R. - **Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de acidentes de trabalho**. Lisboa, (2000).

WAERCKERLE, J.F. - Disaster planning and response. **New England Journal of Medicine**. Nº 324, (1991), p. 815-821.

XU, K. T.; NELSON, B.; BERK, S. - The changing profile of patients who used emergency department services in United States: 1996 to 2005. **Annals of Emergency Medicine**. Vol 54, nº 6, (dec, 2009), p. 805-810.

## **ANEXOS**

## **Anexo I**

Folha de presenças Apresentação “Metodologia de projeto e elaboração do PRCE”,  
Formação “SIOPS” e Formação “Triagem de Catástrofe”

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima

Data: 28/05/2019, das 09 horas às 13 horas.

Atividade (Título): Plano de Resposta à Catástrofe

**Resumo da Atividade**

Apresentação do Projeto Plano de resposta à Catástrofe, no Serviço de Urgência, Biotério e Ponte de Lima, fundamentação teórica e apresentação das fases do projeto.

Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação: Sim  Não

**Registo de Presenças**

Formadores ULSAM	Nº Mec.	Nome	Assinatura
	8456 84536	Sérgio Guimarães	<i>Sérgio Guimarães</i>

Formadores Externos	Nome	Assinatura

**Registo de Presenças**



	Nº Mec.	Nome	Assinatura	
Formandos		EE. Patrícia Costa Silva	Patrícia Silva	
		Ej. Joana Rapp	Joana Rapp	
	90136	Fátima Tereza Fernandes Gonçalves	Fátima	
	84524	Carly Lopes Silveira	Carly	
	4262	VITOR DA SILVA	Vitor	
	3414	Amara de Liza Ray	Amara	
	3074	Gláucia Menez Costa	Gláucia	
	90220	Luís Roberto Gomes	Luís	
	3000	José Antônio Costa	José	
	84560	JUAN I. GOMEZ VARELA	Juan	
	3158	Lea Sofia Moura de Oliveira Amor	Lea	
	2785	Patrícia Duarte Vasconcelos Feliciano	Patrícia	
	4443	Anderson Rafael Alves Torres	Anderson	
	3486	Ricardo Joaquim Gonçalves Faria	Ricardo	
	90253	João Patrício de Sáez Lima	João	
	80079	80009	Achilles de Lacerda Fica	Achilles
		3584	Rui Roberto Cordeiro	Rui
		80098	Fátima Tereza Fernandes Costa	Fátima
		3538	David Felipe de Sousa Duarte	David
		90349	Monica Daniela de Azevedo Gomes	Monica
	90237	Armando Manuel de Sousa Faria	Armando	
	EXTEND	Walter Dias Fernandes	Walter	
	EXTEND	Diogo João Fernandes Faria	Diogo	
	EXTEND	Luís Roberto	Luís	
	4262	VITOR DA SILVA	Vitor	
	90150	Sílvia Vera Soares Mendes	Sílvia	
	90201	José Manuel Augusto Amorim	José	
	90202	Sofia Luísa Falcão Rocha	Sofia	
	90312	Thais Luísa Lobo Amorim	Thais	
	3846	Andréia da Cunha Correia	Andréia	
	EXTEND	Manoel José da Costa	Manoel	

**Avaliação Global Imediata**

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável

*[Handwritten signature]*

Assiduidade Formandos- Formação Plano de Resposta à Catástrofe

Nº Mec.	Nome	Assinatura
1774	Alvaro José de Sá Gomes	
80523	José Manuel Pires	
ESS	Cláudio Fernandes	
	do SOVS	
2742	Raul Rodrigues	

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima

Data: 28/05/2019, das 09 horas às 13 horas.

Atividade (Título): Plano de Resposta à Catástrofe

**Resumo da Atividade**

SIOB - Sistema Integrado Operacional de Proteção e Segurança  
 Abordagem prática às organizações e como funciona em Portugal  
 SIO - Apresentação sintética  
 Missões Críticas - Atividade de Interação SIOB


Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação:

Sim

Não

**Registo de Presenças**

Formadores ULSAM	Nº Mec.	Nome	Assinatura	

Formadores Externos	Nome	Assinatura
	Marco Domingues	
	Paulo Barreiro	

**Registo de Presenças**

(845-4)

Nº Mec.	Nome	Assinatura
	EG. Patrícia Costa Silva	Patrícia Silva
	C.C. Joana Silva Miranda Reis	Joana Reis
90136	Franci Tereza Fernandes Simões	Franci Simões
2785	Ritória Souto Fernandes Figueiras	Ritória F.
3158	Laura Sara M. D. R. Cavas	Laura Cavas
84560	José J. Gomes Viegas	José Viegas
3608	José Adriano (CST)	José Adriano
3714	Quaresma da Rosa	Quaresma Rosa
90220	Patrícia Sampaio	Patrícia Sampaio
3074	Alana Raquel Alves Teles	Alana Teles
38624	Carly López Sobral	Carly Sobral
4262	Vitor SA' Fernandes	Vitor Fernandes
66090	Luís António Escovar Oliveira	Luís Oliveira
66090	Diogo João Ferraz Fernandes	Diogo Fernandes
66090	Luís Dias Fernandes	Luís Fernandes
90100	Bárbara Maria Joazeir Barbosa	Bárbara Barbosa
90101	João Maria Augusto Almeida	João Almeida
90202	Sofia Inês da Silva Rodrigues	Sofia Rodrigues
90237	Américo Manuel de Sousa Sousa	Américo Sousa
90312	Flávia Luísa João Amorim	Flávia Amorim
3816	Andreia da Cunha Correia	Andreia Correia
EXTERNO	Maximiliano Teixeira da Costa	Maximiliano Costa
90 853	João Amílcar de Barros Lima	João Barros
80079	Artur João da Silva Eira	Artur Eira
3554	Luís António Correia	Luís Correia
3938	Luís António Correia	Luís Correia
80078	Paula Patrícia Fernandes Galvão	Paula Galvão
4141	Andreia Raquel Alves Teles	Andreia Teles
3486	Luís António Correia	Luís Correia
90349	Andreia Maria de Aguiar Aguiar	Andreia Aguiar

**Avaliação Global Imediata**

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável Barbara Barbosa

**Assiduidade Formandos- Formação Plano de Resposta à Catástrofe**

<b>Nº Mec.</b>	<b>Nome</b>	<b>Assinatura</b>
ATA	Almeida, G. Sebastião	
5092	José Manuel Rocha	
TAV	Paulo Roberto	
ESS	Clemente Fernandes de Sousa	

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima

Data: 28/05/2019, das 09 horas às 13 horas.

Atividade (Título): Plano de Resposta à Catástrofe

**Resumo da Atividade**

*Triage em situações de catástrofe  
Conceito de catástrofe  
Implicações da resposta à catástrofe  
A relevância da Triage de  
casos de planeamento  
Avaliação Primária  
Avaliação Secundária  
Casos práticos*

Enviou ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação:

Sim

Não

**Registo de Presenças**

Formadores ULSAM	Nº Mec.	Nome	Assinatura
		10471	Cipriano Costa

Formadores Externos	Nome	Assinatura

**Registo de Presenças**

	Nº Mec.	Nome	Assinatura
Formandos		EE. Castrana Costa Silva	Castrana Silva
		E.T. Yohana Pego	Yohana Pego
	90136	Yara de Jesus Fernandes Gonçalves	Yara
	2785	Patricia Siqueira de Carvalho Silveira	Patricia
	3158	Lara Souza M. O. P. Cavali	Lara
	24960	Luiz J. Gomes Vazquez	Luiz
	36068	Jose Alvaro Costa	Jose
	2414	Quarara Costa Pery	Quarara
	90220	Thais Suman Borges	Thais
	3024	Thiana Raquel Torres Costa	Thiana
	90237	Aminado Manuel de Bunko Faria	Aminado
	84564	Carla Lopes de Paula	Carla
	4262	Vitor da Rocha Mendes	Vitor
	EXTEND	Tiago Luis Feres Oliveira	Tiago
	EXTEND	Diego José Ferreira Feres	Diego
	EXTEND	Leandro Dias Fernandes	Leandro
	90900	Isilda Maria Soares Barbosa	Isilda
	90201	Vitor Mota Cardoso Azevedo	Vitor
	70202	Sérgio Marcelo de Faria, Rodo	Sérgio
	90312	Thais Lucia Leão Amorim	Thais
	3826	Andréia da Cunha Correia	Andréia
	EXTEND	Maximiano Teixeira da Costa	Maximiano
	90253	João Paulo de Barros Lima	João
	80079	ARMANDO SILVA ZIFA	Armando
3054	Pai Pedreira Coimbra	Pai	
80098	Fania Binueta Fernandes Gallo	Fania	
3338	Samuel Felipe Feliciano Duóvil	Samuel	
4143	Anderson Raphael Alves Teles	Anderson	
5486	Miguel Joaquim Bezerra Luz	Miguel	
90349	Elisandra Daniela de Aguiar Aguiar	Elisandra	

**Avaliação Global Imediata**

\_\_\_\_\_

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável Isilda Barbosa

Assiduidade Formandos- Formação Plano de Resposta à Catástrofe

Nº Mec.	Nome	Assinatura
277	Alfredo Manuel G. Silva Mendes	
80523	João Roberto Ribeiro	
	Membro Fernandes	
	de Sousa	
	Paulo Rodrigues	



## **Anexo II**

Formação apresentada à equipa Médica e de Enfermagem do SUB subordinada à  
temática SIOPS – 2º CODIS



# SGO

Sistema de Gestão de Operações

Despacho n.º 3517-A/2018

### Âmbito de Aplicação

O presente Despacho regula e define o desenvolvimento do Sistema de Gestão de Operações, adiante designado por SGO, e aplica-se a todos os Agentes de Proteção Civil (APC), Entidades com especial dever de cooperação e qualquer outra entidade desde que empenhadas em operações de proteção e socorro.

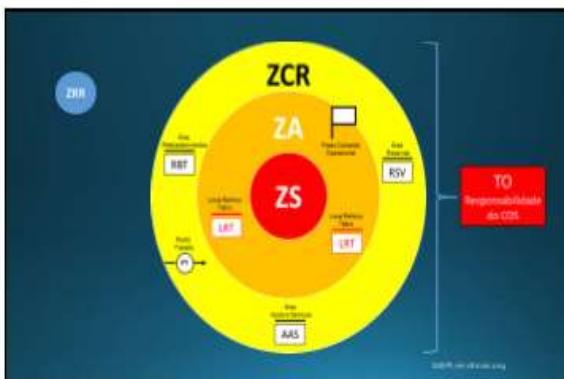
O SGO é uma forma de organização operacional que se desenvolve numa configuração modular e evolutiva de acordo com a importância e o tipo de ocorrência.

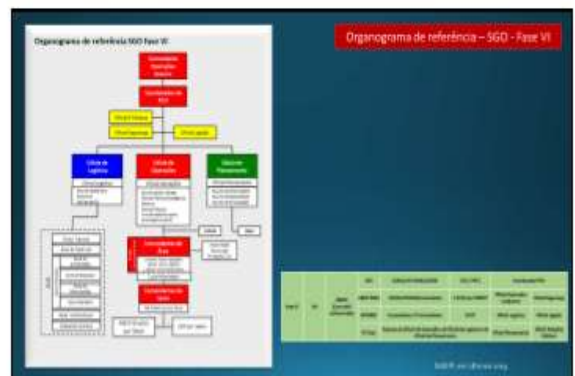
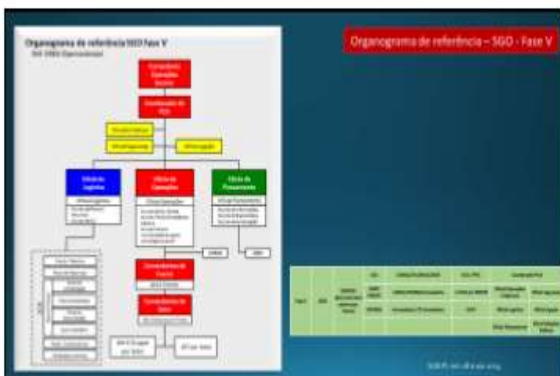
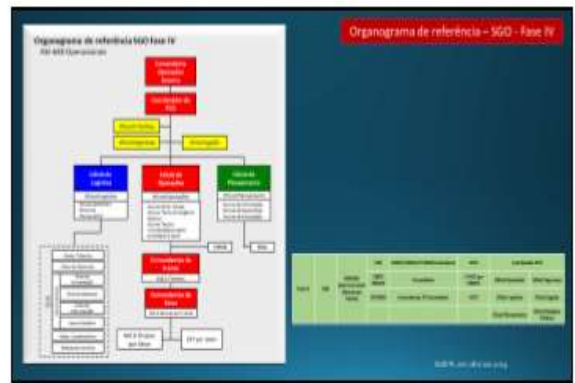
Sempre que uma equipa de qualquer APC ou Entidades com especial dever de cooperação seja acionada para uma ocorrência, o chefe da primeira equipa a chegar ao local assume de imediato o comando da operação – função de Comandante das Operações de Socorro (COS) – e garante o desenvolvimento de um sistema evolutivo de comando e controlo adequado à situação em curso.

### Âmbito de Aplicação

A decisão de evolução da organização para um nível superior e da responsabilidade do COS, que a deve tomar sempre que os meios disponíveis na intervenção inicial e respetivos reforços se mostrem insuficientes, ou quando a previsão do potencial dano o exigir ou aconselhar.

Equilíbrio harmonioso entre a gestão dos meios e as necessidades da operação...





A Gestão de emergência....

... a par de outras áreas é uma incerteza

Dois cenários distintos.....

- A operação que evolui gradualmente em termos de complexidade
- A operação que "nasce" complexa



**Gestão de Emergências Pré Hospitalares**

- Quotidiano:
  - Ocorrências:
    - 1/1
    - Uma vítima / Uma equipe
    - Ambiente controlado
    - Necessidade de ajuda diferenciada
      - Maioritariamente disponíveis:
        - SU/VMER
        - SUB
        - S/AMC
        - S/P

**Gestão de Emergências Pré Hospitalares**

- Quotidiano:
  - Ocorrências:
    - 2/1
    - Duas vítimas / Uma equipe
    - Ambiente maioritariamente controlado
    - Necessidade de mais recursos
      - Maioritariamente disponíveis:
        - Acionamento de mais uma REM/PTM/RES
        - SU/VMER

**Gestão de Emergências Pré Hospitalares**

- Quotidiano:
  - Ocorrências:
    - 3/1, 4/1, 5/1, 6/1
    - Uma equipe
    - Ambiente progressivamente descontrolado
    - Necessidade de mais recursos
      - Menor disponibilidade:
        - Acionamento de progressivo REM/PTM/RES
        - SU/VMER
        - Acionamento de elemento de Comando?

### Gestão de Emergências Pré Hospitalares

- Exceção:

- Necessidades excedem os recursos disponíveis

- Escolhas difíceis que têm de ser feitas



2019, 20 e 21 de maio

### Gestão de Emergências Pré Hospitalares

- Num mundo perfeito:

- Necessidades não excedem os recursos disponíveis

- No terreno, os operacionais respondem adequadamente;
- Todas as vítimas triadas no local;
- As vítimas mais graves são transportadas para as unidades de saúde adequadas (i)
  - Triadas e identificadas ("enquadradas")
  - Descontaminadas (se necessário)
  - Estabilizadas e com o tratamento iniciado

- Os Hospitais "at home" que continuam o tratamento...

2019, 20 e 21 de maio

### Gestão de Emergências Pré Hospitalares

- Na realidade:

- O caos chega sempre primeiro e "costa a ir embora" (pelo menos, permanece durante 15 a 25 minutos);
- Inicialmente não há serviço de emergência (nem comando e controlo) no local;
- Até 80 % das vítimas sem lesões graves, abandonam o local e dirigem-se aos hospitais mais próximos;

- Sem serem triadas
- Sem serem descontaminadas
- Sem nenhuma intervenção médica

2019, 20 e 21 de maio

### Gestão de Emergências Pré Hospitalares

- Na realidade:

- Quando o operacional chega ao local, entre muita (ou nada) de perigos!!
- Na melhor das hipóteses, o local é "seguro" (extremamente perigoso!!)
- A sua primeira prioridade é assegurar a sua própria proteção!!
- NENHUM OPERACIONAL TEM QUE SOFRER LESÕES!!

2019, 20 e 21 de maio



Tony Carrera em Ponte de Lima



Festival Paredes de Cozra

**Mass Gathering**

• **Conceito de Mass gathering**

– “Concentração de pessoas num local específico para uma finalidade específica, por um período definido de tempo e que coloca sobre pressão os sistema de resposta à emergência locais”

© IPR, Inc. (2014) Inc.

**Mass Gathering**

• **Principais causas de Acidentes com multidões**

- Estruturas
- Fogo
- Controle da multidão
- Comportamento de Multidão
- Segurança




© IPR, Inc. (2014) Inc.

**Mass Gathering**

**Gestão de multidões**

- Planejamento sistemático
- Supervisão de
  - Movimento ordenado
  - Acumulação de pessoas
- Realização de técnicas de controle de multidões:
  - Redução ou limitação do comportamento de grupo




© IPR, Inc. (2014) Inc.

**Mass Gathering**

• **Crowd flows – O conceito que faz a diferença na gestão de multidões**

- Velocidade normal de caminhada
  - 1,5m/s/seg
- Densidade de 4 pessoas por m<sup>2</sup>
  - Velocidade de caminhada reduzida a 0,5m/s/seg
- Densidade de 8 pessoas por m<sup>2</sup>
  - Pessoas perdem o controle
  - Ocorrem as quedas




© IPR, Inc. (2014) Inc.

**Mass Gathering**

• **Crowd dynamics– O conceito que nos ajuda a perceber as multidões**

- As taxas de fluxo e a dinâmica da multidão devem ser consideradas quando se definem os serviços e as vias de evacuação resacas
- Variam de acordo com os comportamentos das multidões
- Estado dependente das reações humanas:
  - Ansiedade
  - Stress
  - Desorientação
  - Desconfiança ou frustração



© IPR, Inc. (2014) Inc.

**Mass Gathering**

• **Comportamento das multidões**

– **As multidões não têm inteligência coletiva!!!**

- Reagem a motivações e percepções pessoais
- Certas reações da multidão podem ocorrer diante de um perigo percebido e não diante de um perigo real
- É importante estar atento a modificações no fluxo e no comportamento da multidão
- Variável imprevisível
- Eventos sobrelotados originam sensação de:
  - Crowd syndrome
  - Too many rats in a cage - paranoia
- Estado emocional da multidão provocando o caos e uma histeria epidêmica
- Falta de recursos e grandes filas poderão levar a revolta da multidão

© IPR, Inc. (2014) Inc.

Em caso de incidente ....  
..... que possa gerar vitimas....  
onde acabam por ir parar?

## Unidades de saúde

Estão preparadas?

OBRIGADO



### **Anexo III**

Formação apresentada à equipa Médica e de Enfermagem do SUB subordinada à temática “Triagem em situação de catástrofe” – Enf<sup>o</sup> Chefe do SU do Hospital de Santa

Luzia



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICO  
DE  
PONTE DE LIMA




PROTOCOLO DE TRIAGEM MANCHESTER

Plano de Resposta à Catastrofe



**TRIAGEM EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE**

Situações com múltiplas Vítimas



**A segurança absoluta é um mito!**



Se uma coisa pode vir a correr mal, aquela que vier a correr mal é aquela que pode ser a mais catastrófica e no pior momento possível.


*Lei de Murphy*

**A catástrofe vai acontecer...**

**A catástrofe vai acontecer...**



Plano de Resposta à Catastrofe



**Objetivos**

- Conceito de catástrofe
- Implicações da resposta à catástrofe
- A relevância da triagem de prioridades

Plano de Resposta à Catástrofe

**Definição do conceito de catástrofe**

- Situação inesperada
- Causas múltiplas
- Podendo envolver n<sup>o</sup> significativo de vítimas

↓

**Modificação da organização do SU e do Hospital = Plano de Catástrofe**

Plano de Resposta à Catástrofe

**Pressupondo.....**

- Receção equivalente a 20% lotação hospital
- Receção até 14 doentes e internamento de 5 doentes
- Receção de 5 politraumatizados/críticos
- Causas emergentes de catástrofe

Plano de Resposta à Catástrofe

**Plano de Catástrofe**

O Plano Hospitalar de Emergência é um conjunto de ações a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação de emergência/catástrofe em que o hospital se encontra envolvido.

No seguimento da Orientação 007/2010 de 08 Outubro, da Direção Geral de Saúde, e da Circular Informativa nº 09 de 01 de Abril de 2011, da Direção Regional de Saúde, em que é recomendado a todas as unidades de saúde do serviço regional de saúde, possuírem um plano de Emergência adequado a dar resposta a cenários de catástrofes diversas.

Plano de Resposta à Catástrofe

**Fases do plano**

- Prontidão
- Alerta
- Ativação
- Receção de doentes
- Tratamento
- Recuperação e Auditoria

Plano de Resposta à Catástrofe

**Fases do plano**

**Tabella 1: Listagem de responsáveis a contactar:**


Director de Serviço	
Chefe de Equipa	
Cabine de Crise	
Director de Serviço	

Nota: O responsável de serviço encontra-se afilhado ao S.U. junto a Sala de Trabalho dos Enfermeiros

Plano de Resposta à Catástrofe

**Ativação - Reorganização do SU**

- Triagem de prioridades
- Áreas de Atendimento: Vermelho, Amarelo, Verde
- Morgue provisória
- Zona VIP
- Imprensa
- Familiares e acompanhantes

Plano de Resposta à Catastrofe 

### Triagem de prioridades


- Muda a localização do posto da triagem
- Tempo máximo triagem / vítima / 15 segundos
- Redistribuição de recursos humanos
- Abertura do "kit" de catástrofe

Plano de Resposta à Catastrofe 

### "Kit" de Catástrofe


Envelopes numerados / codificados (um por vítima) que contêm:

- Etiquetas e pulseiras
- Requisições MCDT, incluindo pedido transfusão
- Sacos espólio
- Folha de registo da Catastrofe

Plano de Resposta à Catastrofe 

### Avaliação Primária

- Na entrada do SU
- 15 segundos
- Triar, identificar e numerar os doentes
- Encaminhar para área correspondente à prioridade
- Registrar dados relevantes

Plano de Resposta à Catastrofe 

### Triagem de prioridades

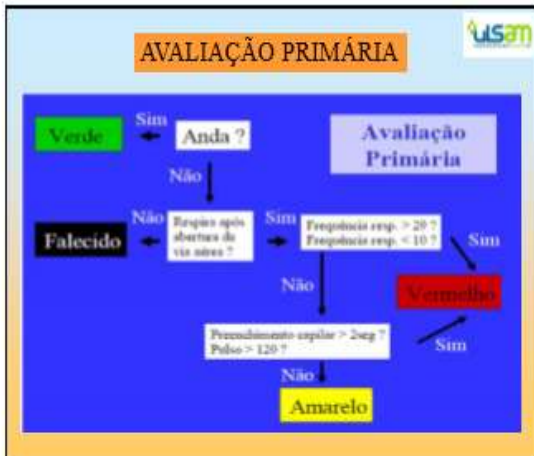
- Avaliação Primária (à entrada do SU)
- Avaliação Secundária (na área de encaminhamento após avaliação primária)

Plano de Resposta à Catastrofe 

### Áreas assistenciais

- Dotação de pessoal  
Novos conteúdos funcionais
- Dotação de equipamento  
Redistribuição de equipamentos





Plano de Resposta à Catastrofe

### AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

TRAJETA PRIMÁRIA	
X	
AVIA	
RESPIRAÇÃO ABERTA NA RESPIRAÇÃO RESPIR	
RESPIRAÇÃO ABERTA NA RESPIRAÇÃO RESPIR	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA > 20	
Frequência resp. < 10	
Pressão arterial sistólica > 200	
Pulso > 120	
RESPIRAÇÃO ABERTA NA RESPIRAÇÃO RESPIR	

### Folha de Catástrofe

1- Avaliação Primária		2- Avaliação Secundária	
Área	Estado	Ativo	Passivo
Respiração aberta da via aérea	Verde		
Freq. Resp. > 20	Vermelha		
Freq. Resp. < 10	Vermelha		
Pressão arterial sistólica > 200	Vermelha		
Pulso > 120	Vermelha		



### TRTS

Frequência respiratória	10-29	4
	>29	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
Pressão arterial sistólica	>90	4
	76-89	3
	50-75	2
	1-49	1
	0	0
Escala Coma Glasgow	13-15	4
	9-12	3
	6-8	2
	4-5	1
	3	0

- Plano de Resposta à Catastrofe
- ### Avaliação Secundária
- A efetuar nas zonas de encaminhamento (Verde, Amarela e Vermelha)
  - Avaliar o TRTS (FR, TAS, GCS)
  - Repetir 15/15 minutos

Plano de Resposta à Catastrofe

**Simultaneamente....**

- Notificar a Administração e Responsáveis
- Evacuar a área de observações
- Maximizar a capacidade de internamento
- Suspender a atividade programada
- Ativar os serviços de apoio

Plano de Resposta à Catastrofe

Perante esta complexidade.... como conceber o plano

- Assumir a responsabilidade - CA
- Envolver grupos de trabalho temáticos
- Definir cartões de ação
- Manter a cadeia de comando
- Investir na formação

Plano de Resposta à Catastrofe

**TREINO**

Plano de Resposta à Catastrofe


Treino para as ameaças emergentes


Plano de Resposta à Catastrofe

**Adequar as infra-estruturas**

**CASOS CLÍNICOS**  
Avaliação Primária


Caso 1	A andar. Queixa-se de dor num braço.
Caso 2	De maca. Respiração ruidosa. Frequência Respiratória 6 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 4 segundos.
Caso 3	De maca. Fala normalmente. Queixa-se de dor abdominal. Frequência Respiratória 24 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 1 segundo.
Caso 4	A andar. A acompanhar o caso 3.
Caso 5	A andar. Diz que pensa não estar ferido.
Caso 6	De maca. Grita com dores. Frequência Respiratória 28 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 2 segundos.
Caso 7	De maca. Inconsciente. Frequência Respiratória 24 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 3 segundos.


Plano de Resposta à Catástrofe		CATÁSTROFE	
<b>CASOS CLÍNICOS</b> Avaliação Primária			
Caso 8	A andar. Queixa-se de fortes dores na região lombar inferior.		
Caso 9	A andar. Queimaduras óbvias da face.		
Caso 10	De maca. Fracturas aparentes das duas pernas. Frequência Respiratória 24 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 1 segundo.		
Caso 11	De maca. Queimaduras na face. Frequência Respiratória 32 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 1 segundo.		
Caso 12	A andar. Queimaduras na face.		
Caso 13	De maca. Inicialmente apneico mas depois responde ao levantamento do queixo começando a respirar com uma Frequência Respiratória 4 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 6 segundos.		

Plano de Resposta à Catástrofe		CASOS CLÍNICOS	Avaliação Secundária	
Caso 14	Frequência Respiratória 24 por min. Pressão Arterial 110/60 mmHg, olhos abertos espontaneamente, fala normalmente, mexe os quatro membros.			
Caso 15	Frequência Respiratória 3 por min. Pressão Arterial 100/120 mmHg, não abre os olhos a qualquer tipo de estímulo, sem resposta verbal, flexão anormal à dor.			
Caso 16	Frequência Respiratória 22 por min. Pressão Arterial 90/60 mmHg, abre os olhos à fala, fala normalmente, cumpre ordens.			
Caso 17	Frequência Respiratória 28 por min. Pressão Arterial 130/80 mmHg, olhos abertos espontaneamente, fala normalmente, cumpre ordens.			
Caso 18	Frequência Respiratória 34 por min. Pressão Arterial 120/80 mmHg, abre os olhos à fala, está confuso, cumpre ordens.			

Caso 19	Frequência Respiratória 24 por min, Pressão Arterial 150/80 mmHg, olhos abertos espontaneamente, fala normalmente, cumpre ordens.		
Caso 20	Frequência Respiratória 32 por min, Pressão Arterial 110/70 mmHg, abre os olhos espontaneamente, fala normalmente, cumpre ordens.		
Caso 21	Frequência Respiratória 24 por min, Pressão Arterial 120/80 mmHg, abre os olhos à fala, fala normalmente, cumpre ordens.		
Caso 22	Frequência Respiratória 24 por min, Pressão Arterial 135/90 mmHg, abre os olhos à estimulação dolorosa, discurso impróprio, flexão anormal.		
Caso 23	Frequência Respiratória 24 por min, Pressão Arterial 100/80 mmHg, abre os olhos espontaneamente, fala normalmente, move-se normalmente.		
Caso 24	Frequência Respiratória 34 por min, Pressão Arterial 150/110 mmHg, os olhos abrem espontaneamente, discurso impróprio, move os membros normalmente.		
Caso 25	Frequência Respiratória 24 por min, Pressão Arterial 85/60 mmHg, abre os olhos à fala, discurso impróprio, mobiliza os membros normalmente.		

Caso 1	Deitado numa maca. Queimaduras de químicos na face. Via Aérea aberta, Frequência Respiratória 34/min.		
Caso 2	A andar, com líquido (químico) nas pernas, Frequência Respiratória 24 por min, Tempo de Preenchimento Capilar 2 segundos.		
Caso 3	A andar. Lesão do osso sabeludo originada por um tijolo projectado contra ele. Frequência Respiratória 24/min. Tempo de Preenchimento Capilar 1 segundo.		
Caso 4	A andar. Fractura do antebraço esquerdo.		
Caso 5	A andar. Com buracos no osso devido à substâncias químicas. Aparentemente sem ferimentos.		
Caso 6	Numa maca. Fractura composta de tibia e perónio, Frequência Respiratória 22 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 1 segundo.		
Caso 7	De maca. Frequência Respiratória 24 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 1,5 segundos.		
Caso 8	Numa maca, líquido (químico) espalhado sobre as pernas, grita com dores. Frequência Respiratória 28 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 1 segundo.		
Caso 9	A andar. Atirado por estilhaços de vidro.		
Caso 10	Ficou subterrâneo, perna esquerda amputada por cima do Joelho. Via Aérea aberta. Frequência Respiratória 38 por min. Tempo de Preenchimento Capilar 8 segundos.		

Plano de Resposta à Catástrofe		Conclusões	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Plano é hospitalar ... Não apenas do SU</li> <li>• Papel fulcral do SU na resposta inicial</li> <li>• Alocar recursos à triagem</li> <li>• Encaminhar de acordo com fluxos estabelecidos</li> <li>• Formar e treinar</li> <li>• " ... To plan is to fail..."</li> </ul>			

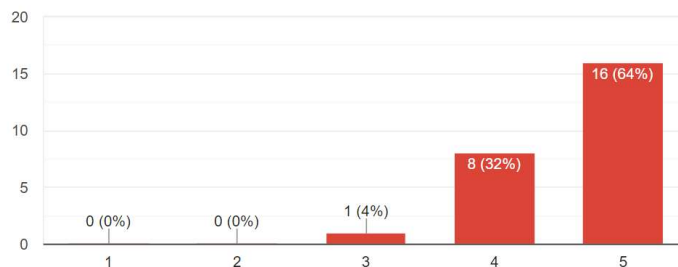
Plano de Resposta à Catástrofe		Obrigado	
<b>A catástrofe vai acontecer...</b>			

**Anexo IV**

“Avaliação da formação em serviço”

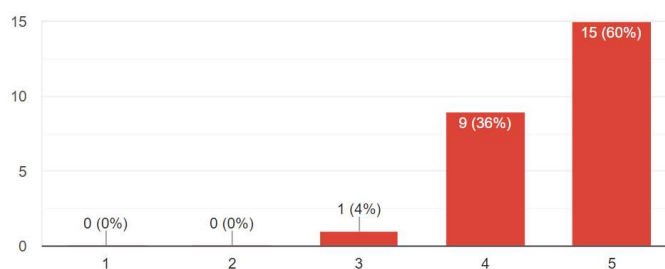
**1- Expectativas:** A ação correspondeu às suas necessidades e expectativas

25 respostas



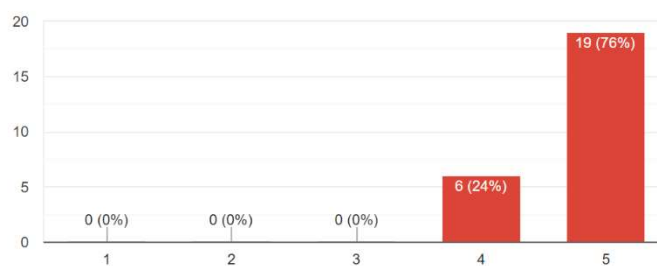
**2- Conhecimentos Adquiridos:** Os conhecimentos que esperava vir a adquirir foram obtidos

25 respostas



**3- Conteúdos Programáticos:** Pertinência e interesse dos conteúdos abordados.

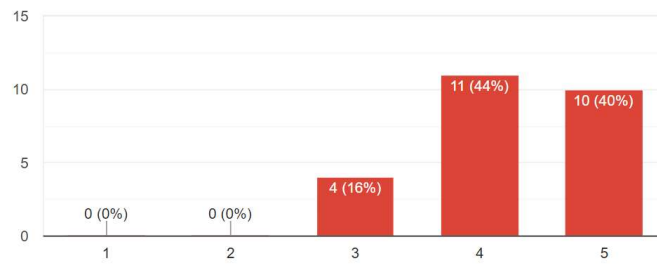
25 respostas





#### 4. Documentação: Qualidade da documentação distribuída.

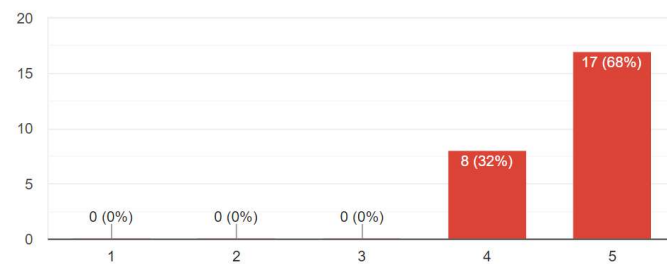
25 respostas



#### 5. Organização/ Funcionamento

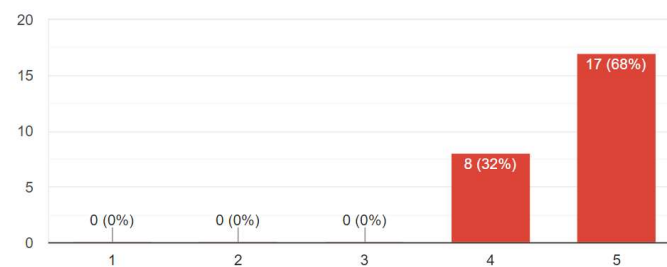
##### 5.1- Acolhimento/ Cortesia

25 respostas



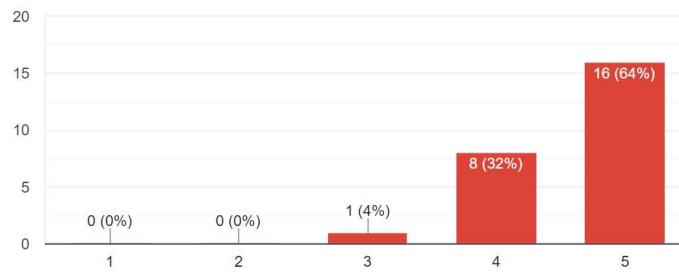
##### 5.2 Disponibilidade

25 respostas



### 5.3 Horário

25 respostas



#### Sugestões

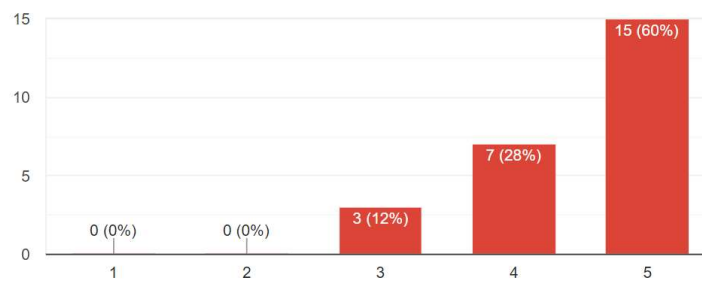
1 resposta

Manter a formação alargada ao Departamento de Medicina Crítica

## 6. Qualidade das Infraestruturas

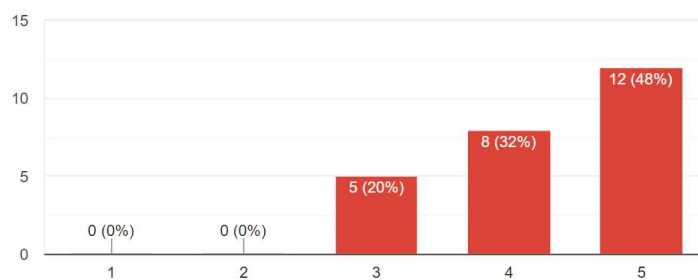
### 6.1- Meios Audiovisuais

25 respostas



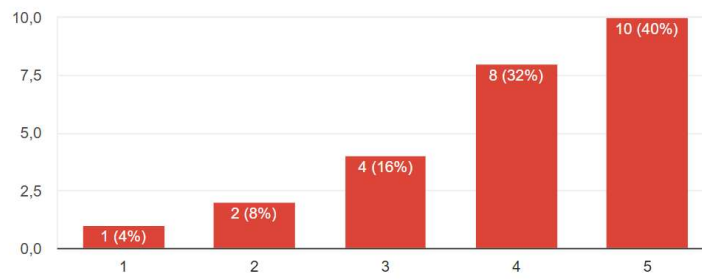
### 6.2- Iluminação

25 respostas



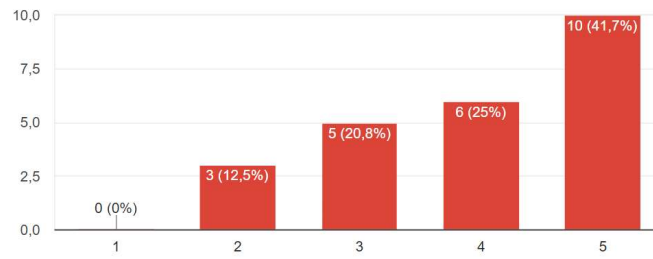
### 6.3- Temperatura

25 respostas



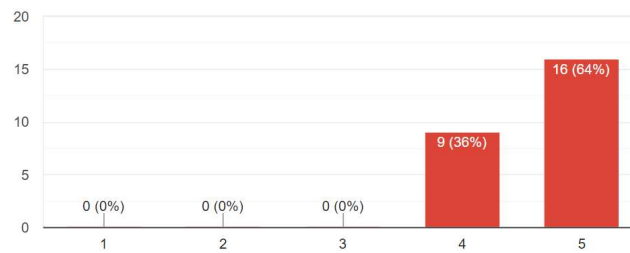
### 6.4- Instalações

24 respostas



### 7. Satisfação global

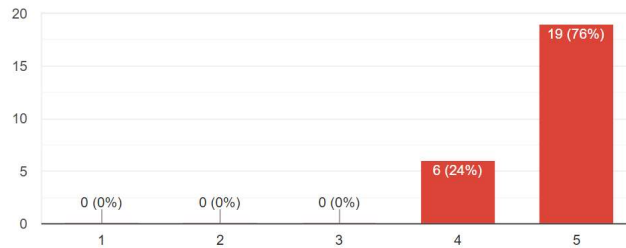
25 respostas



## 8- Formador: Enfermeiro Sérgio Guimarães

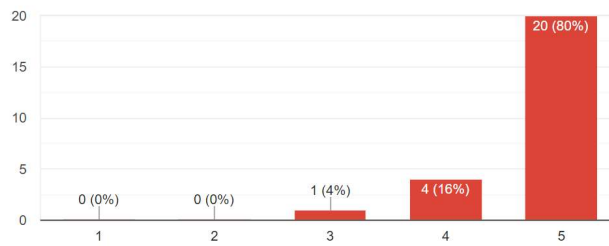
### 8.1- Despertou o interesse

25 respostas



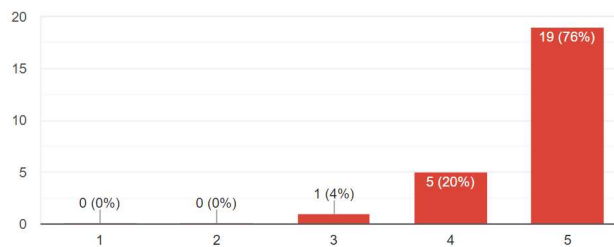
### 8.2- Expressiu-se com clareza

25 respostas



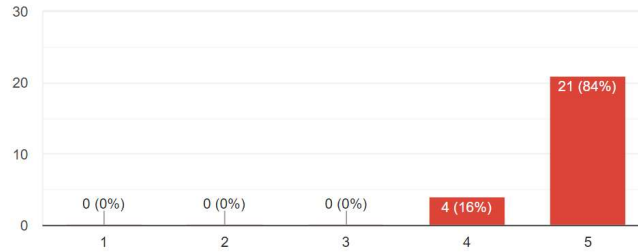
### 8.3- Prestou os esclarecimentos solicitados

25 respostas



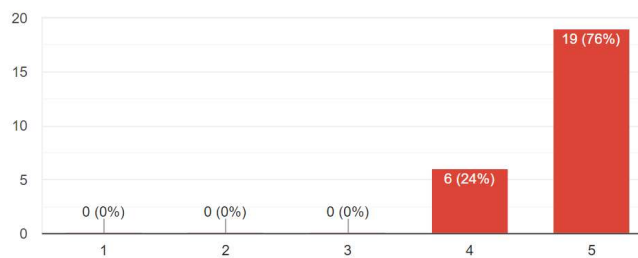
### 8.4- Estabeleceu boa relação com o grupo

25 respostas



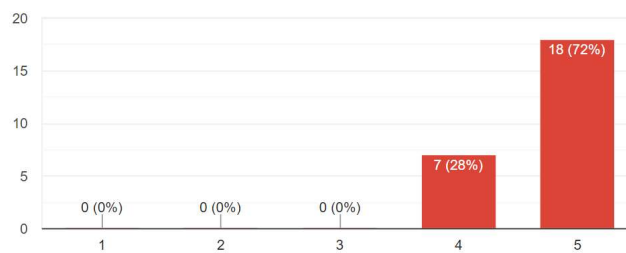
### 8.5- Utilizou metodologia facilitadora de aprendizagem

25 respostas



### 8.6- Contributos em termos de formação

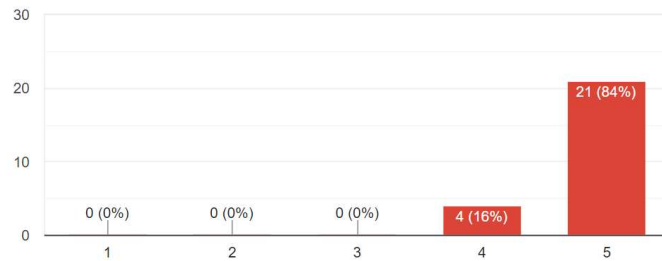
25 respostas



## 9- Formador: 2º Comandante Operacional Paulo Barreiro

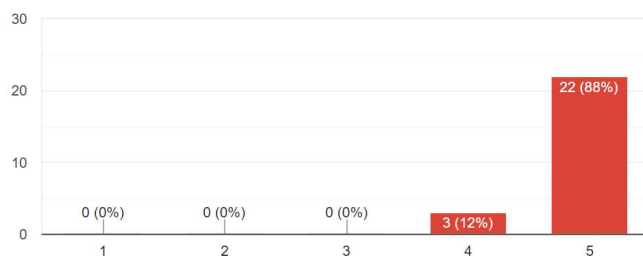
### 9.1- Despertou o interesse

25 respostas



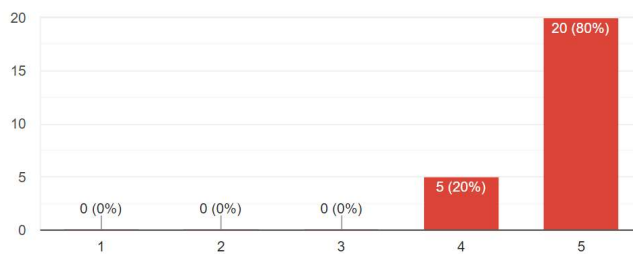
### 9.2- Expressiu-se com clareza

25 respostas



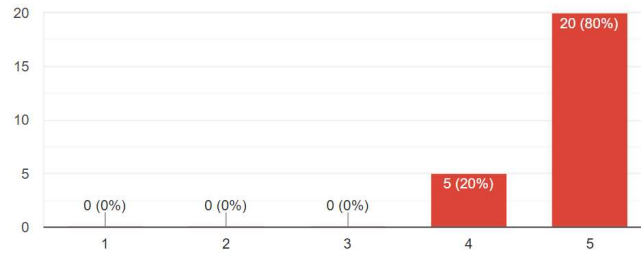
### 9.3- Prestou os esclarecimentos solicitados

25 respostas



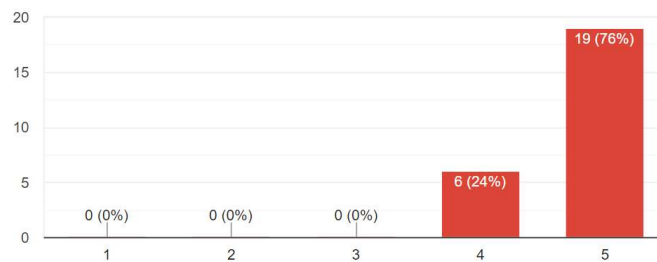
#### 9.4- Estabeleceu boa relação com o grupo

25 respostas



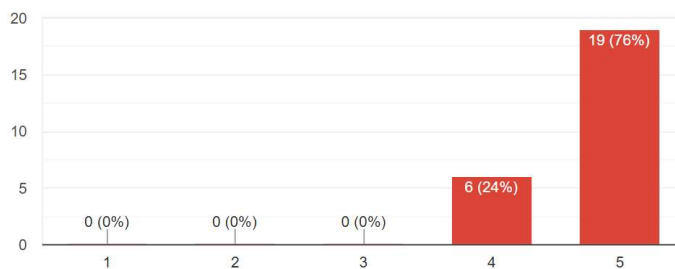
#### 9.5- Utilizou metodologia facilitadora de aprendizagem

25 respostas



#### 9.6- Contributos em termos de formação

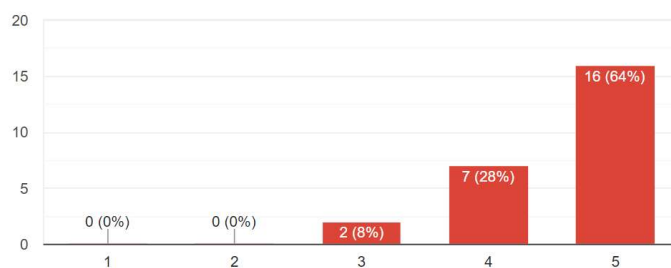
25 respostas



## 10- Formador: Enfermeiro Cipriano Costa

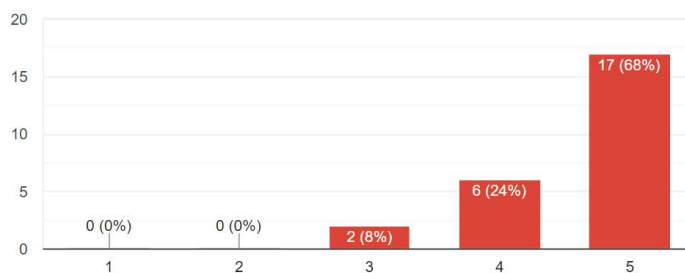
### 10.1- Despertou o interesse

25 respostas



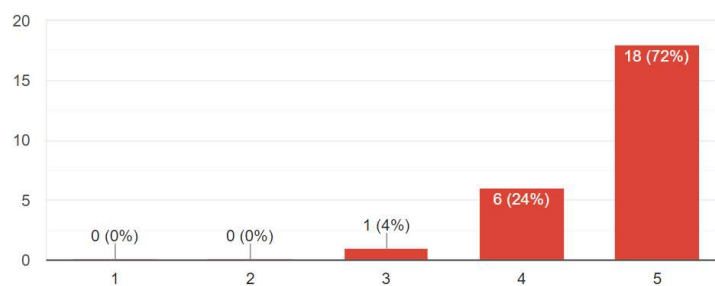
### 10.2- Expressiu-se com clareza

25 respostas



### 10.3- Prestou os esclarecimentos solicitados

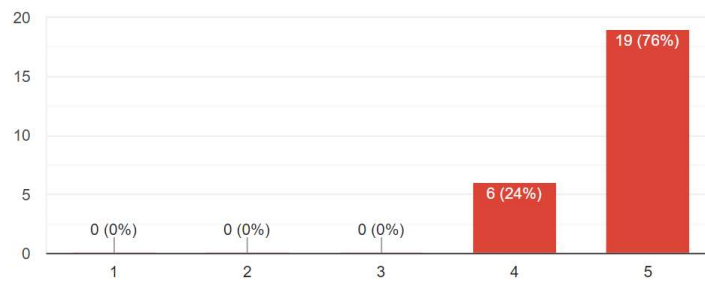
25 respostas





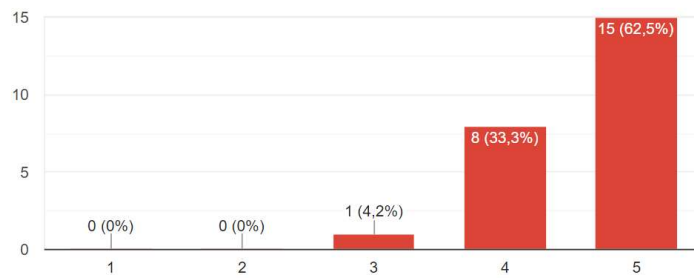
#### 10.4- Estabeleceu boa relação com o grupo

25 respostas



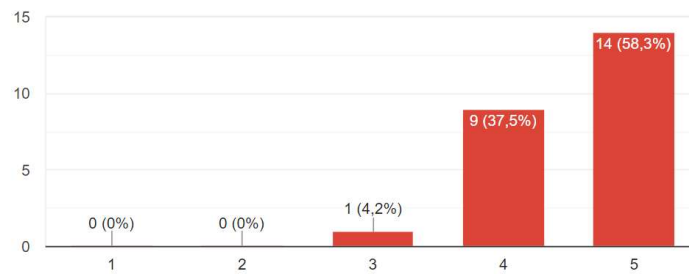
#### 10.5- Utilizou metodologia facilitadora de aprendizagem

24 respostas



#### 10.6- Contributos em termos de formação

24 respostas



**Anexo IV**

Folhas de presenças da apresentação do PRCE do SUB

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: SUB de Ponte de Lima

Data: 27/01/2020 das 9 horas às 10 horas.

Atividade (Título): Plano de Resposta à Catástrofe Externa

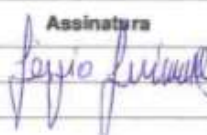
**Resumo da Atividade**

A apresentação do plano de Resposta à Catástrofe externa do SUB de Ponte de Lima.

- Pontos essenciais
- Meios de ativação.
- Meios e recursos
- Organização Catástrofe.
- Fluxos de procedimentos dos intervenientes.
- Ativos de receção primária e secundária
- Alertas e at. Jurisprud. Plano
- Desativação do plano.

Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação: Sim  Não

**Registo de Presenças**

Formadores ULSAM	Nº Mec.	Nome	Assinatura
	84956	Sergio Alexandre Neres Guimarães	

Formadores Externos	Nome	Assinatura

Registo de Presenças

	Nº Mec.	Nome	Assinatura	Avaliação da Eficácia		
				NA	Eficaz	Não Eficaz
Formandos	70200	Isilda Maria Soares Pereira	[Assinatura]			
	80079	Arzilda Lins dos Eira	[Assinatura]			
	3816	Amélia da Lenda Pereira	[Assinatura]			
	3538	Jaqueline da Costa Pereira	[Assinatura]			
	74760	Keila Gomes	[Assinatura]			
	80123	Leoni Gama R. Lima	[Assinatura]			
		Joana Margarida Penteado Sousa	Joana Sousa			
		Ariana Gonçalves de Sousa	Ariana Sousa			
		Joana Patrícia Rodrigues da Silva e Silva	Joana e Silva			
	90282	Filipe André da Silva Mendes	[Assinatura]			
	4262	Vitor Manuel Neves da Silva	[Assinatura]			
	4314	João Rui Almeida dos Santos	[Assinatura]			
	70253	João Américo de Barros Lima	[Assinatura]			
		Cacina Duarte Araújo	[Assinatura]			
		Laura Catarina Santa Fátima	[Assinatura]			
		Bruno Raquel Antero Marques	[Assinatura]			
		E. Vladimir Garcia	[Assinatura]			
	84622	Luís Pedro Luis Araújo	[Assinatura]			
	9032	Glória Lúcia João Antónia	[Assinatura]			
	3239	Susana Helena de Paiva Gomes	[Assinatura]			
1667	Sandra Manuela Amorim Gomes	[Assinatura]				
84851	Fátima Fátima Fernando Fátima	[Assinatura]				
3810	Carla da Silva Almeida	[Assinatura]				

Avaliação Global Imediata


O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável Isilda Maria Soares Pereira

O Coordenador da Ação \_\_\_\_\_

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: Sub Pont do Leme

Data: 28,07,2020 das 9 horas às 10 horas.

Atividade (Título): Plano de Resposta à Catástrofe Externa

**Resumo da Atividade**

Apresentação do plano de resposta à catástrofe externa do SUB do P.L.  
 -> Pontos principais  
 -> Tipos de catástrofe  
 -> Meios e recursos  
 -> Organização de catástrofe  
 -> Funções e atribuições dos intervenientes  
 -> Áreas de trabalho principais e secundárias  
 -> Ações a realizar  
 -> Responsabilidades

Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação: Sim  Não

**Registo de Presenças**

Formadores ULSAM	Nº Mec.	Nome	Assinatura
	84056	Félicia dos Santos Alves Fernandes	

Formadores Externos	Nome	Assinatura

Registo de Presenças

	Nº Mec.	Nome	Assinatura	Avaliação da Eficácia		
				NA	Eficaz	Não Eficaz
Formandos	90202	Sofia duela Aguiar Robo	[Assinatura]			
	3816	Amélia da Cunha Gomes	[Assinatura]			
	60078	Fátima Correia Fernandes Coelho	[Assinatura]			
	90229	Alfonso C. Santos Araújo	[Assinatura]			
	1829	Paulo Jorge Lourenço Ramos	[Assinatura]			
	555	Zita das Neves Gomes	[Assinatura]			
	1613	João Paulo B. Sousa	[Assinatura]			
	4499	Susana Patrícia Pereira Araújo	[Assinatura]			
	90190	Yannick Francisco Barros Jiló	[Assinatura]			
	2885	Maria Belém M. P. Costa	[Assinatura]			
	4109	Tânia Cristina Sousa Araújo	[Assinatura]			
	90200	João Domingos Barros Coelho	[Assinatura]			
	A.E.	Bárbara Mariana Rosa Pinto Fernandes	[Assinatura]			
	A.E.	Ana Patrícia Cândida Domingos	[Assinatura]			
	A.T.	Sandra Ilana Reis Timent	[Assinatura]			
	9036	Francisco Teodoro Gomes	[Assinatura]			
	4020	Isabel Vânia Queiroz Aires	[Assinatura]			
	0000	João Paulo Tavares Brand	[Assinatura]			
	Extens	Francisco Silva Fernandes	[Assinatura]			
	90274	Lucília Lima	[Assinatura]			
4247	Paulina Carolina Pereira	[Assinatura]				
90237	Alcides Manuel da Costa Feijó	[Assinatura]				

Avaliação Global Imediata


O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável [Assinatura]

O Coordenador da Ação \_\_\_\_\_

## **APÊNDICES**

**Apêndice I**  
Questionário



Este questionário enquadra-se num Trabalho de Projeto no âmbito do V Curso de Mestrado de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem como objetivos desenvolver e implementar o plano de resposta à catástrofe no Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos, de Ponte de Lima.

Dado que este questionário constitui um instrumento fundamental para este estudo solicito que **responda a todas as questões**.

A informação recolhida é confidencial e anónima, destinando-se única e exclusivamente para fins deste trabalho.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

**Responda por favor ao questionário seguinte, assinalando a sua resposta com um X**

### Parte I - Caracterização sociodemográfica

#### Idade:

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menor que 25 | <input type="checkbox"/> 45 – 54    |
| <input type="checkbox"/> 25 – 34      | <input type="checkbox"/> 55 ou mais |
| <input type="checkbox"/> 35 – 44      |                                     |

#### Estado Civil:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a)    | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> Casado(a)      | <input type="checkbox"/> Viúvo(a)      |
| <input type="checkbox"/> União de facto |  |

#### Sexo:

- Masculino  
 Feminino

#### Habilitações Académicas

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bacharelato  | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Outras       |
| <input type="checkbox"/> Mestrado     | Habilitações: _____                   |

#### Classe profissional:

- Enfermeiro  
 Médico

#### Possui alguma especialização/Pós-Graduação?

- Sim  
 Não

Se sim, Especifique qual: \_\_\_\_\_

#### Experiência Profissional:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-5 anos   | <input type="checkbox"/> 16- 20 anos     |
| <input type="checkbox"/> 6-10 anos  | <input type="checkbox"/> Mais de 20 anos |
| <input type="checkbox"/> 11-15 anos |  |

#### Tipo de Vínculo com a Instituição

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas  
 Contrato a termo certo  
 Contrato por tempo indeterminado  
 Contrato Administrativo de Provedimento  
 Outro \_\_\_\_\_

## Parte II – Resposta à catástrofe

1. Tem conhecimento sobre a existência de um plano de resposta à catástrofe no serviço?
 

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não responde
  
2. Já participou alguma vez num simulacro de resposta à catástrofe no serviço?
 

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não responde
  
3. Existe no Serviço de Urgência Básico o material necessário para a implementação do Plano de resposta à catástrofe?
 

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não responde
  
4. Qual o material que no seu entender, falta no serviço para dar resposta à situação de catástrofe?
 

<input type="checkbox"/> Guias de atuação dos profissionais envolvidos	<input type="checkbox"/> Folhas de registo de triagem
<input type="checkbox"/> Material de trauma	<input type="checkbox"/> Folha de registo de lesões/procedimentos
<input type="checkbox"/> Monitores de sinais vitais	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Outro (Indique por favor) _____	<input type="checkbox"/> Não responde
  
5. Na sua opinião, a periodicidade de teste do plano de resposta à catástrofe deverá ser de:
 

<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Não necessita de teste
<input type="checkbox"/> 2 <del>em</del> 2 anos	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> 3 <del>em</del> 3 anos	<input type="checkbox"/> Não responde
  
6. No sistema integrado de operações de proteção e socorro (SIOPS) o Serviço de Urgência Básico deverá integrar a seguinte zona de intervenção:
 

<input type="checkbox"/> ZS (Zona de sinistro)	<input type="checkbox"/> ZRR (Zona de receção de reforços)
<input type="checkbox"/> ZA (Zona de apoio)	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> ZCR (Zona de concentração e reserva)	<input type="checkbox"/> Não responde
  
7. Considera que a sua formação teórica é suficiente para aplicar o sistema de triagem START (**Simple Triage and Rapid Treatment**) em situações de exceção?
 

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não responde
  
8. A sua formação prática é suficiente para atuar numa situação de resposta a uma catástrofe?
 

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não responde
  
9. Na sua opinião, a implementação do plano de catástrofe no SUB, poderá ser importante **porque:** (Assinale até 3 opções)
 

<input type="checkbox"/> Organiza e orienta o trabalho das equipas multidisciplinares
<input type="checkbox"/> Apenas determina fluxos de doentes
<input type="checkbox"/> Prioriza atuação mediante situação clínica e número de <del>vítimas</del> <b>vítimas</b>
<input type="checkbox"/> Define a atuação das equipas mediante o cenário existente
<input type="checkbox"/> Não encontro qualquer vantagem
<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Não responde
  
10. Considera importante a implementação de um plano de resposta à catástrofe no SUB?
 

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

- Não sei  Não responde

11. Gostaria de ver implementado no SUB um plano de resposta à catástrofe?

- Sim  
 Já existe plano de resposta à catástrofe  
 Neste serviço não se justifica a implementação de um plano de resposta à catástrofe  
 Já existe plano de emergência  
 Não responde

12. Na sua opinião, quem tem a responsabilidade de construir o plano de resposta à catástrofe?

- Coordenador do Serviço de Urgência  
 Coordenador de Enfermagem  
 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgico, na área de cuidados à Pessoa em Situação Crítica  
 Equipa multidisciplinar a exercer funções no contexto de Serviço de Urgência  
 Não sei  
 Não responde

13. Considera que na área de atuação do SUB existem riscos que justifiquem um plano de resposta à catástrofe?

- Sim  Não sei  
 Não  Não responde

Se respondeu "sim" na questão anterior, por favor indique quais os riscos:

- Incêndios florestais  
 Riscos naturais (terramotos, inundações, etc)  
 Riscos tecnológicos  
 Acidentes rodoviários  
 Acidentes com matérias perigosas  
 ~~Mass Gatherings~~, (Eventos com multidões)  
 Não sei  
 Não responde

Grato pela colaboração,  
Sérgio Guimarães

## **Apêndice II**

Apresentação à equipa Médica e de Enfermagem da metodologia do trabalho de projeto  
e dos objetivos delineados

## Plano de Resposta à **CATÁSTROFE** Externa

Serviço de Urgência Básica do Hospital Conde de Bertiandos ULSAM, EPE



Bérgio Guimarães  
Clementina Sousa  
Paulo Rodrigues

Maio, 2018

## Objetivos da Sessão



- Apresentação do Projeto
- Plano de Resposta à Catástrofe Externa
- Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

- *“Não esperamos catástrofes contudo elas acontecem. Com a vida vêm calamidades naturais, com os avanços da indústria e da tecnologia vêm acidentes (...)”*

Waerckerle, 1991, p. 820

## Espera-se...

- Serviços de urgência estejam aptos a disponibilizar uma assistência a multivítimas organizada, sistemática, eficaz e eficiente.

Ordem dos Enfermeiros, 2010

## Metodologia

- Metodologia de projeto

*“Centra-se na resolução de problemas e através dela, adquirem-se capacidades e competências (...) pela elaboração e concretização de projetos numa situação real”*

Ruivo, et al (2010, p. 3)

## Metodologia de projeto



- Fase 1 • Concetualização
- Fase 2 • Diagnóstico de situação
- Fase 3 • Definição dos objetivos
- Fase 4 • Planeamento
- Fase 5 • Execução e avaliação
- Fase 6 • Divulgação dos resultados



## Acidente grave

- "É um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e espaço, suscetível de atingir pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente"

Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, p. 4696)

## Catástrofe

- "Acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional"

Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, p. 4696)

## Pilares da catástrofe

- 1º Afluxo intenso e inopinado de vítimas
- 2º Destruições de ordem material
- 3º Desproporcionalidade entre meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer

Bandeira (2011, p. 11)

## Ciclo da Catástrofe



(ANPC, et al: 2017, p. 8)

## Riscos

- Probabilidade de acontecimentos indesejáveis, suscetíveis de provocar graves danos pessoais, culturais e ambientais ou perturbação no tecido sócio económico

Proteção Civil, 2015



Corresponde a uma ocorrência potencialmente negativa, que se poderá vir ou não a manifestar

Loureiro (2015, p. 8/9)

### Tipificação e hierarquização do grau risco

Nível de risco	Gravidade do acidente				
	Fatídico	Severo	Moderado	Aceitável	Baixo
Extremo					
Muito alto					
Alto					
Muito baixo					
Baixo					

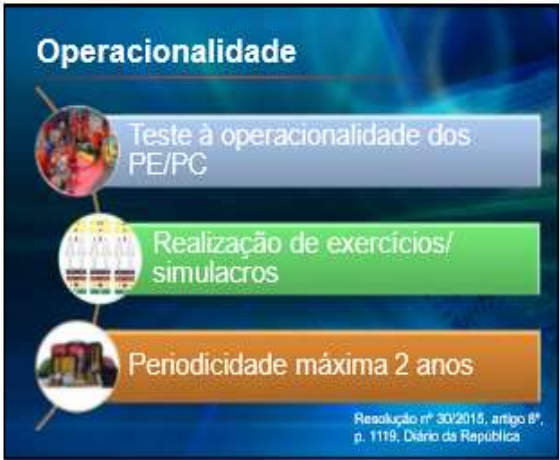
Proteção Civil, 2015



### Plano Especial de Emergência de Proteção Civil (PEEPC)

- “Os planos especiais são elaborados com o objetivo de serem aplicados na eminência ou ocorrência de acidentes graves ou catástrofes específicas”

Resolução nº 30/2015, artigo 3º, p. 1119, Diário da República



## Responsabilidades

**Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência
- Planeia a resposta concreta em situação de emergência multivitimais ou catástrofe
- Gere cuidados em situações de emergência ou catástrofe

**Equipa multidisciplinar**

- Elaboração, atualização e operacionalização do Plano de emergência ou catástrofe

• Regulamento 134/2011, p. 8657 (DR)

## Estamos preparados para dar resposta?

<https://www.pptbase.com.br/brasil/ufpr/brasil-2017-2018-a-novo-diretor-geral-da-resposta-a-catastrofe-natural>

## Síndrome do plano no papel

A existência de um plano no papel, não significa preparação para catástrofe

## Para que o Plano de Catástrofe não seja "inútil"...

Treino Exercícios

Atualização pelos utilizadores

Formação Simulacros

Integração entidades necessárias

## Fase 2

## Diagnóstico de situação

## Diagnóstico de situação

Médicos, Enfermeiros, Partes

Médicos, Enfermeiros

SUB

Entrevistas Informais

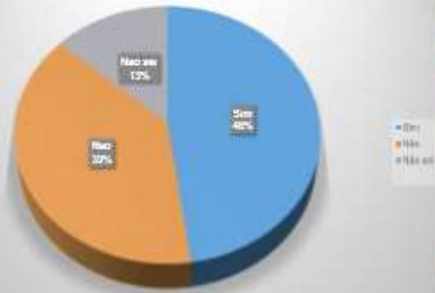
Questionário

Observação



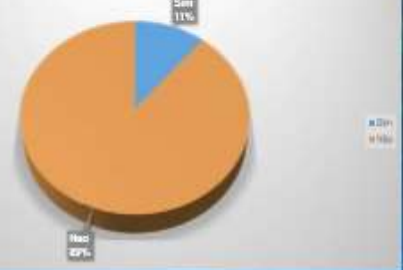
## Resultados

Existência de Plano de Catástrofe no SUB



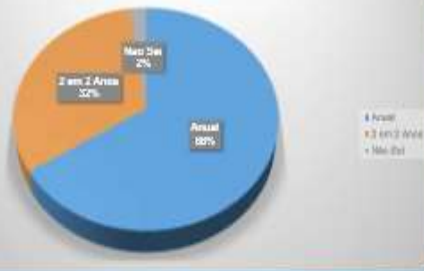
## Resultados

Participação simulacro de resposta à catástrofe no SUB



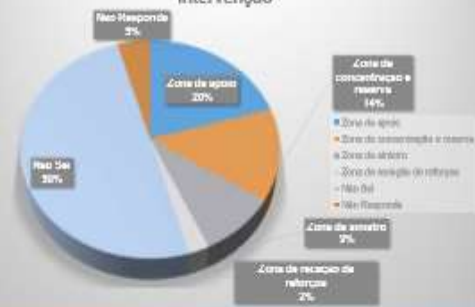
## Resultados

Periodicidade de teste do plano de resposta à catástrofe



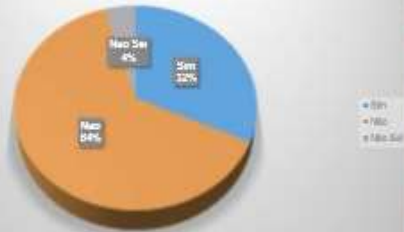
## Resultados

No sistema integrado de operações de proteção e socorro (SIOPS) o SUB integra a zona de intervenção



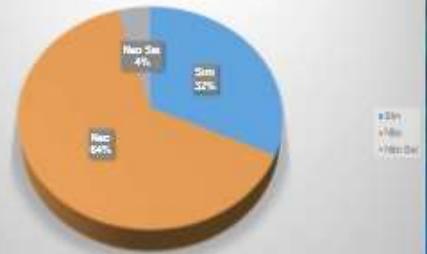
## Resultados

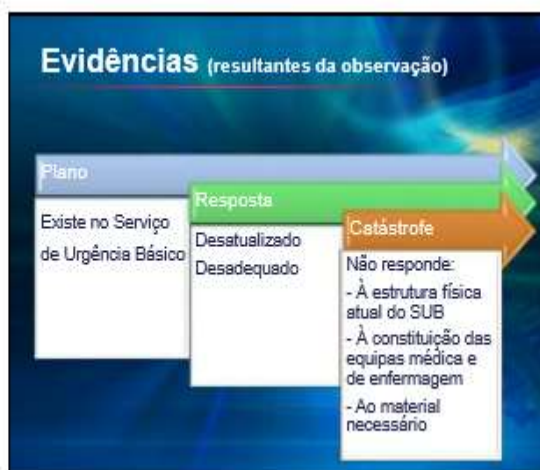
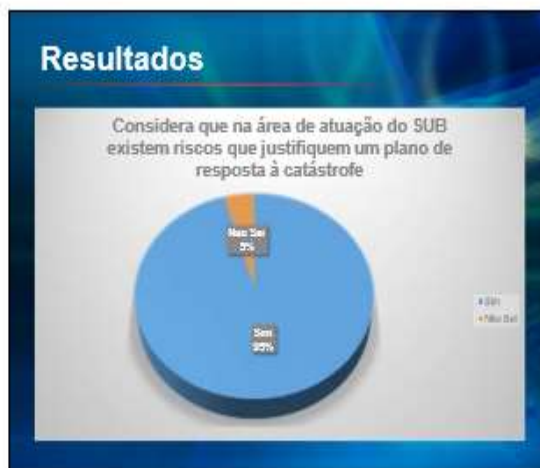
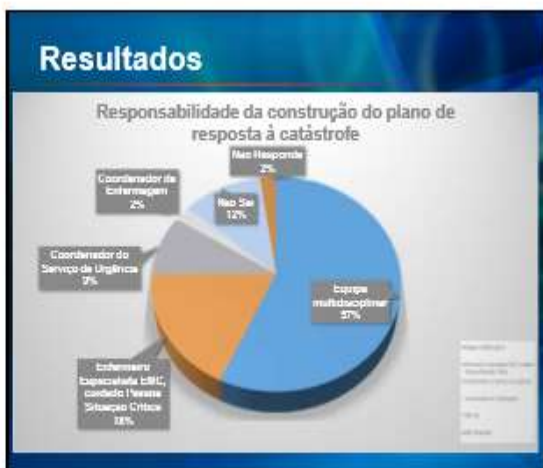
Considera a sua formação teórica suficiente para aplicar a triagem START (Simple Triage and Rapid Treatment) em situações de exceção



## Resultados

A sua formação prática é suficiente para atuar numa situação de resposta a uma catástrofe



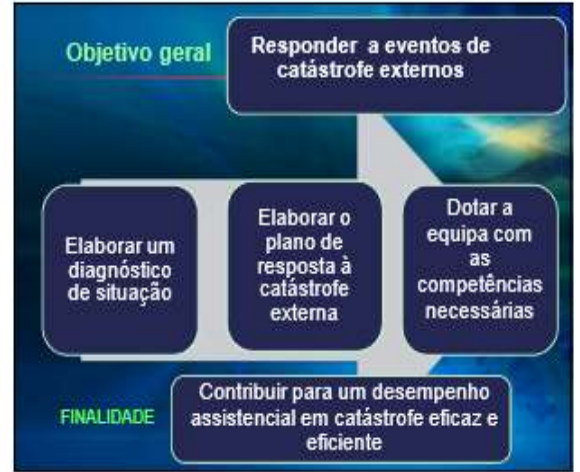


### PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Mais de 50% da equipa desconhece a existência de um Plano de Resposta à Catástrofe;
- Cerca de 90% dos profissionais nunca participou em simulacros;
- Embora a revisão bibliográfica sugira que os planos de catástrofe devem ser revistos pelo menos a cada 2 anos, cerca de 70% da equipa considera que esta revisão deve acontecer anualmente;

### PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Cerca de 70% da equipa identifica lacunas na sua formação prática e na aplicação do sistema de triagem START, utilizado como primeira linha em contexto de multivítimas;
- Indo de encontro à literatura disponível, a equipa identifica como riscos com maior probabilidade de desencadear catástrofe na área de atuação deste SUB, os incêndios florestais, seguido de acidentes rodoviários e "Mass Gathering".



- Não podemos prevenir todas as catástrofes. Mas podemos trabalhar em conjunto para assegurar que, quando se registarem, estejamos preparados para salvar vidas.

(Secretário Geral da ONU, 2009)



## Bibliografia

- Autoridade Nacional de Proteção Civil (2018). Plano Global de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil (Dec. 2017). Cadença Técnica PROCV 3: Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil. 2ª Ed. Consultado em 02.08.2018 <https://www.procv.gov.pt/Uploads/2017/03/PROCV3-2017-1630-0311-C-18F1039AC33207222aee6e1e4d1814c>
- BARRERA, R. (Jan2011). ICBAS há 20 anos na vanguarda do ensino da Medicina de Catástrofe em Portugal. ICBAS Press, Nº 24, Ano IV, p. 10-11.
- BRAGA, G. (2011). *Boloncarinho: Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar e Implementar-Risco e Uma Amega*. Dissertação da candidatura ao grau de Mestre em Medicina de Catástrofe, susmetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Consultado em 06.03.2019 <https://repositorio-abel.up.pt/handle/10216/201982/27656-32866emotm0ca1>
- Lei nº 27/2009 – Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1ª Série-A, Nº 149 (20150803). P. 5318-5326.
- Regulamento 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Emergências em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série, Nº 25 (2011.02/18), P. 8936-8937.
- Resolução 30/2015 – Aprovação de diretrizes relativas aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil e revogação de Resolução do Conselho Nacional de Proteção Civil n.º 252/2008 de 18 de julho. Diário da República, 2ª Série, Nº 88 (2015/03/07). P. 11179-11171.
- RUPAD, M.; FERRITO, C.; NUNES, L. (Jan/Mar2010) Metodologia de Projeto: Cadeias Descritiva de Riscos. *Perseus* 18: 4-97.
- WAERCKERLE, J.F. (1991). Disaster planning and response. *New England Journal of Medicine*, 324: 815-821.

### **Apêndice III**

Comunicação oral apresentada no “*I Congresso Internacional – A Pessoa em Situação Crítica: Dos Contextos da Prática à Investigação*”

I CONGRESSO INTERNACIONAL  
**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
 DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO  
 30/31 MAIO

## Construção de um plano de resposta à catástrofe num Serviço de Urgência Básico

Autores: Sérgio Guimarães<sup>1</sup>, Cláudia Sousa<sup>2</sup>, Paulo Rodrigues<sup>3</sup>

1. Aluno de 1.º ano de Licenciatura em Enfermagem Médica (LME) no Serviço de Urgência Básica do Hospital Centro de Beira Interior (LHABI), 2. Professora do Curso Superior de Saúde de Vila Verde de Raia (VRS), 3. Professor do Curso Superior de Saúde de Vila Verde de Raia (VRS)

I CONGRESSO INTERNACIONAL  
**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
 DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO  
 30/31 MAIO

*“Não esperamos catástrofes contudo elas acontecem. Com a vida vêm calamidades naturais, com os avanços da indústria e da tecnologia vêm acidentes (...)”*

Waerderlo, 1991, p. 820

I CONGRESSO INTERNACIONAL  
**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
 DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO  
 30/31 MAIO

## Espera-se...

Serviços de urgência estejam aptos a disponibilizar uma assistência a multivítimas organizada, sistemática, eficaz e eficiente.

Ordem dos Enfermeiros, 2010

I CONGRESSO INTERNACIONAL  
**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
 DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO  
 30/31 MAIO

Objetivo geral

Responder a eventos de catástrofe externos

I CONGRESSO INTERNACIONAL  
**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
 DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO  
 30/31 MAIO

## Metodologia

- Metodologia de projeto

*“Centra-se na resolução de problemas e através dela, adquirem-se capacidades e competências (...) pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.”*

Ruivo, et al (2010, p. 3)

I CONGRESSO INTERNACIONAL  
**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
 DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO  
 30/31 MAIO

## Metodologia de projeto

Fase 1	• Concetualização
Fase 2	• Diagnóstico de Situação
Fase 3	• Definição dos Objetivos
Fase 4	• Planeamento
Fase 5	• Execução e Avaliação
Fase 6	• Divulgação de Resultados



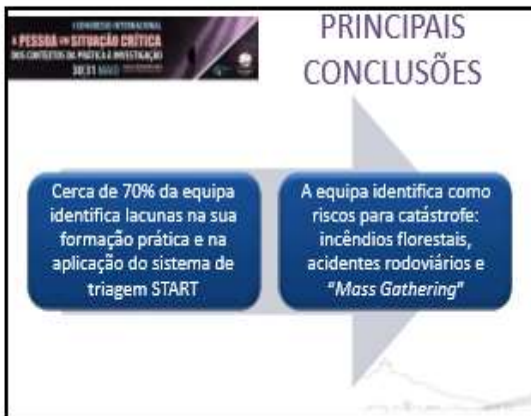
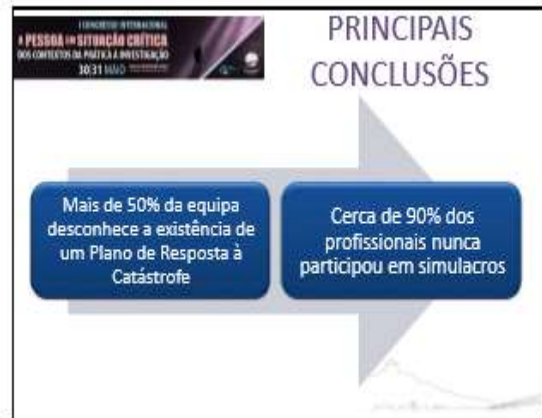
LEMBRANÇA INSTITUCIONAL  
+ PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
DOS CONTEÚDOS DE PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO  
30.31.10.00

## Catástrofe

*“Acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconômico em áreas ou na totalidade do território nacional.”*

Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, p. 489)









#### **Apêndice IV**

Transcrição da entrevista do *Focus Group*

## Entrevista *Focus Group*

M- Bom dia obrigado por estarem aqui todos, sei que às vezes não é fácil conjugar horários com o tipo de trabalho que todos nós temos, não é ... por isso agradeço a vossa presença. Antes de começar a apresentação do plano de catástrofe gostaria de contextualizar o projeto...no âmbito do mestrado de enfermagem Médico-cirúrgica estou a efetuar um trabalho de investigação utilizando a metodologia de projeto tendo com base o SUB de Ponte de Lima.

Este projeto tem várias fases foi feito um diagnóstico de situação, apresentação do projeto à equipa, inclusivamente estive no serviço o Enf.º Chefe... uma das necessidades de formação identificadas foi a triagem em situação de catástrofe e o SIOPS, essa fase já passou, outra... a fase que estamos atualmente é a elaboração do documento escrito... em que há pouca bibliografia sobre isto...e uma das formas de eu validar cientificamente o plano de catástrofe é através de um conjunto de peritos.

Inicialmente a minha ideia... pronto...era contactar pessoas que tenham desenvolvido estas temáticas... Cheguei a falar com Enf.º X do Hospital de S. João que tem um trabalho muito ligado à catástrofe mas depois cheguei à conclusão que para o meu trabalho teria que selecionar para peritos gente da casa que conhece a nossa realidade... e assim sendo tentei escolher pessoas que estão ligadas à área com algum trabalho feito na mesma.

Se calhar pedia à E1 para apresentar o grupo embora nos conheçamos... mas pelo menos a função de cada um.

E1-Eu acho que toda a gente se conhece de qualquer forma... enf. E6 da urgência de Viana que toda a gente conhece

M- E7 Chefe de X

E1 – Chefe do X, o E5 um dos coordenadores do grupo médico da triagem geral das 3 urgências da ULSAM. O E2 também... da urgência do SUB de Ponte de Lima, E4 ...não é assim...pertence ao serviço X da ULSAM... eu E1 toda a gente conhece, o E3 do nosso serviço também... do SUB e a E8 que está a chegar que também pertence ao SUB de Ponte de Lima.

Bem eu só quero aproveitar este bocadinho também para agradecer ao M... o M está a desenvolver um trabalho académico e ...tem os contributos em termos pessoais e formativos vai obter daí mas acima de tudo ele está a aproveitar este trabalho académico

para desenvolver um trabalho que o serviço tinha necessidade à muito tempo... ah.. e... aliado ao facto de ser o trabalho académico dele... ah... é uma área da qual ele gosta à qual esta ligado porque está ligado às corporações de bombeiros faz emergência pré-hospitalar a muitos anos e que lhe dá alguma bagagem em termos de conhecimentos nesta área... AHH ..e muita formação que entretanto fez na área, acho que ajuda muito mais do que , se calhar eu pegar numa coisa destas acho que teria muita mais dificuldade... se calhar não de certeza absoluta em faze-lo.

Portanto isto acabou por ser um desafio que lhe foi lançado. Aproveitou o âmbito de estar a desenvolver um trabalho académico para fazer um trabalho que no fundo é extremamente necessário para o serviço e para a instituição. Eu acho que em nome do serviço isto tem que ser agradecido porque os louros que daqui vão vir não vão ser só para ele que vai concluir o mestrado mas... No fundo para a instituição e para o serviço em particular... Pronto e acho que é tudo.

M- Da minha parte muito obrigado

Muito bem... Então a reunião de hoje eu proponho que funcione da seguinte forma. Eu tenho o plano de catástrofe, tem basicamente 11 tópicos íamos validando tópico a tópico de forma a chegarmos ao fim e termos consenso entre todos, para posteriormente submeter ao departamento de medicina critica.

Risos

M - Assim sendo começamos pelo ponto n.º 1 e vou distribuir os exemplares do PRCE em papel, que já vos tinha enviado para lerem antes da reunião, então... nos riscos identificados na área de resposta ao SUB...para tipificação dos riscos usei os riscos que estão inscritos no Plano Distrital de Emergência e Proteção Civil, que basicamente são estes e que... penso que não haverá muito para falar deste ponto de qualquer das formas gostaria de saber a vossa opinião, que me dessem o *feed-back* se há mais algum risco para incluir aqui...neste contexto

E2- Acidentes rodoviários, marítimos, aéreos e fluvial... eu acrescentava o fluvial temos aqui rio

M- Acrescentar fluvial?

E2- Sim

M- Ok

Aqui o marítimo só está porque nos podemos ser a linha de apoio a Viana e foi por isso que este risco foi colocado.

E4- Então neste caso também tinha que por acidente ferroviário.

M-E então... mas é isso, acrescenta-se ferroviário também

E4 - Sim, sim!

M - Muito bem, mais alguma coisa para acrescentar no capítulo 1 riscos?

E4 - Aqui na atividade potencialmente perigosa, bomba ataque terrorista e eventos...está aqui o rapto? O rapto em massa por exemplo...posso incluir aqui nesta situação... atividade potencial perigosa, bombas ataques terrorista, eventos bélicos?

M - O rapto?

E4 - Será? Será considera-se então aqui o rapto... no ataque terrorista?

E1-Talvez

E3 - Sim

E1 - Engloba essas situações todas

E4 - Ameaça de bomba, ataques de terrorismo que então engloba o rapto, certo?

E7 - Sim, sim rapto engloba todas as situações

M- Eu neste ponto salientava um risco que nos pode passar despercebido que é o *mass gathering* e que é enorme na nossa área, por exemplo feiras novas, festas concelhias da barcas são milhares de pessoas.

E6- Festivais

E1- Paredes de Coura já deu mostra um bocadinho do que pode ser

E7- Foi intoxicação alimentar se fosse outra situação mais séria

E8-Recorreu muita gente ao SUB

E6- Sim Sim

E5 - Se colocares eventos de massas abrange tudo.

M- Se um dia tivermos um evento de massa nas feiras novas vamos ter muito trabalho.

Ao nível dos riscos... isto é muito importante porquê? De seguida vamos falar dos níveis de intervenção, vamos ter que ativar os níveis de atuação mas contextualizado com os riscos, ou seja imaginem a situação que ocorreu alguns anos atrás relativa a virose do festival de Coura... não ativamos o plano de catástrofe, porquê? À luz do nosso plano essa situação não estava contemplada nos riscos.

O plano é ativado tendo por base um risco

M - Relativamente ao ponto n.º 1 do plano de catástrofe, riscos concordam com as alterações efetuadas?

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, sim (todos respondem que sim)

M - Fica então validado o tema 1.

M- Quando o coordenador resolve ativar o plano de catástrofe, temos 3 níveis de resposta

Nível 1- Resposta com os meios disponíveis em presença física no SUB de Ponte de Lima a única diferença relativa a um dia normal é que quando assumimos que o PRCE é ativado temos que nos organizar para triar obrigatoriamente....

E1 - Pela metodologia de catástrofe.

M - Pela metodologia de triagem de catástrofe, e o serviço e procedimentos tem que ir nessa linha o que nos dá: Nível 2 -Resposta com recursos previstos no nível 1 e recursos mobilizáveis em situação de acidentes graves e no Nível 3 – Mobilização de todos os recursos do hospital Conde Bertiandos em situações de catástrofe (o moderador faz a leitura dos níveis identificados no PRCE)

E1 - O que consideras no nível 2 recursos mobilizáveis...quais são esses recursos não é possível objetivar mais?

M - Não é possível, porque nós não conseguimos prever o tipo de catástrofe...

E1 - Pronto mas quando falamos nestes recursos mobilizáveis, são recursos que estão disponíveis dentro do Hospital.

E3 - Sim, Sim

E6 - Ir buscar aos internamentos, consulta...

E1- E que é possível mobiliza-los ou seja ir buscar aos internamentos etc.

M - Ou mesmo elementos que estão à chamada.

E1- Pois a minha dúvida é essa, no nível 2....

E6 - À chamada... pelo menos daquilo que eu percebi de bibliografia que li à chamada implica nível 3.

E1- O nível 3 já obriga a ir buscar pessoas que não estão cá ou seja além dos recursos que estão em presença física dentro do hospital

E6 - Nível 2 vais buscar onde for preciso, dois ao bloco dois a medicina, 3 aqui 2 acolá...

E1 - Exatamente

E6 - E estes dão resposta para além dos que estão na urgência eu entendo assim...entendi assim

E1 – Pois é... a minha dúvida era esta, que realmente esteja objetivado

M- Eu sou sincero eu neste...

E6 – Eu sei a tua dificuldade

M- Eu nesta parte ...o que é que eu fazia? Imaginem temos que chamar gente, eventualmente quem posso mobilizar? Se for na passagem de turno.

E6- Sim se for na passagem de turno podem ficar

M - Imaginem a parte médica nós temos obrigatoriamente que contactar,

E7- No nível 2?

M - Sim, no dois.

E1- Tens médicos na consulta externa, dependendo da hora. Por exemplo de noite não tens, tens um médico no internamento, mas durante o dia há médicos no internamento...

E3- Depende da hora

E6 - Nas consultas externas

E1- Na consulta, dependendo da hora, não é?

E7 - Eu acho é que tem que ser evidente a diferença entre o nível 2 e o 3.

E1 - Exatamente... para ficar bem claro e bem objetivo

E7- Se tu dizes que no dois já estás a chamar para casa, é igual ao 3 ...

E1 - Exatamente

E7 - Só por dizer que no 3 seria de toda a instituição e no 2 seria da urgência

M - Não, não depois vai entrar aqui com os números, no nível 2 se calhar só preciso de 2 enfermeiros e dois médicos.... Entendido? no nível 3 há 5 médicos e 10 enfermeiros e toca a chamar..

E2 - Esse é o gestor do cenário que vai decidir, olhe preciso de dois

M - Exatamente

E2 - Preciso de 3

M - Se vocês repararem quando faço...a seguir tenho uma caracterização de meios e recursos e uma caracterização específica só para o nível 1. Porque é que não vem no plano esta caracterização para o nível 2 e nível 3? Porque para estes vai ser mediante a situação que eu tiver

E4- O M pelo que me dá a entender... o 1 nível para si é só com recursos dos serviços

M - O nível 1 é só com recursos do serviço

E4- E o 2 também...chamando o pessoal só do seu serviço e depois no nível 3 engloba o pessoal de toda a instituição, seja internamento seja consulta.

E3 - Nível 3 é externo

M- Nível 3 criei uma lista de ex-colaboradores médicos e enfermeiros que poderão ser contactados

E4- Mas porquê ir buscar pessoas fora? Se temos cá dentro nomeadamente da ULSAM de Viana

E3 - Na eventualidade de haver uma catástrofe o SUB vai ser um Hospital de apoio ao Hospital de viana muito provavelmente...

E4 - Quando digo Viana não digo urgência...

E1- Vai implicar a utilização de Viana...

E3 - Mas estamos a falar do Hospital todo sendo uma catástrofe nível 3 estamos a falar de uma catástrofe que engloba números astronómicos não é.... Em termos de vítimas emergentes a nossa capacidade é reduzida...Viana tem um n.º muito maior mas a capacidade deles é findável... Se houver um evento de massa...não poderemos retirar recursos a Viana quando eles vão precisar deles lá



E4- Tou a perceber...

E5- Pelo que percebi não se excluem mas vão somando... quando no nível 2 mobilizas- te todos os recursos da instituição passas ao nível 3, que além destes temos que chamar os de fora

E6- Sim o nível 3 é quando o hospital deixa de ter capacidade de resposta

E5 – Mas está ocupado?

E3- Sim... já está ocupado

E3, E4,E5, E7, E8- Debatem os níveis e recursos

E3- O evento acontece, são ativados os meios para o evento. Só depois de nós percebermos como está a acontecer no evento é que os hospitais começam a ser avisados da quantidade de vítimas que vão receber...o nosso muito provavelmente podemos receber vítimas críticas uma ou duas para controlo mas a maior parte vai ser verdes e amarelos aqui

M- Exatamente o tipo de vítimas que o SUB vai receber em maior número será verde pois muitas delas deslocam-se pelos seus próprios meios

E3- A maioria das vítimas críticas vai diretamente para o hospital de destino...

E1- Será Viana

E3- Ou Braga é isso...

E1- Não porque nos dias de hoje... É a tal coisa... muitas destas situações são triadas na Rua e devidamente encaminhadas... Não é?

M- Sim!

E1- A não ser aqueles que vem pelos próprios meios.

E7 - O CODU também tem um papel importante

E1- O INEM também tem meios para dar resposta a isto

E7- Eles tem triagem na mesma

M- Mas numa situação de Catástrofe teremos que pensar que as comunicações podem falhar...

E3- Precisamente

M- ... Descoordenação pré-hospitalar... vai aparecer muita gente...

E3- Foi o que eu disse... vêm a pé

E2- Pelos próprios meios

E8- Em desespero de causa recorrem ao SUB

M- Para nos focarmos nos níveis... Interrogo... Nível um há dúvidas?

E1- Não há dúvidas

E6- Concordo.

E2, E3,E4,E5,E7,E8- Não

M- Então nível 1 valida-se como está e no Nível 2?

E1- ... Recursos mobilizáveis dentro do hospital

E5 - Recursos mobilizáveis e disponíveis no espaço físico do hospital?

E1- ...Hospital

E7 - Eu colocava recursos disponíveis do hospital Conde Bertinandos no momento do acidente...

M - OK

E5- Acho que é capacidade de resolução do hospital no momento mediante o número de vítimas

E2- Capacidade de resposta

E1- Tem que se objetivar os recursos

E8- Pomos no Hospital Conde Bertinandos os recursos disponíveis no momento da catástrofe ponto final!

E6- Sim, sim no momento do incidente

E2- Exatamente

M - Assim ... nível 2 aceite e validado conforme E8 disse e Nível 3 mobilização de todos os recursos?

E6- Aí não há dúvida

M- Em situação de catástrofe

E7 - Aqui na área do Hospital... Mais-valia.

E2 - Do Hospital Conde Bertiandos?

E7 - Na área porque no fundo vais ligar para casa...vais contactar toda a gente que está disponível

E8- Na área?

E7- Sim porque pode ser enfermeiros do Centro de Saúde não precisa de estar a trabalhar no Hospital

M- Ou médicos...

E5- Sim

E2- Se conheces médicos que dão apoio qual é o problema

M- Muitos relativamente aos meios a considerar em cada nível estamos todos de acordo?

E3- Sim

E7-Sim primeiro paredes da Urgência depois... Hospital e a seguir área do Hospital

E8- OK

E7- Como diz E6 e bem não interessa ir buscar recursos a Viana para depois estarem a ser chamados para lá...

M- Exatamente,

E5- Será importante tirar Hospital Conde Bertiandos e colocar ULSAM....Tu imagina... não é logico que chame um médico às 4 da tarde que tenha que vir do Porto, quando pode haver dois médicos no CS que podem dar apoio e ser mais rápidos e ser eficazes... então se pomos Hospital os médicos do CS podem dizer... ai são do Hospital se for da área do hospital podem ser chamados médicos do Centro de Saúde.

E8- Muito bem podem ser chamados quaisquer profissionais da área envolvente ao Hospital...e os médicos disponíveis dentro da Instituição

E5- Abrange todos os profissionais da ULSAM.

E1- ...Não pode ser ULSAM porque os recursos numa catástrofe é o que houver independentemente de onde venham

E1 - Temos o Centro de Saúde aqui ao lado, podemos ir buscá-los.

E3- ... Os recursos não é só do Hospital podem ser enfermeiros das unidades de cuidados continuados, lares clínicas, etc...

(Mensagem impercetível por ruído de fundo)

M- Assim Nível 3 fica “Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertiandos em situações de catástrofe” certo?

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 - Sim (equipa unânime neste ponto)

M- Outra coisa é decidirmos o n.º de vítimas a partir do qual mudamos de nível

E7 - É muito subjetivo, um vermelho pode ser uma hipoglicemia ou um vermelho pode ser uma dor de barriga

E3 - Não é fácil decidir o número de vítimas...

E6 - Não é fácil, será que temos capacidade para receber tantas vítimas? Em Viana o amarelo pode ir até 8 vermelhos.... A sala de emergência recebe 4 pontos.... O OBS... depois pensas temos capacidade de receber 8 temos recursos mobilizáveis... se chamarmos gente do departamento... pessoal que tem curriculum no serviço para dar resposta, só que também não podes descer demasiado senão arrancas facilmente com o plano. Não pode ser ativado por tudo e por nada

E2- Sim

M - É por isso que falei anteriormente nos riscos, para ativar o plano tem que estar presente um risco identificado

E8 - Num evento definido anteriormente

E7- Até agora não vi essa necessidade, porque tu só falas em amarelos e vermelhos, não dizes se é vermelhos por químicos se é por grande traumatizado

E2 - Mas ele não pode definir isso no nível

E7- O que o M está a dizer que é que inicialmente temos que pensar logo no motivo da catástrofe....OK

E6 - Para ativar o plano tem que haver uma causa

E7 - Para já não vi essa necessidade porque realmente nunca tivemos uma catástrofe

E3 - Ativamos o plano a partir do momento que começamos a receber pessoas...certo

(Muitas conversas em simultâneo não perceptíveis)

E7 - Quando é que se ativa o plano? É quando a capacidade de resposta da equipa não está adequada às necessidades do serviço?

E3 - É o que estou a dizer, mas o evento... eu já soube que existiu um evento... tem sempre de existir um evento!

E6 - Tem é que se confirmar esta informação.

E1 - Precisamente...

E4 - Tem que ligar a todas as entidades

E5 - Ter 3 ou 4 horas de espera nos amarelos vamos ativar um plano destes... não! Estamos a nos esquecer a origem que é um acontecimento excecional que vem de fora.

M - Às vezes temos que criar dinâmicas que nos obrigam a decidir rapidamente, ativar o nível 1 é uma situação preparatória porque é com os elementos que temos, muda é a organização no serviço

E3 - Eu acho que também é importante referir uma coisa nós estamos a ver estes números mas estes são números para além daqueles que nós costumamos ter.

E5 - São os que vem do evento.

E1 - Sim!

E3 - É que às vezes as pessoas ahhh... Pensam que isto é inferior a 10...

E6 - Falamos mas é de vítimas do evento.

E5 - Está ali número de vítimas... mas do evento!

M - Gostava de vos ouvir relativamente ao número de vítimas para mudança de nível.

E6 - Ah isso vocês é que sabem porque é a vossa realidade mas eu... Parece-me bem!

E7 - O que E3 disse é verdade, quando és contactado a avisar, vão ter que dizer o que é quantas vítimas pensam que são .... Logo isso influência a tua ativação ou não.

E4 - Pois é... Sim!

E 1 - O que aconteceu em Paredes de Coura para nós aquelas 300 pessoas, se calhar já era para ativar plano de catástrofe

E8 - Claro!

E1 - Na altura não se ativou mas nós chamamos pessoal que não estava de serviço... mas também não tínhamos plano de catástrofe, não sabíamos bem o que fazer, não é?

E5- Eu acho que isto tem que ser uma orientação...eu estou à frente na triagem e vem 20 viroses e eu não vou ativar o plano

E3- Claro, porque isso não está identificado nos riscos...

E5 - Se tiver que chamar, está escrito aqui.... É uma salvaguarda!

E2- Exato.

E6 - Claro!

E5 - Salvaguarda a tua atitude, mas tu tens...

M - Sim, é por isso que não estão definidos meios e recursos no nível 2 e 3

E5 - É o mínimo... a partir daqui pode ser chamado ou não

M - Concordam com os valores da tabela 1 do plano da catástrofe?

E6 - Isso é com vocês...

M - Equipa? E2, E5, E6, o E7 já falou

E1- Eu acho que sim

E3 - Isto tem também a haver muito com a nossa capacidade de resposta em termos de sala de emergência e o OBS como....Digamos...

E1- Segunda sala de emergência

(sons incompreensíveis)

M - Temos consenso nos números de vítimas que determinam os níveis de alerta?

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8 ...Sim... (Todos concordam)

M - Muito bem ...ponto n,º 3 do PRC Meios e recursos.... Muito importante no Plano de Catástrofe, coloquei enfermeiros manhã, tarde e noite, médicos, assistentes operacionais e administrativos do SUB

E2- ...Habitualmente numa situação normal.

M - Coloquei também outros recursos que temos que ter para apoio do nosso trabalho, recursos de gestão e logística, a capacidade hospitalar...internamento de medicina com 30 camas

E1- 30 camas contando já com a possibilidade de 4 camas suplementares

M - Temos no total, no hospital 84 camas

E8 - Nos 3 pisos?

M - Sim capacidade total

E8 - OK!

M - A partir do nível 1 o Chefe de Equipa do Serviço de Urgência deve ser informado da capacidade de internamento disponível

E1- Ora eu questiono aqui uma coisa? Quando falamos em chefe de equipa o chefe de equipa é quem? O chefe de equipa que está em Viana ou é o médico daqui?

M - E1 não te importas de falar deste ponto mais à frente aquando do organigrama da catástrofe e gabinete de crise.

E1 - Pronto ...tá bem

E1- Não porque isto é...uma questão que se coloca sempre...

E6- Sim, Sim, Sim...

E1- ....Não só neste contexto como noutros, quando às vezes é preciso resolver qualquer problema que surge aqui

M- Eu vou apresentar o organigrama

E6 - Internamente

E1 - Liga-se ao chefe de equipa de Viana

E3 - Em situação de catástrofe isto tem que ser agilizado

E1 - Tem que ficar claro quem é...

E5 - Aqui não há chefe de equipa ...

E1 - Pois!

E5 - É o chefe de equipa de Viana da urgência

E2 - Mas poderia haver responsável pela área médica

E7 - O responsável não existe, os dois médicos organizam-se e dizem quem é o responsável

E3 - Quando é implementado o plano de catástrofe as hierarquias são...

E6- Mantidas?...

E3 - São na mesma... Praticadas digamos, mas em termos de organização interna ele tem que ser reorganizado, ter funções específicas para que possa ser ativado

M- Vamos falar dessa parte mais à frente no alerta em que começa a evoluir o organigrama de catástrofe

E3- OK

M - Mas voltando à capacidade hospitalar... Autonomia dos serviços, farmácia serviço de sangue, capacidade de água, eletricidade e aprovisionamento e informática. Acrescentavam mais alguma coisa? Precisava do contacto do informático.

E1 - O contacto é este do telemóvel

E3 - Falta aqui alimentação M (Moderador)

E2 - Vou dar uma sugestão... Imaginem uma ativação ao fim de semana os serviços são chamados?

E3- São

E1- Obrigatoriamente!

E2 - Mas é que... não encontrei nada aqui escrito

E6 - Podemos ir andando... No nível dois já estou a escrever a acrescentar

M- No nível 1 utilizamos os recursos e meios do dia-a-dia... Acrescentavam mais alguma coisa?

E5 - Está tudo... não se acrescenta mais nada

M - Todos concordam? Boa... Sim!

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8 - concordam com meios e recursos para nível 1

M - OK, passamos agora ao nível 2, relativamente aos recursos humanos todos os recursos do nível um mais recursos mobilizáveis, o que pusemos há bocado?



E3 - Sim mas... no espaço físico do Hospital Conde Bertiandos

E1- Dentro do espaço físico do Hospital

M - Acrescentas aí E3

Silêncio

M - Nos recursos eu acrescentei aqui... mas se calhar vamos rever isto no 3.2 todos os recursos mobilizáveis no nível 1 todos os médicos da equipa do SUB

E3 - Em vez disto podes pôr todos os médicos presentes no Hospital

E6 - Eu não punha SUB mas sim todos os médicos presentes no Hospital e os enfermeiros é igual

E8 - É... E todos os enfermeiros presentes

E4 - No Hospital

E1 - Também tem Hospital de Santa Luzia e tem que se cortar

M - Corta E3

E1- Tem de ser do Hospital Conde Bertiandos

E4 - O último ponto dos recursos humanos tem que desaparecer...

M - Concordam todos?

E4 - Sim... Ai não há dúvidas!

M- Corta o último E3

E1 - É porque ao podes aqui em cima médicos mobilizáveis dentro do Hospital, eliminavas este

E2 - Ok

E1 - Só uma correção é assistente técnicos não administrativos

M- OK altera E3

M - Os assistentes técnicos só temos um das 13 às 20h... dois poderemos chamar

E5 - Podes chamar de outro piso só a noite é que não

M - Então retiramos o n.º de administrativos

E4 - Só um aparte... quantos computadores tens na área administrativa?

E2 - Tem dois

E1 - É isso que eu ia dizer tu não tens capacidade na área administrativa para mais do que dois

M - Mas depois vamos precisar de um administrativo...

E6 - A circular?

E1 - A circular, para fazer identificação de vítimas.

E3 - Eu se calhar tirava o n.º 3 porque aqui vai obrigar a dizer que vai ter de chamar e metia assistente técnico.

E6 - Que tu metesses assim todos os mobilizáveis no nível 1 no nível 1 estão 3 assistentes técnicos... certo?

M - Não, no nível 1 disse, e horário?

E3 - No nível 1 é os que tem.

E1 - Os que estão habitualmente.

E6 - Então colocava todos os recursos do nível um, mais os mobilizáveis dentro do hospital.

E1 - Dentro do Hospital e englobas todas as categorias profissionais?

E6 - Todos os recursos mobilizáveis e disponíveis na catástrofe dentro do hospital.

E5 - É retirar tudo!

M - Ok então... concluindo... relativamente aos recursos do nível 2 fica como ponto único todos os recursos do nível um mais os mobilizáveis e disponíveis dentro do Hospital.

E1 - Ok fica mais simples.

E8 - Sim, sim.

E2 e E5 - Sim!

E4 - Concordo.

E7 - Muito, melhor...

E6 - Fica bem!

E3 - Por mim Ok!

M - Recursos e logística mantem-se, capacidade Hospitalar acrescenta a área da fisioterapia...tem box de Oxigénio

E1 - Sim, sim tem uma área grande

M - Na autonomia dos serviços tenho uma dúvida pedia ajuda a E1 que é o seguinte em caso de falha de energia o gerador a gasóleo dá aproximadamente para 12h, quem é o fornecedor externo a contactar em caso de necessidade?

E1- Tem que se perguntar ao SIE

E3 - Tem que por aqui o n.º

E2 - Uma dúvida estamos no nível dois vamos ter que chamar recurso ao chamar o SIE já é uma responsabilidade deles

E3 - Não interessa em plano de catástrofe tudo tem que estar definido

E1 - Tem que estar definido

M - Não se esqueçam que o gasóleo é para dar apoio ao gerador e sem gerador o Hospital pode ficar sem...

E4 - Energia!

M - Se tivermos aqui o contacto é uma dupla segurança

E4 - Sim, sim e acho que sim

E1 - Eu arranjo o contacto...

M - Ok nível 3 ... ativação deste nível... a mobilização...se calhar aqui vamos alterar?

E3 - Já está, já alterei

M - Da área?

E3- Sim... também ficam todos os recursos da nossa área.

M - Recursos humanos todos os do nível dois... coloquei um item que é a possibilidade de recorrer a ex-colaboradores médicos e enfermeiros do SUB

E3 - Está no anexo 3 ...depois

E7- Nível 3 vale tudo por isso acho que sim

M - Concordam? Aceite por unanimidade?

E4 - Sim... neste nível tem de ser todos os que puderem...

E5 - Pois é... fazem todos falta e que sejam rápidos a chegar!

M - Depois serviços de gestão e logística tenho aqui recurso ao Hospital Santa Luzia mas se calhar cortamos... Não?

E4 - Desculpem, mas eu agora perdi-me.

E3- Página 14 do Plano de resposta à catástrofe...

E1-Pág. 14, se calhar recurso ao Hospital Santa Luzia corta.

E3- Já Cortei.

E6- Se entrares no nível 3 Viana de certeza que também entra...

E2- Os planos vão estar sempre interligados.

M- Depois Capacidade hospitalar toda a do nível 2, recursos locais que permitam aumentar as áreas de trabalho, cantina, sala de espera... Corredores de passagem de visitas tudo o que for uma área que seja possível mediante o tipo de doentes.

E4- Vocês tem um serviço de fisioterapia muito grande... com bastantes espaços que vocês podem aproveitar.

E1- Tem, tem.

E4- No último simulacro de incêndio os doentes da urgência foram para lá.

E1- Sim, sim foram.

M- Recurso ao Hospital Santa Luzia vou cortar

E3- Já está

M – Equacionar a abertura do Centro de Saúde de Ponte de Lima para colocar a área verde

E8-Sim

M- Ou seja os verdes vão logo para lá e se forem retriados podem mudar de área

E4- Como disse E6 e muito bem tem que ter os números pode ser fim-de-semana e os números de telefone tem que estar numa lista

E1- O plano tem que contemplar uma lista com os contactos telefónicos de todos os funcionários e n.º internos

E4- Mas neste caso tem que ser alguém que vai abrir o Centro de Saúde durante a noite ou durante o dia.

E5 - É importante ou por exemplo o SIE ter as chaves do Centro

E1 – Não sei se tem

E4- Mas podem ter, se tiver em PC já a dizer que é o Sr.º A ou Sr.º B

E1- Que vai abrir

E4 – É mais fácil

E5- Considerar o centro de saúde como mais uma sala

E1- Fazer aquilo que fizemos durante um mês mandar alguns verdes para lá

E7- Tens que mandar alguns...

E1 – Aqui vão todos

M – Em catástrofe se andar a pé é verde.

M3- Exatamente

M- Cadeira de rodas ou maca já é amarelo fica cá em cima

E1- A triagem é uma coisa muito simples

M-Meios e recursos nível 3 concordam?

E1- Claro

E3, E4, E2, E5,E7- Sim

E6- Muito bem

E8- Exatamente

M – Muito bem... Passemos ao ponto nº 4 do PC Alerta, Alarme, Ativação do PC e implementação do gabinete de crise... Aí não desculpem lá...

E2- Não faz mal diz.

M- Falta debater um aspeto importante...que está em anexo que é a organização do espaço físico do SUB em catástrofe

E3- Claro.

M- Para nível 1 sala de espera ficam os verdes, se eventualmente subirmos de nível fica mais fácil deslocá-los para o Centro de saúde... Sala de emergência a vermelho e restante área amarela.

E5- Se é para baixar baixa logo, isto é... Não vais pôr uma pessoa que não precisa de um atendimento de seguida cá dentro para atrapalhar o serviço

E2- Pois...

E5- Verdes são triados esperam na sala de espera...

E1- No nível 1 não justifica enviar os verdes para o Centro de Saúde

E3- Não, não!

M - Equacionar no nível 3

E1- Nível 3 exatamente

E7 - Mas tens capacidade.... Fora da urgência?

M- Não é sala de espera

E7- Eu sei, mas vais ter que prestar ali alguns cuidados, tens ali alguém

M - O coordenador da área verde vai aplicar ali a triagem secundária

E6 - Sim... Secundária

M - Mediante a triagem secundária ele pode...

E6 - Triagem secundária implica ver tensões e essas coisas...tens material na sala de espera?

E3 - Mesmo que quisesses implementar área verde dentro da urgência...

E1 - Era mais complicado...

E7 - Mas vão ser vistos pelo médico

E5 - Sim mas são chamados

E1 - Tem que haver um médico e um enfermeiro responsável pela área

E7 - Mas tem que tratar os doentes

E3 - Mas vamos pensar... Estamos a falar de doentes que tem capacidade para andar Ok

E6 - Sim, sim, sim

E3 - Até tem cadeiras lá para se sentarem

E1 - A menos que...

(Muito ruído de fundo mensagem impercetível)

E1 - Porque não passar a área verde cá para dentro da urgência para a Sub-espera?

E3 - Não concordo

E1 - Parte do corredor

E3 - Não concordo, vou-te dizer porque não concordo

E6 - Eu só queria...

E3 - Mas deixa-me dar uma opinião pelo qual não concordo.

E1 - Depois temos

E3 - Espera

E1 - Tens um doente em maca, na triagem amarelo faz a triagem secundária passa a verde onde vais colocá-lo?

E3 - Lá fora

E2 - Tem que mudar de área

E8 - É verde

E5 - Ai que pensar que estamos no nível 1

E1 - Sim

E5 - O nível 1 é como o dia-a-dia

E1 - Por isso é que acho que púnhamos cá dentro

E2 - Eu acho que tínhamos que pensar no nível

E4 - Ele está cá dentro no nível 1

E6 - Sim

E4 - Se passar a segundo toca a mudar os doentes de um lado para o outro

E1 - O verde

E4 - Terceiro....

E1 - Já vai para o Centro de Saúde

E4 - ... Isso mesmo

E1 - ...Quando passamos para o nível dois não vamos ter os doentes todos aqui dentro

M - O problema é que catástrofe gera muita ansiedade

E3 - Nós temos que controlar a população.

M - Muita ansiedade

E4 - Nos funcionários...

E6 - Também!

M - Temos muitas alterações nas dinâmicas do serviço.

E8 - Sim

M - Se metermos os verdes cá dentro, vamos ter um passeio terrível...

E3 - E isto assim na planta até... Parece grande!

E6 - E não é?

E8 - Eu faz-me menos confusão ir busca-los

E5 - E os verdes em catástrofe ficam lá fora

E3 - Não é isso pode ter um familiar que é um amarelo, vai ser desestabilizador.

E6 - Sim! Sim!

E3 - Desestabiliza os outros que estão à espera... Ninguém...

E7 - Na sala de espera tem O2

E1 - Lá não

E3 - Não

E4 - Podiam pedir para pôr!

E8 - Um doente que vai precisar de oxigénio se calhar já não vai para lá

E7 - Tem que ter oxigénio

E6 - Tem que ter oximetria



M - Uma das funções do coordenador de área é mal chegue lá...

E3 - Fazer a triagem secundária

E6 - Mas até fazer a mudança... é verde mas precisa de O2, quem o vai buscar?

E2 - Temos garrafas portáteis!

E4 - Deve ser solicitado uma calha técnica com O2 para a sala de espera

M - Poderemos contemplar essa recomendação

E1 - Sim... Sim!

E2 - Peço desculpa... Agora eu... Nós temos ali um excelente espaço para os verdes, volta atrás... Que é o Hall de entrada das visitas.

E1 - Exatamente!

E2 - Estamos a esquecer um pormenor na sala de espera... É muito fácil vir gente de fora... não falamos da segurança... Quem faz a segurança? A sala de espera principalmente e de inverno vai estar sempre atulhada de gente...

E1 - Sim.

E2 - Tirar estes doentes para pôr os da catástrofe... Hummm... Também tem direito a ser atendidos.

(Ruído de fundo, mensagem impercetível)

E7 - Imagina... ainda não mostraste tudo mas os verdes devem estar sempre no mesmo sítio senão dá-te uma trabalhadeira mudar.

M - O objetivo é ser uma situação exequível, se for para o Hall obrigatoriamente vai ter que estar lá alguém.

E3 - Já só ficas com dois enfermeiros no serviço porque estás no nível 1.

M - Isto não é nenhuma receita ... E muitas vezes temos que assumir várias funções ... se calhar numa área faço triagem secundária, mas depois presto cuidados... não fico parado

E7 - Não... O que podes dizer é que do nível 1 para o 2 passas mais rápido se tiveres pouco recursos.

E3 - Nós temos que pensar assim... Não estamos a avaliar bem isto a perceber o prisma disto... Porque... O nível 1 diz que verdes inferior a 10

E1- Eu acho que...

E5 - ... A nossa sala de espera leva para ai 20 pessoas.

E7- Não é isso o que estou a dizer... eu estou a dizer a sala de espera pode-se manter como área verde do 1 ao 3?

E3 - Não!

M - No plano já elaborado mantive.

E7 - Se mantiveste é um princípio

M - Vamos ver as plantas do SUB com as distribuições das áreas mediante os níveis.

E5 - Eu consideraria o nível 1 como uma situação quase normal

E6 - Como um dia mau de urgência

E5 - Menos de 10 são assumidos como doentes normais... Com a atenção que tem que estar em alerta porque o nível 1 pode passar ao nível 2

E8 - Claro...

E5 - Quando estamos na iminência de passar ao nível 2 o gestor... É que temos que chamar mais recursos, mais pessoal e aqui habilitar salas próprias para o pessoal

E2 - É um nível preparativo

E8 - O que a gente tenta fazer é libertar o OBS Grande para ficar disponível...

E2 - Sala de emergência pode ser que tenhamos lá alguém que possa sair.

E6 - Eu estou de acordo com o E2 porque se abres as portas... Tens logo acesso a uma área

E1 - Temos o corredor do RX até a porta.

E3 - Mas não te podes esquecer que ao ativar o nível 1 não vamos fechar o hospital e nesse corredor pode haver passagem de doentes e visitas...

E1 - Tens razão, então no nível 1 os verdes estavam cá dentro noutra sítio

E6 - O nível 1 não altera o funcionamento do serviço

E3 - Para ser no Hall de entrada teríamos que fechar o corredor.

E6 - Ok mas então se calhar estou com E1 metia os doentes cá dentro

E1 - Cá dentro!

E3 - Ok mas então temos que o definir como um risco que terá que ser controlado por nós... é um risco muito próximo... aqui até parece grande.... Ahh... A SUB espera é esta esquina

E6 - A última?

E3 - Não a seguir... e é a dois metros do OBS grande... Área amarela e vermelha noutras níveis

E1 - Mas lá fora tens outro risco... É todos os acompanhantes, todos os curiosos... Visitas...

E3 - Sim eu não estou a dizer isso

M - Em catástrofe só entram no SUB doentes

E1 - Tá bem

E2 - Já por isso falei na segurança

E4 - Para todos os efeitos em situação de catástrofe e até numa urgência má não entra ninguém e ponto final.

M - Vamos lá focar novamente nas plantas nível 2

E6 - Mostra os outros níveis

M - Nível 2... Área verde continua a sala de espera, a sala de emergência posso ir até 4 vítimas coloquei no OBS grande dois porque não vejo outro sítio para os pôr

E7- Porque não passas o OBS pequeno para vermelho? Que está logo ao lado

M- Porque o carrinho de emergência está no OBS grande e na transição para o nível 3 este fica com área vermelha assim é mais fácil

E4- Já fica tudo ali

E2 - E podemos ir buscar os carrinhos de emergência dos serviços que estão fechados

E4- Hospital de dia consulta externa eventualmente

E2- Podemos incluir

M- Boa ideia

E3- Já está preconizado nos recursos do hospital

E6- Recursos é tudo

M- Muito bem nível 3

E1- Os verdes saem dai para o CS

E3- Ou para a área e ai sim...para o hall de entrada

E6- Ai sim

E3- Eu acho que o que temos que salvaguardar é dependendo do nível a área verde será mobilizada ....

E7- Mas isso dá muito trabalho ... não se esqueçam que em catástrofe tudo é complexo em...

E1- É por isso que eu digo que tem que ser muito objetivo... e assim ... Assim e assim ponto

E7 - Mudar uma área numa coisa de catástrofe é a pior coisa que podes pedir quer dizer.

E2 - A área independentemente do nível deveria ser sempre o mesmo local

E6- É difícil uma coisa é teres 20 doentes outra coisa é ter 50 doentes

M- Muito ruido de fundo mensagem impercetível

E5- Quer dizer, vamos ver... eu quero fazer diferença dos níveis porque os níveis vamos estar em função dos recursos que também temos...

E8- Claro

E5- O nível 1 são 8 10 12 para mim são inseridos como atendimento normal

M - Vamos ser mais objetivos

E5- Quando chegamos ao nível 2 ou 3 habilitamos a sala de espera para verdes e os que já estão não tem que ir

E7- É preciso mais um enfermeiro

E1- Tem que ter mais um enfermeiro na área verde

E4- Tem que ter mais gente

E3- Deixem-me dizer uma coisa em relação às áreas

E5- Vou perguntar és da catástrofe? Sim então vais para ali, não então para acolá

E6 – Na catástrofe vai tudo junto

M- Não é *disaster* e no *disaster* mas vai tudo junto

E1- Na nan na vai tudo junto

E3- deixem-me só dizer seja um plano hospitalar seja o que for as áreas podem ser estendidas independentemente da área que seja

E2- Sim, sim!

E3- Por isso idealmente a área de verdes deve ser externa a área de amarelos e área vermelha, nesse sentido.

E6- Não pode ser duas áreas verdes

E1- Olha uma coisa

E3- Sendo ela extensível eu posso ter numa fase inicial uma área que será a sala de espera... e que se eu quiser eu consigo até fecha-la

E4- Fechar a porta de entrada.

E3- E o *hall* quando é o nível 2 ou 3 é possível criar uma área lá.

E6- Sim. Sim.

E3- Porque se nos estamos a falar que a área verde poderá ser estendida ao Centro de Saúde pode ser estendida ao *hall* de entrada e definida a área verde como sendo a sala de espera...um ponto inicial...é uma das áreas e ela estende-se...

E4- Claro que sim

E3 - ...na horizontal em que eu tenho um corredor externo é verdade, mas que é um corredor externo que liga a porta de entrada do Hall... Ok

E2- Sim

E3- E que tem depois possibilidade de ir para uma área amarela

E7- Mas tu estás a dizer que aceitas isso ou que lês-te isso?

E3- Não estou a dizer que em termos de literatura que as áreas podem ser extensíveis, seja ela verde amarela ou vermelha

E7- Extensíveis é com os níveis

E4- Exatamente

E7 - Estou na área verde e digo E3 vai buscar o Zé que está na área verde e tu vais andar de um lado para o outro

E1- Repara

E5- Quer dizer...

E1- Sim extensíveis mas contiguas...

E7- Exatamente

E1- Repara e porque não?

E7- Tens duas áreas verdes tens que ir aqui tens que ir ali

E3- O quê?

E1 – A área verde deveria estar perto desta ponta do serviço na minha opinião para que numa situação em que o n.º aumentasse muito era abrir a porta e estende-la para o corredor de fora

E7- Ai concordo perfeitamente

E4 Acho que assim era mais viável

E7- eu acho que a área verde

E1- Era está ponta aqui

E7- exatamente

E3- O retângulo é um corredor

E7- Eu sei

E1- É um corredor mas não é um corredor...

E3- Tem uma porta

E7- Oh E3

E1- Tem espaço

E7 - Tem corredor pode servir de área amarela

E1- Andam a pé tu consegues por cadeiras perto dos stocks

E7- Essa área tem duas vantagens a área de entrada na urgência vai ser caos

E1- Exatamente

E7- Ter lá qualquer tipo de doente acho que é

E8- Sim

E7 – Ter lá qualquer tipo de doente é errado

E1- Prontos e depois

E7- E depois se queremos crescer a área...

E1- É só abrir a porta e crescer para fora

E7 - Não ali não tens por onde crescer, tens como o E3 diz para o CS

E1- Mas aqui

E4- É mais largo tem essa vantagem agora

E8- Tem que ser só cadeiras não pode ser macas

M- Vamos recapitular...

E3- Qual largo...este aqui

E2- Este não é largo atenção

E3 – Não é largo...isto é um corredor

E2- A imagem é que está desproporcional

E3- Não tem esta largura sequer

E1- Não está proporcional

E4- Isto dá para pôr cadeiras

E3- 4 ou 5 dá

E1-Sim. Sim. Sim!

E4- DÁ para encostar ali da para encostar a parede

Muito ruído de fundo mensagem incompreensível

E3- Deixem-me dizer só uma coisa, quadros elétricos deste lado OK.

E4- Claro

E6- Eu não conheço vocês é que sabem

E3- Stock de material deste lado

E1- Prontos mas é assim aquela parede dali são armários onde é possível encostar cadeiras

E2- Pois

E1- Acho que o que tem arrumado é papel

E4- Papel higiênico

E1- Líquidos detergentes e afins

E6- Daquele lado tem casa de banho

E1- Toda aquela...tem os vestiários que são nossos mas em situações de emergência podem ser para os doentes

M- Aqui esta porta pode fechar e a entrada ser só pelo outro lado assim o segurança controla muito bem as entradas

E4- Sim, sim

M- E a triagem primária é feita aqui

E3 – Além de que é possível fechar aqui deste lado

E1- A triagem primária tem de ser feita nessa sala de entrada em frente a sala de emergência

M - A triagem primária eu posso faze-la logo aqui... e este elemento que está a fazer a triagem primária vai ser o mesmo no meu entender que vai estar a assumir a área verde.

E2- Como

M- Se a triagem estiver na sala de espera eu rentabilizou elemento como sabe E7 a triagem faz-se muito rapidamente

E3- Sim

M- Se eu estiver na Sub-espera já vai muito mais difícil eu conciliar e rentabilizar.... Quería deixar estes dados para vocês verem como podemos rentabilizar os recursos.



E4- Esta urgência tem uma sorte tem duas portas a porta dita normal e a porta...

M- Então acho que isto foi amplamente debatido, senão não vamos ter tempo temos agora é que decidir. Área verde nível 1 onde fica?

E5 – Convences-te... Eu acho que fica onde disseste a seguir a triagem porque se não vão ter que passar por toda a área amarela

M – temos várias opiniões como decidimos?

E5- Consenso

E4- É como diz o E5

E7- Não me conseguem convencer

M- Então?

E7- Na sala de espera os utentes não tem gabinetes para serem vistos na sub-espera temos gabinetes muito próximos

E4- Isto não são gabinetes

E7 - Eu nunca punha a sala verde na sala de espera em viana

E4- É uma copa

E3- Mas em Viana é diferente E7

E7- Não aquele doente para fazer um RX vai ter de entrar na urgência

M- E6 que dizes?

E7- Aquele doente para fazer um injetável não vai ter espaço

E6- Eu não queria pronunciar muito porque não conheço bem o espaço

E4- Oh M

M- Eu tenho que pensar nos recursos humanos

E7 – Isso é um erro

E1 – Vais ter que ter um na triagem, vais ter que ter um na área verde, vais ter...

E7- Não podes condicionar as áreas por culpa dos meios

E1- Exatamente

E7- Não podes condicionar as áreas por culpa dos meios

E1- O elemento que estiver a fazer triagem não vai poder colaborar mas vai ter que estar responsável pela triagem

E6- Claro o da triagem

E1 – Não consegue estar na área verde a fazer avaliações secundárias de X em X tempo

E6 – Eu acho que...

E4 – Nível 1 é uma urgência má e uma urgência má os doentes vão para a urgência normal

E6 – É assim

E4- Para onde vão os verdes agora?

M- Normalmente vão para a sala de espera. Vão para ali

E7- Fora?

E1- Sim

E7- Não doentes que já foram atendidos

E3- Sub-espera

E1 – Vão para a sub espera

E8- Não tem capacidade

E1- Mas o M a sub-espera e aparte que vai do corredor até ao fim da triagem e gabinetes médicos dá para uma área verde

E5- Mas a pergunta é?

E6- Mas é assim na área verde nível 1 tu vais tratar dos doentes ali

E1- Exatamente

E6- Tens recursos ali para tratar doentes, dar injetáveis?

E1- Pois, por isso mesmo é que devia tar cá dentro

M- Vamos lá pensar vendo a planta, injetáveis eu se tiver na sala de espera, tenho que ir aqui buscar material se tiver na sub-espera tenho que ir aqui

E7- Não mas vais lá dar injetáveis?

E4- Tem lá muita gente

E5- Eu acho que estamos confundindo, se o nível 1 vai funcionar com os mesmos recursos que temos, há algum problema que entre um procedimento normal como entre uma gripe ou um traumatismo

E6- Tens de pensar que vais tratar os pacientes ali, tem material para tratar os mesmos?

E5- Não

E6- Não agora não faz sentido

E4-Eu acho que o nível

E3 – Esteja ali, esteja aqui, esteja acolá o material tens que ir sempre buscar a outro lado não tens outro sítio

E6- É isso

E5 – Eu tenho aqui uma confusão, o nível 1. Os doentes no nível 1 não são chamados pelo médico no gabinete

E7-sim

E1- Não E5 não, não, não

E6- Não

E1- Estes verdes são uns verdes diferentes, anda é verde. Mas tem que ser reavaliado de X em X min porque tem de ser aplicada a triagem start

E7- Sim mas tem que ser observado

E1 – Tem que estar cá dentro

E6- Sim mas...

M- Conversas em simultâneo impercetíveis

M – O que o E5 diz é verdade, não tem que o ver logo

E7- Quanto mais depressa

M- Nós fazemos a reavaliação.

E1- Melhor.., quanto mais depressa os despacharmos melhor

E6- Foi ativado o nível 1 do plano, um dos médicos vai a sala de espera e faz a avaliação deles

E2- Claro

E6- Começa por dizer este é para ficar este não este passa para amarelo... mas tens que ter médico e enfermeiro em cada área

E1-Exatamente

E6- Ok

E5- Mas vamos ver então os verdes não se podem misturar com os verdes normais

E4- Mistura

E6- Pode

E3- A partir daqui

E1- A triagem muda

E5- Mas então eu vou avaliar na sala os verdes vou avaliar o s utentes do plano de catástrofe mas o homem que caiu e tem dor no ombro não se vê ali...

M- Não é pela triagem de catástrofe

E3- Não, não tem que ser abrangido pela triagem de catástrofe.

E5 – Todos?

E6- Todos pode ser depois um amarelo- quando estamos a falar disto deixa de existir laranjas

E1- Deixa de existir laranjas

E6- Há pretos

E1- Pretos, verdes amarelos e vermelhos

E5- Tu imagina que há uma catástrofe às 5 da tarde e temos 20 doentes na sala de espera

E6- Todos tem que ser atendidos

E3- Então área verde sub-espera

E4- Tem que ser cá dentro

E1- Eu punha a área verde na sub-espera

M- Temos que desbloquear isto

E6- Eu só não concordo porque é assim se tu me disseres que tens um carrinho mobilizável para levar para a sala de espera e poderes tratar das pessoas de imediato um endovenoso ainda das e um intramuscular?

E1- Nós temos o gabinete 4 que tem material para dar um injetável fica cá dentro nesta ala perto da sub-espera

E3- Eu percebo...

E7- Eu não saia dentro da urgência

E3 – Eu percebo o que estais a dizer só que quem já teve em catástrofe sabe como os verdes se comportam

E6- Eu sei eu sei

E3- Eu como se vão comportar não sei e prevê-se um comportamento por parte deles que é disruptível isto é...

E6- Entendo o que estás a dizer

E3- Estando perto da área amarela ou da área vermelha

E6- Eu entendo isso que tem que estar o mais afastado possível

E3....os verdes Também me preocupam porque temos verdes que viram vermelho em pouco tempo

E6 – Mas na sala de espera vais ter que tratar deles ali e não tens capacidade para tal

E3 – Depende eu consigo dar todos os injetáveis na sala de triagem

E6 – E onde é a sala de triagem

E3- É aqui

E1- Ou então é assim

E3- E tem porta sem passar pela urgência

E1- Calma, calma a sala de triagem para a entrada do serviço em frente a sala de emergência temos a sala de triagem disponível é grande e tem espaço

E6- É isso, só que os doentes não podem sair da área só para ser tratados

E7 – É isso tens o gabinete dela tens..

E1 – Tens gabinetes médico

M – então como é que fazemos? Vá

E3- Eu acho que o verde fica ali na sala de espera... depois pode vir crescendo

E7- A melhor maneira é começar os verdes no... dentro

E4- Dentro

E1- E alargar para fora à medida que subimos de nível

M- Então nível 1 verdes na sub-espera

E1- Sim e depois ias alargando

E5 - A pergunta é todos os verdes que temos na sub- espera esperando resultados de exames que fazemos com ele

E1- Tentar dar-lhes alta

M- Repare uma coisa recebemos um alerta do CDOS vamos receber uma situação assim e assim

E6- Quem pode sair quem pode internar

E3- Então nível 1 verdes na área da Sub-espera e vai incrementando para a sala de espera a medida que aumenta o nível

E8- Área amarela vais ter de tirar da SUB espera que fica verde

M- Concordam área verde de dentro para fora que vai aumentando na direção da sala de espera a medida que mudamos de nível com possibilidade de utilização do CS no nível 3 e com as áreas amarelas e vermelhas nos diferentes níveis

E4- Sim de dentro para fora

E1- Sim e os amarelos podem depois crescer para o corredor

E2- Claro que sim

E6 - Assim claro

E5, E8- Sim

E7- Sim, dentro a área verde muito melhor

E3 - Ok vamos experimentar e o resto das plantas para os outros níveis ficam como estão porque estão bem certo?

M – Sim... Concordam todos?

E5 – Acho que não há dúvidas... estão bem

E8 – Eu assim concordo!

M- Ok plantas aceites e validadas... Vamos então passar para o ponto n.º 4 do índice do plano de catástrofe

E6 - Sim, sim

M - Em situações de catástrofe a informação pode chegar de varias maneiras através do CDOS, bombeiros e até pela própria comunicação social, uma chamada telefónica para o hospital ou através da chegada das primeiras vítimas ao SUB.

E2- Pacifico!

M - Após isto o chefe de equipa da urgência que para mim é o elemento

E3- Responsável!

E1- Aqui em Ponte de Lima?

M - Exatamente e não o de Viana

E8 - Então onde se lê o chefe de equipa do SU passa para o responsável médico do SUB?

E3 - Tem que ser!

E6 - Para Viana só tinhas que comunicar quando passa para nível 2

M - Então o que ponho?

E5 - Responsável médico do serviço de urgência

M – Ok!

E1- É o da Medicina Interna estando de serviço não estando é um da triagem

E2- Mas na escala não tem ninguém

E1- O chefe tem que começar a pôr um de responsável na escala como RT como eu ponho

E3- Tem que começar a definir quem é que manda

E6 – Exato!

E5- Então põe responsável médico do SUB

E3- Já está!

M - Mas então é assim estando a medicina interna quem é que é o responsável do SUB?

E5- É o da triagem o da medicina interna não eu não concordo...

M - Mas é isso que eu quero decidir!

E5- Medicina interna são mais ... eu acho que é mais, mais

E7- Mas não é para aqui como é que se diz... Um problema de competência?

E3- Diferenciação

E5- Acho que não

E2- Ai não é?

E7- A ordem dos enfermeiros é clara nisso decide quem tem mais competência.

E5- Pois...sim!

E1- Para... Para a ordem dos médicos...

E7- Para a ordem dos médicos não digo o mesmo

M - Mas depois na evolução dos níveis eu coloquei na área vermelha.

E7- Não, não, não... Quem vai ser o coordenador?

E1- Coordenador...

E7- Tens que ter um coordenador de catástrofe é ele que inicia... é ele que contacta o Dr.  
... o Presidente é ele que... Isso tem de ser

E3- Sim tá ali

E1- Tem que se dizer quem é

E5- O que passa é...

E7- O coordenador do plano é o elemento principal porque ele é que vai ativar ou não,  
não é? Pode falar com quem quiser mas ele é que vai dar a ordem do comando.

E8- Sim!



E7- Portanto ele é que vai ligar ao dr.º Franklin ao chefe de equipa de viana vai pedir colaboração mas a decisão é dele

E8- Claro...

E7 - O chefe de equipa de Viana não vai aqui a Ponte de Lima nem tomar a decisão à distância é ele que a tem de tomar

E1- Mas o coordenador inicial pode não ser o mesmo depois

E6- Sim, sim, sim e há mudanças que chega... Alguém com mais hierarquia?

E3- Sim...

M- Deixem-me explicar E3 como esturei isto, imaginem nível 1 os nossos recursos

E6- Sim...

M- Imaginem que hoje o Dr. A de triagem geral e o Dr. B de medicina interna...

E3- Sim?

M - O Dr. A assume o coordenador do plano de catástrofe, certo? Ele vai...

E6- Nomear?

M- Tem uma serie de funções, confirmar a ocorrência, caracterizar a ocorrência, registar em modelo próprio que é o modelo 4 que esta em anexo no plano que vos entreguei e decidir sobre ativação ou não do plano de catástrofe.

E2- Como?

M- E se ele decidir vai já alertar, alertar o...

E6 – Presidente?

M- O Presidente do Conselho de Administração e pedir ao telefonista para avisar o pessoal todo para ficar com as orelhinhas no ar...

E6- Alerta

M – Alerta certo?

E4- Sim!

M – Aqui ele tem uma função estratégica se o Dr. ° A depois vê que a situação vai evoluir ele vai ativar o gabinete de crise como podem ver no 4.3 implementação do gabinete de crise e suas funções

E8- Página?

M- 17 do plano.

E7- Mas isso só acontece no nível 2 e 3

E3- Sim nível 2 e 3!

E7- Espera só no nível 2 é que ele avisa o diretor clínico

M- Não ele aqui...

E6- Espera...

E1- Coordenador do plano de catástrofe é o responsável

E6- Aqui confirmar, caracterizar, registrar, decidir e alertar... ahh está bem ele tem logo que fazer o alerta e avisar o Presidente do Conselho de Administração

M- Exatamente.

E3- O Presidente do Conselho de Administração tem que ser avisado no nível 1 não tem é que ser ativado o gabinete de crise, não é?

M- Muito bem!

E8 - É isso mesmo... Agora compreendo

E3- O gabinete de crise só é ativado posteriormente em catástrofes que excedem os recursos

M- Exatamente!

E7 - Mas eu acho que juntava aqui alguma coisas porque eu no nível 1 acho que deveria avisar o chefe de equipa da urgência de Viana

E3- Acho que é inadmissível vocês estarem em plano de catástrofe e o chefe de equipa de Viana não saber

E5- Tem mais lógica avisar o chefe de equipa que o Presidente

E7- Eu acho como estamos no nível 1 deverá ser o chefe de equipa a avisar o Presidente do Conselho de Administração. Parece-me...

E2- Sim!

E7- Ou então por uma questão de estar no local, não sei.

M- Então é unânime avisar o Chefe de Viana?

E3- Não... Bem sim... o Chefe de Equipa deve ser avisado.

M- Ok então altera no plano E3

E6- Concordo

E3- Pronto chefe de equipa sim, mas quem alerta o Presidente do Conselho de Administração pela informação privilegiada que tem é o coordenador do plano de catástrofe que é o médico responsável do SUB

E8- Sim!

E6 - Tá em Viana

E3 - Apesar que isto a nível de hierarquia pode ser complicado quando for a Conselho  
(Ruído de fundo mensagem impercetível)

E1- Quem deve avisar o conselho é o chefe de equipa que está em viana

E3- Apesar de que a informação privilegiada terá que ser dada por o Coordenador do plano de catástrofe ao Chefe de Equipa de Viana

E7- Podemos pôr é dar conhecimento ao chefe de equipa e podemos de ser inteligentes que a comunicação ao conselho é um ou outro

E8- Será decidido por unanimidade entre os dois

E6- De acordo entre ambos

E7- Pode dizer olha ligas tu ao Presidente ou ligo eu? O chefe de equipa...

E1- Tu não podes é chamar chefe de equipa

E2 - Chefe de equipa está em Viana e é simultaneamente das 3 urgências Viana, Ponte de Lima e Monção

E7- O chefe de equipa deve ser extensível ao SUB de Ponte de Lima e SUB de Monção

E1- SUB Ponte de Lima e SUB de Monção

E5- Mas já está assim

E7- Mas não vejo por escrito

E1- Tu tens aqui em vários sítios M...em que fazes referência chefe de equipa do Hospital Conde Bertiandos

M- Mas então vamos...

E1 - O Hospital Conde Bertiandos não tem Chefe de equipa, pode ter um coordenador da equipa médica

M- Mas então se calhar até podemos....

E1- Um responsável.

E3- Não tem que ser o responsável médico da urgência, é assim que tem de ser?

E1- Exatamente!

E6- Vocês tem uma escala médica?

E1- Temos da triagem geral e da medicina interna uma... às vezes aparecem outras nem por isso

E6- Se calhar deveria aparecer todos os dias chefe de equipa

E7- Não chefe de equipa não

E3- Responsável médico

E6- Nós temos a nossa escala médica

E1- E o vosso tem chefe de equipa?

E7- Chefe de equipa é institucional

E3- Chefe de equipa é geral

E7- E não se pode chamar chefe de equipa

E3- Porque imagina o chefe de equipa é da urgência de Viana da urgência de Ponte de Lima e da urgência de Monção

E6- Exato isso mesmo

E1- Nós temos as escalas de Viana que vem por email todos os dias

E6- O quê?

E1- Nós temos as escalas da urgência de Viana com o nome do chefe de equipa e todas as outras especialidades

E3- Não isso sim

E1- O que eu estou a dizer é em termos de plano de trabalho à semelhança do que eu tenho dos enfermeiros, faço o plano

E3- Nós aqui nunca sabemos

E1- E coloco um elemento como responsável de turno

E3- Precisamente!

E1- Normalmente é o mais graduado ou o que tem mais tempo

M – O E7 ficaria o responsável pela triagem

E7- Está aqui as funções

M-.... Após ter sido informado pela ocorrência deve executar. Substituis aí por favor...

E3- Já está.

M - E no ponto 4.2 o responsável médico do SUB assume a coordenação do plano de catástrofe, para ficar claro, não?

E3- Não o coordenador do plano de catástrofe, isto... não podes mudar esta denominação

E4- Não, não... não é mudar denominação... é que é a mesma pessoa certo?... O coordenador do plano é o responsável médico do SUB?

E8 e M - Sim!

M – Então onde se lê chefe de equipa passa a Responsável Médico do SUB?

E3- Sim... mas... Podes é colocar entre parenteses que é o responsável médico do SUB

M- Mas é para ficar claro

E3- Mas podes por entre parenteses então

E7 - O coordenador do plano de catástrofe é o primeiro responsável.

E1- Sim

E2- Claro!

E1- Tu depois a seguir é que pões após a confirmação da eventual emergência o chefe de equipa presente no serviço de urgência básico

M- E agora?

E1-Isto agora é que já não é chefe de equipa...

E8- Onde estiver chefe de equipa é substituir por responsável médico do SUB

M- Continuando o responsável médico da triagem assume a figura do coordenador do plano de catástrofe

E6- Catástrofe...

M- Que deverá antecipar o índice de rutura como é logico a cada nível e prosseguir a sua escalada, e nomear o gabinete operacional

E5- Sim.

M - É aquele tal gabinete no nível 1 que é estratégico em que...

E4- Operacional é a mesma coisa que gabinete de crise

E1- Não!

E3- Não tem nada a vêr!

M - Este gabinete não é estratégico é operacional

E1- Operacional

M – E quem é que faz parte? O coordenador do plano de catástrofe aqui tenho que substituir

E3- É o responsável médico do SUB

E4-Este gabinete é dentro da urgência?

E1- Dentro da urgência de Ponte de Lima

M - O coordenador clínico é outro elemento do gabinete operacional que é o chefe de equipa, quer dizer...

E1- Aqui é o mesmo... é Coordenador do Plano de catástrofe e coordenador clínico.

E3- Neste caso aqui se estiver de dia acho que é melhor ser de medicina interna... por exemplo se formos assumir... vamos imaginar que não há problema de hierarquia OK?

E2, E4, E5- Sim, sim

E3- Em que o responsável médico da triagem irá ser coordenador do plano de catástrofe, aqui

E2- Claro!

E3- Aqui por inerência a pessoa com mais diferenciação será o coordenador clínico que será o responsável da medicina interna, porque se ativarmos de dia tá tudo bem se for de noite vamos ativar o nível 2 e chamamos o da medicina interna que está nos pisos cá para baixo e assumirá a mesma função?

E1-Exatamente!

E3- Eu vejo isto por este prisma

E6- Sim! Sim.

E3 - Se não houver este problema

M - Altera E3

E3- Vou pôr medicina interna

Muito ruído mensagem impercetível

M - Enf. Chefe ou se estiver a coordenar...

E7 - Podes retirar enf.º chefe que não existe é enfermeiro gestor

M- Ok

E3- Imagina que está retido... quem assume essa responsabilidade é o responsável...

E7 - Podes retirar enf.º chefe que não existe é enfermeiro gestor

E2- Responsável de turno

M - Coordenador da logística que é enfermeiro responsável de turno

E1- Ou outro elemento nomeado por ele

M - Exatamente

E3- Este coordenador da logística, não.... Quando tu falas aqui

E6- Vou-te ser muito sincera eu no meu... o coordenador de recursos humanos materiais e...

E1- Materiais e logística tudo junto?

M- Tudo junto acumula as duas funções?

E1- Porque repara os materiais também tem a ver com a logística

E6- Vai gastar mais um elemento que pode fazer falta a fazer gestão quando já tens um elemento a fazer gestão de alguma coisa

M- Ok, junta e coordena os dois...muda tudo E3

E3- Já está!

E1- Exatamente

E6- Se fosse um hospital central com outras necessidades é diferente

E8- Também tem recursos que nós não temos

E1- Acho que sim

E6 - Na nossa realidade eu só tenho 3 pessoas

E1 - Exatamente o en<sup>o</sup> chefe ou na eventualidade dele não poder estar presente.

E6- Eu pus recursos humanos e logística

E1- Exatamente, a logística engloba: materiais, farmácia;

E3- Sim

E1- Equipamentos, tudo, tudo, tudo

M- Muito bem após todos concordarem o coordenador de Recursos humanos e materiais e coordenador de logística fundem as suas funções num só elemento

E2, E3,E4, E5,E8 – Sim

M- Funções do Gabinete operacional

E7- Tens de corrigir em cima...

E1- Não é diretor do departamento de urgência, mas departamento de medicina critica

M – OK

E1- São algumas coisas que eu já tinha corrigido aqui em termos de linguagem.

M - Definir áreas de atendimento de acordo com o nível implementado



E2- Sim

M - Nomear equipas de atendimento para as áreas definidas, mobilizar os recursos humanos e materiais de acordo com o nível ativado, organizar, supervisionar e pôr em execução a resposta inicial hospitalar à situação em causa, efetuar o diagnóstico da capacidade hospitalar e prever necessidades futuras, aqui a gestão de camas é logo feita porque sendo ativado o plano temos que saber logo o número

E1-Claro

M- Manter folhas de registos de todas as ações, manter contactos com responsáveis de todas as áreas, isto é aquelas funções genéricas

E8- Sim

M- Manter ligações permanentes com o gabinete de crise

E4- Onde vai ser o gabinete de crise?

M - Já vou falar mais a frente

E4- Ou vou dizer para que é já solicitei ao Eng.º um gabinete de crise para o caso de uma situação de incêndio e emergência.

E1- Pode ser no mesmo sítio

E3 - Mas em caso de emergência interna?

E4- Interna

E1- Isso depende do sítio do incêndio

E4- Eu sei

E3- Em caso de incêndio interno e por questões de segurança o gabinete de crise não pode ser aqui

E4- Eu sei, claro que numa situação de evacuar todo o hospital não convém ser aqui

E3- Claro

E4- Pode ser no Centro de saúde

E3- Por exemplo

M- Atenção só um bocadinho...

E4- Desculpa

M -Relativamente às funções do gabinete operacional

E1- Espera ai deixa-me questionar uma coisa nesta última tem uma que é decidir sobre o destino dos doentes no momento de ativação do plano

M- Sim

E1- Estás-te a referir a quê? Aos doentes que já estão na urgência?

M- É aquela questão que estávamos a falar há bocado, sim

E3- O Dr. tem que os mandar embora

E4- Ou internar

M - Mais alguma sugestão de função para o gabinete operacional?

E1 a E8 - Não

M – Concordam com as definidas?

E1 a E8 – Sim (todos concordam)

M- Então passamos ao ponto 4.3 implementação do gabinete de crise,

E3- Crise....

M- Após ativação do plano de catástrofe a liderança do mesmo cabe ao GO na figura do coordenador do plano de catástrofe, em situações de nível 1 e início do nível 2... é aquilo que eu falava há bocado é uma fase preparatória e de organização das equipas.

E7- Sim

M- Pode não ser nomeada nenhuma outra estrutura, porque no nível 1 o pessoal existente só por si resolve. É um dia mau na urgência

E4- Sim! Sim!

M- Em situações de nível 2 quando vemos que a situação se vai prolongar no tempo e no espaço e se vê que vai ser operacionalizado efetivamente este nível é ativado o gabinete de crise que eventualmente poderá ativar o nível 3

E2- Claro

M – Este tem como objetivo estruturar, organizar a resposta institucional global à situação de crise que, obrigatoriamente vai ter repercussões em todo o funcionamento hospitalar, percebido a ideia?

E4- Sim

E7-Sim

M - Funções do gabinete de crise

E5 - Sim

M - Já detetei uma gralha com o diretor do plano de catástrofe, não é diretor mas sim coordenador, altera ai E3.

E3- Sim

M- A partir das informações transmitidas pelo GO, avaliar e monitorizar permanentemente a situação, organizar meios internos de resposta, determinar a passagem aos diferentes tipos, não é tipos, são níveis altera aí E3.

E3- Já está

M-Equacionar as ações a empreender para otimizar a resposta à situação de catástrofe, através da ponderação de: cancelar consultas e internamentos, atividade no hospital de dia, cancelar tratamentos de fisioterapia, mobilizar recursos materiais e humanos que possam responder às necessidades do gabinete, gabinete...

E1- Operacional

M- Convocar todos os responsáveis dos serviços do Hospital Conde Bertiandos com intuito de libertação de áreas de internamento e conseqüente aumento da capacidade de resposta hospitalar, aqui se calhar...

E1- Era retirar recursos do Hospital Santa Luzia.

E6- Retirar a partir de nomeadamente...

E3- Já está

M – Organizar os recursos humanos e materiais para apoio a áreas não clínicas: área de visitas e acompanhantes que fica na sala de espera da consulta externa, era a minha ideia para quando tivermos grande fluxo de acompanhantes coloca-los ali.

E4- Sim!

M- Área de atendimento a órgãos de comunicação social porque vão aparecer ai e alguém tem que ser responsável, eu lembrei-me do bar piso 1 mas deem as vossas sugestões

E4- Por exemplo as salas de gabinetes da consulta externa ao lado

E2- A sala de espera da consulta externa

E3- Isso é para as visitas

E1- Visitas e acompanhantes

E4- Um gabinete, ali aquela parte da consulta externa da psiquiatria

E1- Aqueles gabinetes?

E4- Sim

E1- Os primeiros gabinetes da entrada do átrio para a consulta.

E4- Sim! Sim!

E3- Já alterei

M- Depois não sei se concordam ou não áreas de receção de figuras públicas?

E6- Área cinzenta

E3- Pronto, Ahh!

E5- Eu acho que no bar está bem

Gargalhada geral

E3- A situação dos VIP(s) eles tem que ser tratados de forma diferente na receção

M - Colocá-los gabinete piso 4 concordam?

E4- Sim! Sim! Ficam perto do gabinete de crise

E3- Isto dos VIP(s) tem de ser perto do gabinete de crise?

E7- Não tem de ser perto tem de ser o mais afastado da confusão, não vão andar pelo meio do hospital

E1- Não, entram por trás

E3- Sobem diretamente

E1- Entram na porta das traseiras sobem o elevador, não é

M- Imaginem que entra um VIP importante com ferida

E1 – Não, estamos a falar de receção de Vip (s) que vem ver como está a catástrofe

E6- Pensei que estávamos a falar de VIP (s) como vítima

E3- Não isso é outra coisa

E1- Tem que de ser ao lado do gabinete de crise

M- Então área de recessão de VIP fica decidido no piso 4 gabinete da administração

E2, E3, E6- Sim

M- Outra função do gabinete de crise, promover a segurança de circuitos internos e externos para circulação de vítimas, profissionais e viaturas de emergência

E2- PSP

E4- Parque de estacionamento tem que estar vedado

M - No plano o parque da frente fica reservado a ambulâncias e ali ao pessoal do Centro de saúde e pessoal que vem trabalhar

E8- Sim

M- Depois tem de registar todas as decisões no anexo 4 modelo 8, é importante fazê-lo até para depois fazermos o *debriefing*

E1- Claro!

M- A ativação do gabinete de crise é da responsabilidade do Presidente do Conselho de Administração ou na sua ausência por alguém por ele delegado

E6- Vais por ai abaixo... se não é o Presidente é o Diretor Clínico se não é o diretor clinico...

E1- Diretor clinico

E6- Quando tu dizes ativação do gabinete de crise 4.3 nesse ponto é que tem de ficar claro quem o vai ativar

M- É o Presidente do Conselho de Administração

E3- É o Presidente do Conselho de Administração!

E7- Então passas o bocadinho... o último parágrafo da ativação para trás para a introdução do ponto 4.3

E1- É passares isto esta frase, passá-la para aqui...

E4- Ó Moderador posso-te sugerir...

E1- Está aqui

E4- O Presidente nunca o vai ativar sozinho e por isso

E6- É o elemento mais diferenciado até à chegada do Presidente do Conselho de Administração ou alguém por ele delegado

M- Muito bem funções do gabinete de crise estamos de acordo, gostaria da vossa opinião relativamente aos elementos que constituem o GC, será que me falta alguém?

E1-Sim

M- Presidente do Conselho de Administração, Diretor Clínico

E1- Sim

M - Quer dizer Diretor Clínico do...

E5- Da instituição

E4- Da ULSAM

E7- Mas há 2

E5- Tens dois diretores clínicos, um da área Hospitalar...

E4- Primários?

E8- E um dos cuidados de saúde primários!

E3- Alterar dois Diretores Clínicos... Hospitalar e CSP

M- Diretor se calhar aqui do Departamento de...

E1- Medicina crítica

M - Medicina crítica, sim!

E1- Sim

M - Altera E3

E1- Tá bem tá bem

M- Temos também que alterar como já fizemos atrás responsável médico do SUB

E3- Já está

E2- Sim

M- Diretor de enfermagem?

E6 – Sim... mantém-se!

E4- Como se chama o vosso departamento?

E8- Medicina critica

E4- Só?

E2- Só!

M – Diretor dos serviços farmacêuticos?

E3- Sim.

M- Diretor dos recursos humanos, diretor dos serviços de instalações e equipamentos?

E8- Sim mas... falta a sigla SIE.

E3- Sim... eu já altero.

M - Ok!

E1- Falta aqui se calhar diretor do aprovisionamento, não sei se é importante?

E8- É

E- E o diretor do serviço hoteleiro, e o resto como se diz?

E3- Diretor do aprovisionamento que é o Dr.º X

E1- Diretor do serviço...

E4- Serviço social

E1- Social aqui é psiquiatria

E4- Psiquiatria ... e serviço social são serviços diferentes

E1- Mas depois tens que ter o diretor do serviço hoteleiro

M- como se chama?

E5- Diretor do serviço de gestão hoteleira e apoio geral

M- Também coloquei delegado de segurança da ULSAM não sei se fica essa terminologia?

E4- Fica, Fica

E3- é esse mesmo

E8- certo

E7- Porque é que está diretor da psiquiatria enão está da cirurgia ou medicina?

E1- Por causa do apoio psicológico

E3- Eu acho que não precisas de por psiquiatria, coloca diretor clínico e serviço social que um serviço à parte

E6- Exato

M – Ok

E3- Tiras a psiquiatria e engloba o diretor clínico medicina cirurgia

E6- Todos os médicos

E3- Neste caso o departamento de medicina critica tem que estar à parte porque engloba diretamente a catástrofe

M- Todos concordam com a sugestão do E3?

E1 a E8- Sim

M- Depois um assistente administrativo de apoio ao gabinete de crise

E4- Sim Sim

E7 – Tu aqui não disseste quem é e não te vai cair do céu...

E8- Tem que ser nomeado!

E6- Pelos coordenadores claro.

E3- É fácil o coordenador dos administrativos do SUB PL, por exemplo?

E1- Ok o coordenador

E6 – Exato



E7- O que tu estás a dizer é que este administrativo, assistente técnico é para dar apoio ao gabinete de crise e não faz parte dele

M- Sim!

E3- Não. Ele faz parte dele

E7 – Mas são coisas diferentes, uma coisa é ter um assistente administrativo para fazer contactos outra coisa é ele fazer parte dele

M- Pois é isso!

E3- Mas ele tem um papel preponderante.

E7- Então no gabinete de crise não está o enfermeiro chefe ou gestor e vai estar o administrativo?

E4- Gabinete de crise é aqui e o administrativo que é o assistente técnico está ao lado no secretariado... olha vê.

E8- Faço então uma sugestão no local de funcionamento do gabinete de crise onde coloco o material que está, coloco um item com o assistente técnico.

M- Concordo... e Vocês?

E1- Sim... Assistente técnico!

E3- Passa então para baixo

E2- É assistente técnico de apoio administrativo

M- Ok

E5- Estamos a confundir os recursos que necessitamos com os elementos que integram o gabinete de crise

M – O assistente técnico não faz parte do GC mas colabora e acessoria o mesmo, concordam?

E3- Claro!

E4- Sim!

E6- Muito bem

M- Local e material de funcionamento do GC alguma sugestão

E6- Não

M - Aceite por unanimidade, olhando a figura 1 o organigrama do plano de catástrofe, que tal?

E2- É necessário juntar o coordenador de logística e o coordenador de recursos

M - Ok

E1- Fica 1

E3- Sim

M - Concordam com este organigrama?

E3- Sim

E1- Este organigrama tem que estar afixados em algum lugar?

E4- No placar

E1- À entrada do serviço

E4- À entrada

M- E no armário de catástrofe se calhar

E1- Sim

E7- Mas isto é um organigrama ou um fluxograma?

M- Tem razão

E1- Fluxograma

E6- Sim... fluxograma

M- Altera ai E3

E3- Tá

M - Estamos conversados e de acordo até ao ponto n.º 4 alguma sugestão mais?

E1, E2, E3,E4, E5... E7, E8- Não

E6- Está a ser discutido se chegamos até aqui...

E4- Muito bem

M - Avançamos para o ponto n.º 5 do índice, áreas críticas, primeira área é estabelecida à entrada do SUB

E1- Prontos esta entrada, é o que tu defines aquele *hall*

M -É a porta da urgência

E3- É a entrada mesmo

E6- Pode-se colocar uma mesa

E2- É!... e a mesa até pode ficar no *hall*, até em dias de chuva fica protegida.

M- Depois áreas de receção primária, as 4 áreas que já fomos debatendo aquando da discussão da sua localização

E1- É a história da localização.

E8- É o anexo 5...

M- Anexo 5 são as plantas.

E2- As plantas que já discutimos

M - Área de receção secundária, todos os serviços do Hospital devem ser informados da ativação do plano de catástrofe e proceder às operações de acordo com os seus planos específicos de atuação ou, de acordo com as indicações do GO

E8- Sim

M – Medicina piso 3 ala norte, medicina piso 4, unidade de convalescença, Hospital de dia, consulta externa serviço de reabilitação

E1- Serviço de Medicina Física e reabilitação é assim que ele é chamado.

E3 - Pois é... vou já alterar.

M- Uma das formas que eu acho que podíamos divulgar a ativação do plano é colocar no ambiente de trabalho dos computadores ativado plano de catástrofe o que acham?

E6- Excelente

E3- Em todos os computadores do Hospital

M – Sim!

E4- Excelente!

E1- É só avisar a informática que eles põem isso.

E3- É...

E7- Mas tem de estar fixo não é de 10 em 10 min desaparece

E4- O ecrã bloqueia e aparece

E3- Tipo alerta

M – Sugestão registada para alteração

M2- Ok

M- De seguida área administrativa estará alocada à receção situada na urgência, a sua função é manter um registo atualizado, anexo 3 modelo 8 que também está ai de entrada e saída de vítimas e fazer a gestão do correio eletrónico do SUB, deverá articular-se diretamente com o gabinete...

E1- Gabinete operacional?

M - Gabinete operacional, sim

E4- O que é este correio eletrónico?

E3- É o nosso da urgência mesmo

E4- Da urgência?

E3- É email que recebe os dados do INEM

E1- Há! As fichas do INEM

E4- E quem tem acesso?

E3- Os administrativos

E4- Os administrativos só?

E3- Só... é como a receção dos eventos da saúde 24 são eles que recebem

E6- Fichas da SIV e do INEM

M- Área administrativa então penso que estamos todos de acordo de salientar que o administrativo depois dá apoio na triagem

E7- Ok

M -Central telefónica é o horário que funciona normalmente quando ativado o plano de catástrofe o telefonista deve enviar mensagem a todos os profissionais do SUB a avisar da ativação do referido plano

E2-sim

M- eu não sei se é possível?

E4- É possível

E6- É o que está protocolado

E7- Mas é preciso uma base de dados

E6- Tem que se criar uma base de dados, é melhor por os números da instituição e não pessoais por uma questão de proteção de dados

E4- Deixem-me sugerir eu não sei? Se é possível ter o número dos Enfermeiros Chefes

E8- Isso sim é possível

E6- Ter só o n.º dos chefes e depois eles entram em contacto com os colaboradores

E1- Uma lista com os n.º dos enf.º chefes, diretores responsáveis do serviço

E7- Claro

E1- Portanto contacto dos responsáveis

M- É uma boa estratégia facilita muito...

E3- Colocamos então para abranger toda a gente gestores dos serviços

E2- Boa

E1- Do SUB temos os contactos de toda a gente dos outros serviços colocamos só os responsáveis.

E2- Exatamente boa ideia

M- Concluindo fica contacta gestores dos serviços do hospital que posteriormente terão que contactar os profissionais que dirigem.

E1, E4- Sim

E3- Exatamente

M- Agora área de concentração de recursos humanos, sempre que forem convocados em nível 2 não devem vir diretamente para o SUB mas sim para a área de concentração que defini como refeitório não sei se concordam?

E2- Sim! Sim.

E1- Acho que sim, fica próximo do vestiário

E4- Mas tem que estar um de vocês lá

E6- Exatamente tens que ter alguém para receber e depois para orientar

M- Coloquei um auxiliar

E1- É melhor um assistente administrativo, um assistente técnico

E7- Devia estar era o chefe do SUB

E6- Imagina aparecem 10 auxiliares 10 enfermeiros, quem...

E1- Tem de ser o gestor de recursos humanos

E6- Sim

E1- Aquele coordenador dos recursos ...

E6 - Tem de ser esse

E3- Mas aqui tens de tirar o administrativo

E1- Tens de tirar o administrativo

E1- Isto são recursos humanos, se são recursos humanos o coordenador deve ser a pessoa que nesta área tem responsabilidade no fluxograma, acho eu?

M- Não tem que estar lá em permanência

E1- Não

E6- Não ele vai circulando passa nas várias áreas e vai vendo as necessidades gerindo também a de concentração de recursos

E3- Sim

M- Então como fica?

E3- Responsável é o gestor de recursos humanos

M - 5.6 não há mais alguma coisa a acrescentar? Não?

E5- Não

M - Se não, avançamos para a área de concentração de familiares, já sabemos que vêm à procura de familiares... saber o que se passa e criar pânico e esta área fica no extremo do hospital na sala de espera da consulta externa o que acham?

E1- Sim

E5, E6, E7- Sim

E2- Sala de espera

M - Da consulta externa

E2- Ok, sim

M- É nomeada uma equipa de apoio psicossocial, não sei se mantenho

E8, E6 - Sim

E7- Sim colocar assistente social

M - Validado por todos... o ponto 5!

E2- Boa!

M- À frente 5.8 área para a comunicação social, sabemos que não os podemos afastar, temos que lhes ir dando alguma informação....

E4- Vocês puseram lá em baixo mas eu punha aqui

E3- É aqui ao lado

E1- Não é lá em baixo... aqui ao lado são os VIP(s)

E2- A comunicação social deveria ficar...

E1- Cá fora da porta

E3- O que eu quero dizer é... quando for para fazer comunicações o presidente do conselho ou representante é que faz.

E2- Claro a relações públicas

E3- Mas tem de ser uma área restrita...

M- Claro e eles podem ser utilizados de forma muito positiva para divulgar um comunicado de não afluência à urgência por exemplo.

E7 - Claro tens de divulgar para acalmar a população

M - Então que tal no espaço do bar do piso 1? Tem espaço privado numa zona central.

E7- Onde fica?

E8- No espaço central junto à receção de visitas para o internamento.

E3- Sim

E2- É um bom sítio é.

E7- Está bem.

E6- Concorde

E1, E2, E4- Sim

E5- Ok

E3- E está resguardado, não tem problema

E2- Se chover.

M- Também coloquei aqui que o GC nomeia uma equipa de apoio para esta área que inclui a relações públicas do Hospital Conde Bertiandos.

E2 – Esse é que é o elo de ligação?

E1- Sim é o elo de ligação com a comunicação social tem de ser o gabinete de comunicação

E8- Sim

E4- Gabinete que ela pertence

E3 - A relações públicas pertence ao gabinete de crise

E6- Em Viana pertence

E4- Pertence

M – Mas pede ficar com as duas funções está no GC e vai ao piso 1 para a conferência de imprensa por exemplo

E4- Ela é diretora do serviço de comunicação

E1- Diretora do serviço de Comunicação acho que é assim que se chama



E7-O papel dela na área da comunicação não tenho dúvida agora a presença dela no gabinete de crise é ... tenho dúvidas

E3- É

E7- Porque ela não tem decisão nenhuma

E3- É como o assistente técnico que falamos há bocado

E1- Podes pôr de apoio

E3- É o que diz aqui no plano o GC nomeia alguém para assumir as relações públicas ... pronto é isto tá feito

E2- É nomeado nela ser,...

E4- Ser a porta-voz

E3- Porta-voz do gabinete de crise

M- Então 5.8 todos concordam que a área para a comunicação social é no Bar do piso 1 sendo a coordenadora a relações pública do Hospital Conde Bertiandos.

E3- Sim

M- Muito bem vamos avançar

E3- Procedimentos

M -Ponto n.º6 procedimentos, todos os funcionários que tem envolvimento direto no plano tem que ter, obviamente as suas funções definidas, principalmente medidas padrão pois muitas outras terão que ser decididas na hora, daí eu colocar aqui que ele não é estanque e confere autonomia de decisão ao GO/GC. Percebido?

E4- Sim

E6- É obvio que sim!

M- Os cartões operacionais que determinam a atuação da equipa são: Coordenador do plano de catástrofe, coordenador clínico, coordenador de recursos humanos e materiais, coordenador de logística, responsável administrativo, coordenador de triagem...

E1- Este aqui tens que juntar é a tal coisa... recursos e logística num só

E7- Este coordenador é de triagem de Manchester ou catástrofe?

M- Triagem de catástrofe

E1- Triagem de catástrofe... pois!

E7- Acho que devias acrescentar isso. Pode parecer triagem médica, triagem...

M- Ok, alterado!

E3- Tá

E2- Exatamente

M- Coordenadores de áreas, assistentes operacionais, central telefónica

E7- E o coordenador da área vermelha, amarela e verde são médicos ou enfermeiros?

E6- É um de cada?

E1- Médico e enfermeiro?

E3- Tem de ser!

E1- Mas estes coordenadores de área se calhar convém pôr aqui, coordenador da área amarela um médico e um enfermeiro, não é melhor?

M- Não coordenador é só um

E6- Imagina que tens 5 enfermeiros a trabalhar na área amarela, quem é que manda naquela área)?

M – Médico

E6- Não... de enfermagem?

M- Então colocamos um médico e um enfermeiro?

E3- Sim

E2- Parece-me bem

E6- Em Viana é assim...é um médico e um enfermeiro...

M- Muito ruído mensagem impercetível

E7- Tens cartões dos coordenadores, porque dos assistentes operacionais, quer dizer

E1- Tens aqui cartões operacionais presentes no armário

E7- Não sei o que queres dizer ai com assistentes operacionais, pagina 24

E1- Não isso é o que tu tens escrito, tens que ir ver os cartões em anexo

M- Se calhar começamos por analisar os cartões um a um.

E2- Ok

M- Coordenador do plano de catástrofe, ações manter um registo atualizado...

E6- Espera, espera...

E3- Página 42

E4- 42?

E3- Sim

M- Preencher o registo de ativação

E6- No nosso caso era uma balburdia havia coisas misturadas

M- Preencher organigrama do plano de catástrofe com respetivos contactos

E3- É fluxograma e não organigrama

M- Tem razão fluxograma, abrir o armário de catástrofe e retirar e distribuir os cartões operacionais aos membros do GO, decidir e informar o nível de resposta 1,2 ou 3, informar o diretor do serviço de urgência, informar o presidente do conselho de administração...

E7- Mas tens que ver, e atualizar estas fichas com as alterações que fomos fazendo até ao momento

E3- Exatamente

E4- Pois o Presidente do CA não é avisado pelo coordenador do plano de catástrofe. Aí não é

E3- Pode ser dependendo da agilização com o diretor

M- Informar a central de comunicações da ativação do plano e do nível de resposta, manter contacto direto com esta central. Manter contacto direto e permanente com esta central, informar as autoridades para delimitarem a área de acesso ao hospital Conde Bertiandos, procederem a evacuação de viaturas e realizarem a gestão da população.

E3- Sim.

E7- A gestão da população, não sou dessa área mas soa-me um bocado...

E1- É controlar o acesso de pessoas se calhar?

E3- Vamos lá ver uma coisa nós só informamos que é o que diz aqui informar as autoridades para delimitarem a área de acesso ao Hospital, a autoridade ao saber disto sabem que tem que criar vias de acesso vias de extração, pontos

E6- A atividade deles ...

E3- Ponto de aterragem de Helicópteros, ponto de concentração

M - Então corto no cartão operacional do CPC, ...procederem à evacuação de viaturas e realizarem gestão da população, certo?

E8- Ok

E6- Corta-se... as funções é com eles

E3- Certo o resto é com eles... eles é que sabem o que tem de fazer...

E1- Exatamente

M- Depois Atribuir à equipa de emergência interna a coordenação da área vermelha

E1- Pronto é o enf. ° e o médico da EEMI que coordenam esta área

M- Exatamente, desta forma durante o dia é o médico de medicina interna à noite é...

E3- O que estiver destacado para EEMI

M- Exatamente

E7- Certo

E6- Sim

M- Pedir informação atualizada da capacidade hospitalar, prever a quantidade e qualidade de camas hospitalares, de acordo com os dados e informações disponíveis, decidir sobre evacuação de áreas do SU

E1- SUB

M- Falta aí um B

E1-B

M- Ponderar a decisão, em função da evolução da situação, de convocar os profissionais que não se encontrem de serviço, antecipando o ponto de rotura, decidir sobre a necessidade de mobilização de recursos externos.

E5- Sim

M- Ativar o gabinete de crise, aquando da passagem para o nível 2

E7- Mas lá esta tu atrás dizes que quem ativa...

E1- Quem ativa é o Presidente

E5- É o presidente do CA tens

M- Ativar então tem que sair?

E4- É cortar

E3- Não tu podes pôr aqui, a função do coordenador é comunicar a quem...

E6- De direito...

E3- Direito não é a situação para decisão de ativação do gabinete de crise

E6- É mais para validar

E3- Decidir não há validações aqui, o coordenador informa e ele é que decide

E8- O coordenador do PC comunica a necessidade de ativação do Gabinete de Crise a decisão é do Presidente do Conselho de Administração

M- Então altero para comunicar em vez de ativar

E2- É isso... Sim!

E4- Comunicar

E3, E7- Sim

E1- Comunicar, comunicar.

M – Por fim neste cartão, não sei se acham pertinente ou não? Contactar a informática para presença física a partir do nível 2

E3- Sim, avança

E2- claro

E7- Não é informática é Serviço Sistemas de Informação

M - Altera E3

E1- Sistemas de informação e comunicação acho eu? Mas depois eu confirmo melhor e digo-te

M-Muito bem temos consenso no cartão das ações do coordenador do plano de catástrofe, avançamos para o coordenador clínico... Manter um registo atualizado de todas as ações, definir áreas de atendimento de acordo com o plano de catástrofe, nomear um coordenador médico...

E1- Coordenador médico e de enfermagem

M - E de enfermagem, altera

E3- Já está

M- Para cada uma das áreas de atendimento primário, distribuir fichas de registo aos coordenadores de cada uma das áreas

E2- Cada área tem um modelo próprio

M- Avaliar a situação nas áreas de atendimento e proceder as alterações que julgar necessárias, nomear um elemento administrativo para registo de entrada de vítimas, anexo 4, modelo 3 e modelo 7, acompanhar permanentemente a situação em todas as áreas, coordenar atividades com serviços de apoio: laboratório e radiologia.

E1-Sim

M- Registrar ações e nomeações em modelo próprio.

E8- Essa ação é repetida com a 1.<sup>a</sup>

M- Ok, corta

E3- É igual a 1.<sup>a</sup>,

E4- Só uma pergunta a situação das áreas nível 1, 2 e 3

M- Sim

E4- Estou a falar das áreas físicas, não sei se é de propósito ou é mesmo assim...

M- Sim

E4- Não põe quantas pessoas devia ter cada área...

M- Não

E6- Depende do n.º de vítimas e do nível

E4- E os assistentes operacionais?

E1- É igual

M- O único número que sabemos que é certo é o no nível 1 que é com os recursos existentes no serviço

E7- Acho que o cartão operacional deveria ter uma coluna ao lado tipo...

E6- *Chek-list*

E7- Sim uma pessoa lê uma vez as ações passado um bocado já não se lembra se tiver uma coluna de verificação

M- Ter um quadrado para ir pondo vistos

E7- Sim!

E8- Tipo chek list

E3- Coluna de verificação?

M- Todos concordam com a introdução de uma coluna de verificação nos cartões operacionais

E1- Sim tipo Chek

E2- Sim

E8- Sim

E5- Assim é mais prático e seguro

E4- Boa ideia

E3- Tá alterado

E6- sim

M-Muito bem, depois o coordenador de recursos materiais e o da logística são o mesmo elemento por isso tem que se juntar os cartões operacionais

E3- Juntar

E2- Vai acumular funções

M -Manter um registo atualizado de todas as ações, informar o enfermeiro chefe do SUB da ativação do plano de catástrofe

E6- Desculpem, mas não é chefe, mas sim gestor

E1- Sim gestor

M – E3 altera... Nomear médico e enfermeiro para cada uma das áreas de atendimento primário

E1- Sim

M - Se é alerta nível 1, nomear assistente operacional para apoio à triagem e outro para apoio às áreas vermelha, amarela e verde. Se alerta nível 2 ou 3 ajustar a distribuição às necessidades.

E7- Ok

E6- Exato

E7- Não esquecer que não é área negra é área preta

E3- Onde é que está? Ah negra não preta

E2- Preta

M- Ok, destacar um assistente operacional para a área preta e fornecer-lhe os modelos de registo e co cartão operacional. Concordam que seja o assistente operacional a coordenar a área preta?

E7- Sim

E3- Acho que sim são procedimentos básicos

E6- Acho que sim porque assim não temos que retirar nenhum recurso mais diferenciado de outra área

E5- Sim

E4- Sem problema

M- Mais uma ação destacar um assistente operacional para a distribuição de sangue e hemoderivados

E3- Sim

M- Destacar um assistente operacional para a área de concentração de recursos humanos, que transmitirá as orientações ao GO. Esta aqui retiramos E7?



E1- Não, porque este assistente vai estar cá em baixo e orienta as pessoas para estarem ali a aguardarem até que alguém decida

E3- Mas quem coordena é este o coordenador de recursos

E4- Exatamente

E3- Tá bem o assistente está ali para receber, mas quem coordena é ele

E2- Ou seja o assistente operacional terá o trabalho de todos os profissionais que chegam recebe-os e manda aguardar

E6- Sim

E2- Quando o coordenador de recursos chegar a conclusão que necessita de mais recursos vai a área de concentração e seleciona

M- Ok

E3- Avança

M- Estes dois quadros de ações vão ser fundidos

E1- Sim

E3- Este e o azul

M- Da logística manter o registo atualizado, isolar e identificar áreas de atendimento prioritário

E1- Primário

M- Avaliar a necessidade de expansão da área da triagem

E3- Sim

M- Informar o vigilante do SU e entregar o seu cartão operacional, informar os responsáveis do aprovisionamento e da farmácia da ativação do plano de emergência e do nível de resposta, garantir o acesso e operacionalidade de todo o material, prever roturas de stock, organizar os fluxos de transferência de doentes de acordo com as decisões do gabinete

E3- Sim

M- Garantir fornecimento de refeições aos elementos de serviço

E6- Falas-te com a responsável do serviço de nutrição

E7- Mas eu acho é 6 que ...

M- Não é difícil

E7- preciso de 40 ceias

E1- Mas isto aqui se estiver lá trás nos meios e recursos serviço de alimentação...

E3- lembraste de eu te ter dito

M- Muito ruído mensagem impercetível muito ruído de fundo

E3- É aqui autonomia dos serviços tens que por serviços de alimentação

E1- Exatamente, acho que sim

M- Então na autonomia dos serviços vamos colocar serviço de Nutrição

E1- Alimentação

E6- Não é nutrição

M - Terá a responsabilidade de fornecer a alimentação

E7- A logística toda

E5- Logística alimentar a toda a gente

E3- Já está avança

M- Cartão com funções do assistente administrativo, integrar a equipa de triagem, chamar staff adicional, recolher folhas de registo da triagem... e aqui se calhar está implícito o registo informático?

E7- Sim, sim

E6- E transferir o registo numérico para nominal e informatizar

M- É isso... boa!

E3- Transferir..

E1- A identificação numérica para nominal

E4- No futuro médicos e enfermeiros já conseguem fazer os registos

E6- Fazer registos

E8- É isso

M- Contactar serviços sobre a capacidade hospitalar, destacar de acordo com os recursos disponíveis, elementos para as diferentes áreas, aqui se calhar...

E6- Aqui não vais ter gente para isso tudo

M- Então é melhor cortar esta ação

E3- Corta

M- Coordenador da triagem, ações: Recolher os Kits de triagem no armário de emergência e catástrofe, reconhecer e identificar os restantes elementos da equipa, distribuir funções pelos restantes elementos; Assegurar-se da presença e identificar os elementos; utilizar a triagem primária de catástrofe; identificar e evacuar o local da triagem; prever a necessidade de equipas adicionais de triagem e informar o GO ... podem ter repentinamente um fluxo exagerado...

E8- Claro que sim

M- Assegurar-se da colocação da pulseira de identificação e prioridade. Mais alguma coisa?

E3- Não

E7- Não te esqueças o que falamos lá atrás coordenador de triagem de catástrofe.

M- Ok. Mais alguma coisa?

E4- Não

E5- Está

M- Coordenador da área vermelha, deve dirigir-se para a área respetiva, prever necessidades de recursos adicionais e dar conhecimento ao GO, aplicar triagem secundária TRST ... isto é em todas as áreas.

E1- Sim

M- As funções são organizar fluxos de doentes na área vermelha, registar todas as admissões e saídas na área, distribuir folhas de registos de lesões/ procedimentos, organizar a equipa de EEMI de acordo com os recursos disponíveis, dar informações frequentes ao GO do fluxo de doentes

E3- Feito

M- Mais alguma função para o coordenador da área vermelha?

E7- Aqui dirigir-se é um bocado redutor

M- Como?

E7- Numa função de coordenador, dirigir-se quer dizer? Eu tirava

M- Tirava, ok. Todos concordam

E1 a E8- Sim

M - Coordenador da área amarela: organizar as equipas de assistência...

E3- É igual

E2- Igual

M- No fundo as ações são iguais em todas as áreas

E3- No fundo são

E4- Sim

E8- Igual

M- Então assumimos que as ações são iguais nas áreas vermelha amarela e verde. Todos concordam?

E2 - Muito bem

M- Área negra

E3- Preta

E4- Preta

M - Desculpem não sei porquê, vai para negra

E6- Saiu tudo negro.

M- Ações recolher sacos no armário da catástrofe, dirigir-se e abrir o espaço destinado a área preta

E3- Para a morgue

M- A minha questão aqui é saber se a garagem é viável

E2- A garagem?

M- Se for um fim-de-semana poderemos ter muitos cadáveres na morgue?

E1- Sim, mas a garagem não dá... é um arquivo

E4- Arquivo

E1- Não consegues meter lá nada.

M- Não?

E1- Não, é uma das coisas que eu te ia dizer, temos que definir no serviço uma área de pretos

M- Então tem de ficar lá em baixo

E4- Precisamente

M- Então corta garagem e fica na morgue só.

E5- Garagem não

E3- Fica a morgue e a morgue pode ser extensível ao corredor externo

E1- Ao corredor, sim se fizer falta

M- Outra das funções é prever necessidades de recursos, mas aqui não faz sentido

E2- Não recursos aqui não

E5- É melhor cortar essa ação

M- Ok. Preencher folha de registos

E2- Sim

M – E informar o gabinete operacional de cada entrada e não de cada morte

E7- Cadáver

E3- Informar o gabinete operacional não de cada morte é ...

M- Então informar o GO do n.º de cadáveres na área preta

E4- Exatamente

E2- Perfeito

M- Todos concordam, avançamos?

E4- Sim

M- Funções do segurança: informar o serviço de controlo e vigilância da ativação do plano de catástrofe externa; controlar a entrada de viaturas no hospital; colaborar com a polícia, normalizar e orientar o fluxo das ambulâncias e outros veículos que transportem vítimas do incidente e doentes; em alerta de nível 2 ou 3, ponderar colocar um elemento na entrada traseira do Hospital Conde Bertiandos, prever e informar o GO da necessidade de recursos adicionais

E4- E vai ter mesmo que haver outro segurança pois se tivermos cadáveres na área preta vai ter que existir ali segurança.

E3- Sim, mas a área preta não está acessível por isso está segura

M- Por fim ações do operador de central telefónica, enviar SMS a todos os profissionais do SUB e aos responsáveis dos serviços do Hospital Conde Bertiandos

E3- Nos tiramos profissionais do SUB e metemos responsáveis do serviço

E4- Isso

E8- Já tínhamos falado sobre isso

M- Em nível 2, a central telefónica deverá funcionar em permanência no átrio de entrada de visitas para o internamento

E3- Sim;

M - Disponibilizar uma linha direta entre o GO e a central telefónica; todas as informações relativas à catástrofe devem ser encaminhadas para o GO

E7- Exatamente

M- Muito bem eu pedia-vos a vossa opinião final ou mais alguma sugestão relativamente aos cartões operacionais.

E3- Estão bem com as correções necessárias

E4- Nada mais a referir

E6- Objetivos e claros

E2- Nada a referir

E1- Práticos e claros

E5- Feito

E7- Prontos para testar.

E8- Concordo.

M - Assim sendo passamos ao ponto n.º 7 armário de catástrofe

E5- Ok

E1- Muito bem, tem que ser um armário que tem de estar fechado a chave.

M- Vamos ver primeiro o que o constitui

E4- O que tem e depois vemos

E6- Ok

M- Então Plano de Resposta à Catástrofe 2 exemplares

E1- 2 exemplares

M - Cartões operacionais

E4- 5

E1- Este 5 é 5 cartões por cada

E3- Não! É um cartão por cada Coordenador/Responsável por área

M- Ah pronto... então altera e põe um por cada

E5- Tenho de ver

E1- É que isto não é muito claro... o cinco fica a dúvida...

M- Não, são 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10... 10

E3- Dez

E6- Um cartão por cada.

E1- Por cada coordenador, não é?

E7- Sim... Sim!

E3- E se puseres um por cada já resolves a situação.

E1- Era mais fácil... um cartão por cada.

M- Ok... Considerem feito

E2- Falta uma linha aqui em cima, apenas

E1- É falta a linha a dizer o que é que tem em cada.

E7- Falta o cabeçalho

E1- O cabeçalho da tabela do armário de catástrofe

E6- Ai tá bem tá bem

E4- Quantidades

M - Certo, de seguida Placards de identificação de áreas de prioridades, área vermelha um à entrada outro à saída, verdes se calhar também 2.

E1- Os verdes se calhar tem de ser dois porque podes ter

M- Sim, tem de ser!

E6- Preto basta um

E4- É tem de ser 2, 2,2

M- Ok dois de cada e preto um que até pode ficar na porta do elevador

E8- É

E5- Sim, sim.

M- Software informático com base de dados de recursos materiais, Plano de catástrofe informatizado, ficheiro com todos os modelos de registo de catástrofe

E6- Ter uma pasta informatizada

E1- Ora diz-me uma coisa? Isto pode estar na pasta partilhada do SUB

E6- Sim Sim

E4- Vocês tem pasta partilhada

E3- Temos

E2- Colocar numa PEN pronto.

E1- A PEN perde-se

E8- a pasta partilhada é acessível em todos os computadores.

M- Em todos os computadores

E1- Em todos.



M- Coloca ai E3 em pasta partilhada no GC e SUB.

E3- Tá

M- Muito bem, pulseiras, vermelho, verde e ...

E4- Preto

M- Quantas? Pús 100 mas?

E7- Depende das capas.

E6- No *kit* pões uma pulseira de cada cor

E1- Cor

E6- E depois de triado tiras aquela correspondente a triagem.

M- Sim. Então quantos Kits vamos definir?

E6- Nós em Viana são 100

E1 – Nós para aqui não precisaremos de tantos.

E3- Eu punha 30

E1- Não

E3- Porque já estou a contar com os verdes e os amarelos e os vermelhos chega perfeitamente.

E6 – No nível vermelho quais eram os n.º?

E3 – 20.

E6- Superior a 20 e entre?

E3- E entre 4 e 5

E6 – Então pensa

E3- É 30 a 50

E6- É entre 30 a 50

E7- Eu punha prá ai 40

E1- 40, 40 pastas e cada pasta tem uma pulseira de cada cor

M- Ok vou por 40 então.

E6 - Uma pulseira de cada cor

E2- Exatamente

M- Numeradas de 1 a 40?

E6- Sim.

M - Folhas de registos de ações?

E2- É 40 também

E3- 40 de cada

M- Ok, e sacos para cadáveres?

E3- 20

E6- Em Viana escolhi 20.

E3- 10 chega

E1- Sacos de cadáver?

E3- 10

E1- Isto é a tal coisa imagina que a situação extrapola isto, já está cá o pessoal do armazém para dar mais, se fizer falta.

E8- 10 chega

M- Então vão ser colocados no armário da catástrofe 10 sacos.

E2- Certo

M- Chaveiro, coloquei uma chave do armazém, chave da farmácia e outra da lavandaria.

E1- Nós temos o segurança vamos ver como está o segurança em termos de chaves.

M - Ok

E2- Eu diria mais colocar uma cópia dentro do Kit de catástrofe.

E1- Pode ser, mas de qualquer forma o segurança tem de ter uma chave da farmácia, do armazém.

E4- Da cozinha

E1- Disto tudo.

E3- Hospital de dia, fisioterapia

M- O E3 deu uma sugestão de colocar o Hospital de dia

E3- Porque ele está fechado, e tu não consegues ter acesso.

E1- Calma, mas aí tem o segurança

E3- Ok, mas ele está a falar colocar uma cópia dentro do armário.

E8- Sim

E3- Aquela cópia está lá sempre.

E4- sempre

E3- Não há possibilidade de a perder.

E1- Tem de se mandar fazer uma cópia.

E6- Só se ficar o chaveiro no vigilante.

E1- Vou pedir ao Eng.º autorização

M - Eu na minha opinião fazia uma cópia e colocava no Kit.

E3- Tinha um chaveiro a dizer: Chave da lavandaria, chave da cozinha, chave

E6- Eu percebo que tem de se mudar mentalidades, mas quando percebi as dificuldades para arranjar as chaves ... desisto... Desisto. Temos electricista temos segurança, pode levar um bocadinho de mais tempo mas...

E3- Acho que se coloca no segurança e define-se no armário

M- Ouçam aqui E1.

E6- Já que temos vigilante de noite e tem acesso a quase todo o hospital.

E1- A quase todo...

E6- Também ficava ele responsável por ficar com estas chaves, e ficava na mão de uma pessoa que tá...

E1- A minha questão é esta ou solicito ao Eng.º que o segurança passe a integrar no chaveiro que lá tem...

E6- Todas

E1- A totalidade das chaves do hospital, pronto e não fica no nosso armário.

E3- Sim

E2- E é menos uma coisa que temos de nos preocupar

E1- Exato

E8- Eles já têm um chaveiro só não está completo, é só acrescentar as chaves que faltam

E2- E temos um profissional dedicado a isso.

E4- Tem a vantagem de ser ele e mais o funcionário a abrir a respetiva área

M- Muito bem então fica referenciado no plano chaveiro completo do Hospital que esta com o segurança na entrada, sendo ele o responsável do mesmo. Todos concordam com o referido?

E2- Certíssimo.

E7- E2- Ok.

E4-E5- Sim

M- Gravador de voz acham pertinente ou não?

E7- Qual é a sua função?

M- Quando fizermos o *debriefing*...

E6- Mas o *debriefing* é após, e após podes utilizar outro tipo de material.

E7- Para gravar tens que ter autorização

E3- Retira-se

E6- Autorização

E2- São muitas horas de gravação e o *debriefing* vai perder a noção do que é porque vamos estar a ouvir toda a gravação

M- Tou esclarecido então seguindo a opinião do grupo retira-se?

E1-Ok

E5, E6, E7- Sim

M- Mais alguma coisa que acrescentariam ao armário de catástrofe?

E1- Calma, deixa-me olhar para estas quantidades.

M- Sim

E1- Estes marcadores permanentes também 10?

E6- Um para cada coordenador.

E1- Ah pronto

E4- O M da mesma maneira que meteste marcadores permanentes tens que por pranchas.

E1- Mas essas vão fazer parte das pastas, não é? As pastas...

E4 Ah prontos

E1- As pastas já estarão montadas, não?

E7- Não, não. Mas a E4 diz e bem para os coordenadores...

M- É aqueles quadros.

E7- deviam ter uma prancheta

E4- E a administrativa,

E7- para o enfermeiro da Manchester.

E3- Ora... 5 pranchas rígidas

E7- Não, são mais porque é o enfermeiro da Manchester, cada coordenador.

E4- O administrativo.

E3- Eu punha 1 por área

E7- Não por coordenador

E3- Então por coordenador médico e enfermeiro

E4- Sim

E6- Não porque o médico e enfermeiro da área vão trabalhar no mesmo processo.

E7- Quando falais em registos é só uma folha?

E1- Não são os modelos

E3- É um por cada coordenação de área.

E1- Eu meti 7 porque, um por área um para o administrativo e um para o auxiliar que vai dar apoio à área negra.

E7- Podes por mais uma ou duas, podes por dez.

E4- Podes, podes, podes

E5- Dez?

E2- Dez é suficiente.

E3- Dez então está feito.

E7- Deixa-me dizer uma coisa temos que ter luzes de emergência, lanternas.

M- Sim

E7- Imagina que é de noite e não há eletricidade.

M- Boa ideia, então uma por área.

E3- Cinco.

M- Cinco, já puseste.

E3- Cinco lanternas, já está.

M- Mais alguma sugestão?

E6- Placard para colocar na sala de espera a dizer que o Hospital está em plano de catástrofe.

E4- Catástrofe

E6- É para as pessoas se dirigirem a outros locais.

E2- Sim concordo.

M-Só falta decidir onde fica o armário de catástrofe?

E3- Por mim colocava-o na sala de triagem e retirava a marquesa que lá está que não tem utilidade nenhuma.

M- Grande ideia, todos concordam?

E1 a E8- Sim

M- Muito bem penso que está tudo relativamente ao ponto número 7, o armário de catástrofe.

E3- Sim

M- Ponto n.º 8 comunicação e liderança.

E8- É comunicação na catástrofe.

M – A qualidade da comunicação é fundamental para implementação do plano de catástrofe ser bem-sucedido, assim deverá acontecer de uma forma hierárquica, gradativa através dos coordenadores. Ou seja, quem não tiver funções de coordenação e chefia não fala nem emite ordens, e tem que ser vertical e ascendente

E6- Não fala.

M- Exatamente, por exemplo se eu for coordenador da área vermelha não posso falar diretamente com o GC tem que ser através do Coordenador do plano de catástrofe, ou seja evolutiva e vertical.

E3- Claro

M- Paralelamente temos a ascendente.

E2- Debaixo para cima

M- Sim, e a descendente de cima para baixo, em resumo são as orientações e diretivas que vem do superior.

E7- Quem as recebe tem de cumprir.

M- Certo.

E2- Era interessante colocar em anexo neste ponto os contactos internos

E5- Faz todo o sentido.

E8- Estou de acordo

E4- Excelente ideia

M – E3, coloca no ponto 8 um anexo de lista de contactos internos

E3- Ok

M- Tendo consenso total no ponto n.º 8 passamos para o ponto n.º 9 Transporte de doentes inter- Hospitalar.

E3- Concordo com o que está escrito não alterava nada.

E4- Eu também.

E5- Fica como está

E7 – De acordo

E1 – Então fica assim , avança.

E2- Ok

M- Desativação do plano, posso avançar

E1- Vamos

M-O plano será desativado pelo GC ou GO..

E1- Sim...

M- Mediante o nível que foi ativado.

E4- Ótimo

M – O responsável do plano deverá elaborar um relatório da ocorrência que deve incluir os elementos do GC, GO e todos os coordenadores do plano.

E8- Sim

M - Na semana a seguir à ocorrência deverá ser feito um *debriefing*, em sessão conjunta com todos os coordenadores para avaliação de toda a ocorrência, podendo ser propostas alterações no sentido de otimizar e tornar o plano de catástrofe mais operacional

E6- Eu punha na semana seguinte, na semana seguinte era o ideal as coisas estão frescas mas...

E1- Posteriormente.

M- É?

E6- Porque na semana seguinte...

E3- Sim estamos a por na semana seguinte ainda podemos ter catástrofe.

M- Não, na semana seguinte à catástrofe quer dizer que ela terminou.

E2- Após a desativação

E1- Desativação.

E3 - É, mas qui diz na semana seguinte à ocorrência.

E8- Após a desativação do plano



E5- posteriormente

E7- Ou então pões até que....

E3-Assim que estejam reunidas condições para o *debriefing* deverá ser realizado...

E7- Não acho que tem que ter uma data senão não sei

E4- Primeiras 48h a 78 h

M- Acho que como diz o E7 se não marcamos data corremos o risco de não o fazer ou faze-lo inoportunamente.

E7- Não é uma data é um espaço temporal, até um mês por exemplo

M- Então até um mês

E1- Então após a desativação num período de 30 dias deverá ser feito o *debriefing*

E5- Exatamente

E8- 30 dias após a ocorrência

E4- Ótimo

E2- 20 dias

M- E3 altera aí, no período de 30 dias após a ocorrência.

E3-Ok

M - Último ponto do plano: Operacionalização do plano de resposta à catástrofe externa, deverá ser implementado programa de treino na ativação e implementação/execução do Plano de resposta à catástrofe para tal deverá ser feito anualmente um simulacro.  
Concordam

E3- Sim e poderão estar incluídos ai os *table top exercise*

E2, E5, E8- Sim

E4- Tem de ser anualmente é uma obrigatoriedade legal

E7- Concordo

E1- Sim treino uma vez por ano.

E6- É como nós uma vez por ano.

M- Muito bem com todo o debate e alterações feitas posso considerar o plano validado?

E6- Não... Claro que sim muito bom

E5- Sim ficamos com um excelente instrumento de trabalho.

E6- Bom trabalho com aplicabilidade prática.

E8- Simples para ser aplicado em contexto.

E2- Concordo.

E1- Está feito.

E3- concordo.

E4- Prático concordo.

E7- Sim.

M- Para terminar agradeço a vossa disponibilidade e todos os contributos deixados aqui hoje... Muito obrigado.

## **Apêndice V**

Convite para a participação na reunião de *Focus Group*

Exmo. Sr.<sup>(a)</sup> Enfermeiro(a)/Médico(a)/Engenheiro(a)

Eu, Sérgio Alexandre Neves Guimarães, Enfermeiro, com Cédula Profissional N.º 2391, aluno do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tenho a honra de convidá-lo a participar no “*Focus Group*” com o objetivo de:

**Analisar e validar o Plano de Resposta à Catástrofe Externa do Hospital Conde de Bertandos.**

Data: 13/11/2019

Local: Hospital Conde de Bertandos, Sala de Formação, Piso 4

Horário: das 9 às 11 horas

A sua presença é muito importante para a realização deste projeto.

Agradeço confirmação através do e-mail da Enfermeira em funções de chefia do SUB do Hospital Conde de Bertandos, Isilda Barbosa: [Isilda.barbosa@ulsam.min-saude.pt](mailto:Isilda.barbosa@ulsam.min-saude.pt)

Sérgio Guimarães

Tlm:916 721 509

## **Apêndice VI**

Versão inicial do PRCE apresentada ao *Focus Group*

# **PLANO DE RESPOSTA À CATÁSTROFE EXTERNA**

Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos

**ULSAM**



**Elaborado por:**

Sérgio Guimarães

Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico Cirúrgica

Ponte de Lima, Outubro, 2019

<b>Índice</b>	<b>Pgs</b>
<b>Introdução</b>	<b>5</b>
<b>1. Riscos</b>	<b>6</b>
<b>2. Níveis de Resposta</b>	<b>7</b>
<b>3. Meios e Recursos</b>	<b>8</b>
3.1 Nível 1	8
3.2 Nível 2	11
3.3 Nível 3	12
<b>4. Alerta, Alarme, Ativação do Plano de Catástrofe e Cadeia de Comando</b>	<b>14</b>
4.1 Alerta	14
4.2 Alarme	14
4.3 Ativação do Plano de Catástrofe	16
<b>5. Áreas Críticas</b>	<b>19</b>
5.1 Triagem Primária	19
5.2 Áreas de Receção Primária	19
5.3 Áreas de Receção Secundária	20
5.4 Área Administrativa	20
5.5 Central Telefónica	20
5.6 Área de Concentração de Recursos Humanos	21
5.7 Área de Concentração de Familiares	21
5.8 Área para a Comunicação Social	22
<b>6. Procedimentos</b>	<b>23</b>
<b>7. Armário de Catástrofe</b>	<b>24</b>
<b>8. Comunicações e Liderança</b>	<b>25</b>
<b>9. Transporte de Doentes Inter-Hospitalares</b>	<b>26</b>
<b>10. Desativação</b>	<b>27</b>
<b>11. Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa</b>	<b>28</b>
<b>Anexos</b>	<b>29</b>
<b>Anexo 1 - Planta de Atuação no SUB segundo Nível de Alerta</b>	<b>31</b>
<b>Anexo 2 - Lista Geral de Contactos Telefónicos</b>	<b>33</b>

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	2/46



**Anexo 3** - Lista de contactos telefónicos de Ex-colaboradores  
Médicos e enfermeiros

**Anexo 4** - Folhas de Registos

**Anexo 5** - Cartões Operacionais

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	3/46



<b>Índice de Figuras</b>	<b>Pgs</b>
<b>Figura 1.</b> Organigrama para aplicação do Plano de Catástrofe	18

<b>Índice de Tabelas</b>	<b>Pgs.</b>
<b>Tabela 1.</b> Níveis de Alerta	7
<b>Tabela 2.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal – Enfermeiros	8
<b>Tabela 3.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal – Médicos	8
<b>Tabela 4.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal – Assistentes Operacionais	9
<b>Tabela 5.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal – Administrativos	9
<b>Tabela 6.</b> Material Armário de Catástrofe	24

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Proxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	4/46

## Introdução

A elaboração deste plano surge como resposta à necessidade de organizar os recursos do Hospital Conde de Bertiandos, face à possibilidade de a instituição ter de oferecer prestação de serviços em contexto de acidente grave ou de catástrofe externa.

A situação de catástrofe ou de acidente grave implicam sempre desequilíbrios entre a procura de cuidados assistenciais e os recursos disponíveis. Caracterizam-se por ser eventos repentinos e imprevistos, com efeitos limitados no tempo e no espaço, suscetíveis de atingir pessoas, bens e o ambiente e em que pelo número ou pelo tipo de vítimas reais ou potenciais, é necessária a aplicação de medidas extraordinárias por parte da instituição de modo a oferecer a resposta adequada.

A classificação da situação em catástrofe ou acidente grave assenta nos seguintes critérios:

- Número de vítimas;
- Gravidade e tipo das lesões;
- Natureza do incidente;
- Incapacidade de resposta pelo SUB quando dotado com os recursos mínimos disponíveis.

O Plano de Resposta à Catástrofe Externa do Serviço de Urgência Básico (SUB) tem como objetivos:

- Identificar riscos e vulnerabilidades;
- A organização de meios e recursos;
- Atribuição de funções, tarefas e responsabilidades a todos os intervenientes na resposta à catástrofe;
- Estabelecimento de uma cadeia de comando e direção, que permita dotar o SUB da capacidade de resposta, pronta e eficaz para qualquer situação de emergência;
- Permitir atuar como resposta secundária ao SU do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, em caso de ativação do Plano de Catástrofe deste serviço;
- Possibilitar a formação e treino de todos os elementos que compõe a resposta à catástrofe externa do SUB.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	5/46

## 1. Riscos

Risco traduz-se pela articulação da probabilidade de ocorrência de um evento adverso e da gravidade das consequências.

Crise é a concretização de um risco num espaço de tempo e local limitado.

Na área de envolvimento do SUB estão identificados os seguintes riscos:

- Riscos de origem natural:
  - Incêndios florestais e urbanos;
  - Derrocadas, avalanches e deslizamentos de terras;
  - Rotura de barragens;
  - Fenómenos meteorológicos;
  - Sismos;
- Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico:
  - Incêndios urbanos/industriais;
  - Colapso de edifícios e infraestruturas;
  - Acidentes de tráfego rodoviário, aéreo e marítimo;
  - Explosões (indústria);
  - Transporte de matérias ou substâncias perigosas;
- Riscos relacionados com o comportamento humano:
  - Atividade potencialmente perigosa:
  - Circuitos automobilísticos;
  - Manifestações de aeronautica;
  - Espetáculos pirotécnicos;
  - Eventos bélicos, atos de terrorismo;
  - *Mass gathering*.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	6/46

## 2. Níveis de Resposta

O nível de resposta do SUB de Ponte de Lima depende da situação e das suas características específicas, tendo sempre presente o n.º de vítimas real ou previsível, o tipo de incidente e os recursos previsíveis.

Após avaliação da situação em concreto, deverá ser declarado o nível de atuação a implementar e, em função desse nível de alerta, deverá ser reestruturado o espaço físico por áreas de atendimento (Anexo 1).

- **Nível 1:** Resposta com meios disponíveis e, m presença física no SUB de ponte de Lima
- **Nível 2:** Resposta com recursos previstos no nível 1 e recursos mobilizáveis em situações de acidentes graves
- **Nível 3:** Mobilização de todos os recursos do Hospital Conde Bertiandos em situações de catástrofe

**Tabela 1.** Níveis de Alerta

Nível de Alerta	N.º de Vítimas urgentes e não urgentes (amarelo e verdes)	N.º de vítimas emergentes (vermelhos)
Nível 1 – Verde	<10	1-2
Nível 2 – Amarelo	10 a 20	3 a 4
Nível 3 – Vermelho	>20	>4

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 7/46
---	---	-------------------------------	-----------------

### 3. Meios e Recursos

#### 3.1 Nível 1

Recursos presentes no Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos no quotidiano.

**Tabela 2.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal - Enfermeiros

	Áreas de trabalho					
	Turno	Total de elementos	Triagem	OBS Pequeno e Grande	Ala 1, 2 e Pequena Cirurgia	Sala de Emergência
Enfermeiros	M	4	1	1	1	1
	T	4	1	1	1	1
	N	3	1	1	1	

**Tabela 3.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal - Médicos

	Áreas de trabalho			
	Horário	Total de elementos	Triagem Geral	Medicina Interna
Médicos	8-9h	3	3	0
	9-21 h	4	3	1
	21-24h	3	3	0
	0-8 h	2	2	0

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 8/46
---	---	-------------------------------	-----------------

**Tabela 4.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal – Assistentes Operacionais

Assistentes Operacionais	Áreas de trabalho				
	Turno	Total de elementos	SUB	RX	SUB/RX
	M	2	1	1	0
	T	2	1	1	0
	N	1	0	0	1

**Tabela 5.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básico por turno, em situação normal – Administrativos

Administrativos	Áreas de trabalho		
	Turno	Total de elementos	Admissão
	21-13h	1	1
	13 -21h	2	2

#### Recursos de Gestão e Logística

- Recursos habitualmente disponíveis de 2.ª a 6.ª das 9h às 13:00 e 14:00 às 17h que inclui Aprovisionamento, Instalações/Equipamentos e Comunicação/Relações Públicas. Serviços hoteleiros disponíveis de segunda-feira a domingo das 7:30 às 22h. Comunicações das 7:30 às 20h. Vigilância 24h (Anexo 2).

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	9/46

### Capacidade Hospitalar

- Internamento Medicina 2, piso 3, ala Norte - 30 camas
- Internamento Medicina 2, piso 4, 30 camas
- Unidade de Convalescença, Piso 3, 24 camas

**Nota:** A partir da ativação do nível 1 do plano de catástrofe, o chefe de equipa do Serviço de Urgência deve ser informado da capacidade de internamento disponível às 8h e às 18h de cada dia.

### Autonomia dos Serviços

**Farmácia:** Fármacos normalmente disponíveis no Serviço de Urgência Básico, com possibilidade de recurso a outros serviços hospitalares.

**Sangue:** Reservas suficientes para dar resposta imediata às situações tipificadas para este nível de resposta, sendo a resposta assegurada pelo Serviço de Imunohemoterapia do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, em articulação com o Laboratório do Hospital Conde de Bertiandos.

Stock existente:

- O RH- 3 unidades
- O RH+ 6 unidades
- A RH+ 4 unidades
- A RH- 2 unidades
- B RH+ 2 unidades
- B RH- 2 unidades

**Nota:** A reposição é feita mediante requisição após consumo. Em situação de emergência a reposição demora o tempo de chegada do transporte, cerca de 20 minutos.

**Água:** Dois depósitos com 30000 l cada, que permite o abastecimento normal do Hospital Conde Bertiandos durante dois dias.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	10/46

**Eletricidade:** Em caso de falha de energia, o Hospital possui gerador a gasóleo com depósito de 600 litros, baterias e UPS para circuitos informáticos que permite uma autonomia do SUB de 12h.

**Aprovisionamento:** Consumíveis habituais do SUB.

**Informática:** De segunda a sexta-feira das 8:30 às 15:30 em presença física, depois deste horário o serviço de informática fica de prevenção através do n.º 965164283.

### 3.2 Nível 2

Resposta com recursos previstos no nível 1 e possibilidade de utilização de recursos mobilizáveis, em caso de acidente grave.

#### Recursos humanos

- Todos os recursos mobilizados para o nível 1;
- Todos os médicos da equipa do Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos que o coordenador do plano de catástrofe considere necessário;
- Todos os enfermeiros da equipa do Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos que o coordenador do plano de catástrofe considere necessário;
- Três Assistentes administrativos;
- Dois Técnicos de Radiologia em permanência;
- Dois Técnicos de análises clínicas em permanência.

#### Recursos de Gestão e Logística

- Todos os referidos no nível 1;
- Recursos Mobilizáveis dos Internamentos, Hospital de Dia e Consulta Externa do Hospital de Santa Luzia;

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	11/46



### Capacidade Hospitalar

- A referida no nível 1;
- Área da fisioterapia após interrupção de consultas e tratamentos.

### Autonomia dos Serviços

- **Farmácia:** Utilização de todo o *stock* da Farmácia, cuja capacidade assegura uma 3 dias de consumos normais. Caso não se revele suficiente, solicitar fornecimento pela farmácia Central do Hospital de Santa Luzia;
- **Sangue:** Utilização das reservas disponíveis e recurso ao Serviço de Imunohemoterapia do Hospital de Santa Luzia;
- **Água:** A mesma que o nível 1. Em caso de necessidade solicitar abastecimento ao Serviço Municipal de Proteção Civil;
- **Eletricidade:** A referida no nível 1. Se falha de energia, solicitar abastecimento do gerador com gasóleo por fornecedor externo, a cada 10 h do plano ativo e simultaneamente sem energia;
- **Aprovisionamento:** A referida no nível 1, em caso de necessidade solicitar fornecimento ao Aprovisionamento Central do Hospital de Santa Luzia;
- **Informática:** Apoio disponível 24 h dia, em presença física.

### 3.3 Nível 3

A ativação deste nível implica a mobilização de todos os recursos do Hospital Conde Bertiandos, em situações de catástrofe.

### Recursos Humanos

- Todos os do nível 2;
- Todos os Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais a exercer funções no Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos;

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 12/46
---	---	-------------------------------	------------------

- Possibilidade de recorrer a lista de ex-colaboradores Médicos e Enfermeiros do SUB do Hospital Conde de Bertiandos (Anexo 3);
- Possibilidade de recurso a todos os profissionais do Hospital Conde de Bertiandos.

#### **Recursos de Gestão e Logística**

- Todos os do nível 2;
- Recurso ao Hospital de Santa Luzia;
- Recurso aos Serviços Municipais de Proteção Civil.

#### **Capacidade Hospitalar**

- Toda a do nível 2;
- Locais que permitam aumentar as áreas de trabalho, por exemplo: cantina, salas de espera dos utentes;
- Recurso ao Hospital de Santa Luzia se excedida a capacidade do Hospital Conde de Bertiandos;
- Equacionar abertura do Centro de Saúde de Ponte de Lima para implementar área verde.

#### **Autonomia dos Serviços**

- Toda a do nível 2;
- Serviço de 24 h;
- Recurso ao Hospital de Santa Luzia;
- Recurso a outras instituições e entidades externas.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	13/46

#### **4. Alerta, Alarme, Ativação do Plano de Catástrofe e Implementação do Gabinete de Crise**

##### **4.1 Alerta**

Em situação de catástrofe ou emergência externa na área de atuação do SUB do Hospital Conde de Bertiandos, a notificação de um evento pode chegar através do Centro Distrital de Emergência e Proteção Civil, dos Bombeiros, de forças de segurança, da comunicação social, de chamada telefónica para o Hospital Conde Bertiandos ou através da chegada das primeiras vítimas ao SUB.

Em qualquer das situações supracitadas, deve ficar registado a origem e os contactos das fontes de informação.

O chefe de equipa do Serviço de Urgência, após ter sido informado da ocorrência deve executar as seguintes ações:

- Confirmar a ocorrência junto da entidade ou pessoa que efetuou o contacto;
- Caracterizar a ocorrência quanto à natureza do acidente, número e gravidade das vítimas;
- Registrar por escrito, em modelo próprio, modelo 1 (Anexo 4), toda a informação que foi possível obter;
- Decidir sobre a ativação do plano de resposta à catástrofe externo;
- Alertar o Presidente do Conselho de Administração.

##### **4.2 Alarme e Ativação do Plano de Catástrofe**

O coordenador do plano de catástrofe é o primeiro responsável pela execução do plano de catástrofe.

Após a confirmação da eventual emergência, o chefe de equipa presente no Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos, procede de imediato à nomeação do

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	14/46

Gabinete Operacional (GO) e à ativação do plano, bem como o nível de resposta que se adequa à situação.

O coordenador do plano de catástrofe deverá determinar e antecipar o índice de rotura de cada nível e, se necessário, prosseguir na sua escalada.

A passagem de nível deverá ser seguida de informação ao Conselho de Administração.

Depois de ativado o Plano de Catástrofe, todos os doentes e vítimas acolhidas no SUB do Hospital Conde de Bertiandos, serão triados com recurso ao método de triagem de catástrofe e deixará de funcionar a triagem normal.

O GO será localizado no gabinete dos coordenadores do SUB do Hospital Conde de Bertiandos:

#### **Elementos do Gabinete Operacional**

As funções e tarefas de cada elemento do GO estão descritas nos cartões operacionais (Anexo 5):

- Coordenador do Plano de Catástrofe (CPC): Diretor do serviço de urgência ou na sua ausência o chefe de equipa;
- Coordenador clínico (CC): Chefe de equipa de urgência ou, se estiver a coordenar o plano, outro por si nomeado;
- Coordenador de Recursos Humanos e Materiais (CRHM): Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência ou, na sua ausência, o enfermeiro responsável de turno;
- Coordenador de logística (CL): Enfermeiro responsável de turno ou, se este for CRHM, outro elemento nomeado por este.

#### **Funções do Gabinete Operacional**

- Avisar o Presidente do Conselho de Administração e Diretor do Departamento de Urgência da ativação do Plano de catástrofe;
- Definir áreas de atendimento de acordo com o nível implementado (Ponto 5);
- Nomear equipas e responsáveis para as áreas de atendimento definidas;
- Mobilizar os recursos humanos e materiais de acordo com o nível ativado;

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 15/46
---	---	-------------------------------	------------------

- Organizar, supervisionar e pôr em execução a resposta inicial hospitalar à situação em causa;
- Efetuar o diagnóstico da capacidade hospitalar e prever necessidades futuras;
- Manter folhas de registos de todas as ações;
- Manter contacto com responsáveis de todas as áreas;
- Manter ligações permanentes com o gabinete de crise;
- Decidir sobre o destino dos doentes no momento de ativação do plano.

### 4.3 Implementação do Gabinete de Crise

Após ativação do plano de catástrofe a liderança do mesmo cabe ao Gabinete Operacional. Em situações de nível 1 e início de nível 2, pode não ser nomeada nenhuma outra estrutura de liderança.

Em situações de nível 2 é ativado o Gabinete de Crise (GC), que poderá, se necessário, implementar o nível 3. Este tem como objetivos estruturar e organizar a resposta institucional global à situação de crise que, obrigatoriamente, vai ter repercussões em todo o funcionamento hospitalar.

#### São funções do Gabinete de Crise:

- Manter contacto permanente com o Diretor do plano de Resposta à catástrofe externa;
- A partir das informações transmitidas pelo GO, avaliar e monitorizar permanentemente a situação;
- Organizar meios internos de resposta;
- Determinar a passagem aos diferentes tipos de alerta;
- Equacionar as ações a empreender para otimizar a resposta à situação de catástrofe, através da ponderação de:
  - Cancelamento de consultas e internamentos programados;
  - Cancelamento da atividade no Hospital de dia;
  - Cancelamento de tratamentos de Fisioterapia;

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 16/46
---	---	-------------------------------	------------------

- Mobilização de recursos materiais e humanos que possam responder as necessidades identificadas pelo GO;
- Convocatória de todos os responsáveis dos serviços do Hospital Conde Bertiandos com o intuito de libertação de áreas de internamento e consequente aumento da capacidade de resposta Hospitalar, nomeadamente através dos recursos ao Hospital de Santa Luzia;
- Organizar os recursos humanos e materiais para apoio a áreas não clínicas:
  - Área de atendimento para visitas e acompanhantes: Sala de espera da consulta externa;
  - Área de atendimento de órgãos da comunicação social: Bar piso 1;
    - Área de receção de figuras públicas e privadas (VIP's): Gabinete da Administração Piso 4;
- Promover a segurança de circuitos internos e externos para circulação de vítimas, profissionais e viaturas de emergência;
- Registrar todas as decisões (Anexo 4, Modelo 8).

A ativação do Gabinete de Crise é da responsabilidade do Presidente do Conselho de Administração ou, na sua ausência, alguém por ele delegado.

**Constituem o Gabinete de Crise:**

- Presidente do Conselho de Administração
- Diretor Clínico
- Diretor do Departamento de Medicina Crítica
- Diretor do Serviço de Urgência
- Chefe de equipa do SUB do Hospital Conde de Bertiandos (Coordenador do Plano de Catástrofe)
- Diretor de Enfermagem
- Diretor dos Serviços Farmacêuticos
- Diretor dos Recursos Humanos
- Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos
- Diretor do Serviço Social e de Psiquiatria
- Delegado de segurança da ULSAM

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 17/46
---	---	-------------------------------	------------------

➤ Assistente Administrativo de apoio ao GC

**Local de Funcionamento do Gabinete de Crise**

O gabinete de crise funcionará em espaço a criar, localizado na sala de formação do piso 4.

Deverá constar deste espaço o seguinte material:

- 2 computadores ligados a rede hospitalar;
- 2 telefones ligados a rede do hospital e com capacidade de contacto ao exterior;
- 1 impressora;
- 2 exemplares do Plano de Catástrofe (Ficheiro com todos os modelos de registo de catástrofe, Plano em suporte digital);
- Contactos telefónicos;
- Escalas de pessoal.

**Figura 1.** Organigrama para aplicação do Plano de Catástrofe



Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Proxima revisão 24/06/2019	Páginas 18/46
---	---	-------------------------------	------------------

## 5. Áreas Críticas

Cada área terá um responsável nomeado pelo GO, as suas funções estão definidas nos cartões operacionais disponíveis no armário de catástrofe.

### 5.1 Triagem

Deve ser estabelecida uma área de triagem à entrada do SUB do Hospital Conde de Bertiandos, constituída por um enfermeiro com formação em triagem de Manchester, um assistente administrativo e um assistente operacional.

A equipa de triagem irá definir prioridade no atendimento e área de destino das vítimas.

As vítimas/doentes são classificadas de acordo com a gravidade das lesões/doença, em quatro cores:

- **Vermelha** – Vítima ou doente em estado crítico, atendimento imediato
- **Amarela** – Vítima ou doente urgente para atendimento rápido
- **Verde** – Vítima ou doente pouco urgente
- **Negra** – Mortos

### 5.2 Áreas de Recepção Primária

O SUB do Hospital Conde de Bertiandos, em caso de catástrofe terá que adaptar o espaço físico à tipologia de doentes que recebe, assim são definidas 4 áreas:

- **Área vermelha**
- **Área amarela**
- **Área verde**
- **Área negra**

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 19/46
---	---	-------------------------------	------------------



Os locais das áreas definidas no plano de catástrofe são expansíveis de acordo com o nível de atuação definido pelo coordenador do plano de catástrofe, consultar (Anexo 5).

### 5.3 Áreas de Recepção Secundária

Todos os serviços do Hospital Conde Bertinandos devem ser informados da ativação do Plano de catástrofe e proceder às operações de acordo com os seus planos específicos de atuação ou, de acordo com as indicações do GO.

- Medicina piso 3 Ala Norte
- Medicina piso 4
- Unidade de Convalescença
- Hospital de Dia
- Consulta Externa
- Serviço de Reabilitação.

### 5.4 Área Administrativa

A base da área administrativa estará alocada à recepção situada no Serviço de Urgência Básico. A sua função é manter um registo atualizado (Anexo 3, Modelo 8) de entrada e saída de vítimas/doentes e fazer a gestão do correio eletrónico do SUB do Hospital Conde de Bertinandos. Para garantir estas respostas deverá articular-se diretamente com o GO.

### 5.5 Central Telefónica

A central telefónica do Hospital Conde Bertinandos funciona das 7:30 h às 20 h no átrio da entrada de visitas para o internamento e das 20 h às 7:30h na recepção do Serviço de Urgência.

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 20/46
---	---	-------------------------------	------------------

Quando ativado o nível 2, a central telefónica deverá funcionar em permanência no átrio de entrada de visitas para o internamento.

Após receberem devem informação sobre a ativação do plano e o respetivo nível de alerta, os profissionais de serviço procedem às indicações descritas no cartão operacional.

Deverá ser disponibilizada uma linha direta entre o GO e a central telefónica.

Todas as informações relativas à catástrofe devem ser encaminhadas para o GO.

### **5.6 Área de Concentração de Recursos Humanos**

Em situações de nível 2 e nível 3, em que há necessidade de convocar recursos humanos, estes não se devem dirigir diretamente ao SUB do Hospital Conde de Bertiandos, mas sim à área de concentração situada no refeitório, no Rés-do-chão.

O acesso ao Hospital deverá ser efetuado pelo parque do Centro de Saúde de Ponte de Lima que estará reservado ao uso exclusivo dos funcionários.

Deverá ser nomeado um assistente administrativo para coordenar esta área e que articulará diretamente com o GO ou GC.

O responsável desta área deve manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 3, Modelo 8).

### **5.7 Área de Concentração de Familiares**

A área de concentração dos familiares das vítimas da catástrofe e doentes fica localizada na sala de espera da consulta externa.

Deverá ser nomeada para esta área uma equipa de apoio psicossocial.

O responsável desta área deve manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8).

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	21/46

## 5.8 Área para Comunicação Social

Esta área ficará localizada no Bar do piso 1.

As declarações e os comunicados à imprensa são um exclusivo do Presidente do Conselho de Administração ou alguém por ele delegado.

O GC nomeará uma equipa de apoio para esta área que contemplará a Relações Públicas do Hospital Conde Bertiandos.

O responsável desta área deve manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8).

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 22/46
---	---	-------------------------------	------------------

## 6. Procedimentos

Todos os funcionários que tenham envolvimento direto no plano de catástrofe têm as suas funções definidas de acordo com o nível ativado, e que se encontram identificadas nos cartões operacionais que se encontram no armário de catástrofe.

A abertura do armário de catástrofe é da responsabilidade do coordenador do Plano de Catástrofe, que procederá à sua distribuição de acordo com as necessidades que vão emergindo no decorrer da evolução da situação.

O plano não é estanque e confere autonomia de decisão ao GO/GC em situações não contempladas no mesmo.

Cartões operacionais presentes no armário de catástrofe (Anexo 5):

- Coordenador do Plano de Catástrofe
- Coordenador Clínico
- Coordenador de Recursos Humanos e Materiais
- Coordenador de Logística
- Responsável administrativo
- Coordenador da triagem
- Coordenador da área vermelha
- Coordenador da área amarela
- Coordenador da área verde
- Coordenador da área negra
- Assistentes Operacionais
- Central telefónica

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	23/46

## 7. Armário de Catástrofe

1	Plano de resposta à catástrofe externa	2
2	Cartões Operacionais para todos os intervenientes	5
3	Placards. Para identificação de áreas de prioridades	
	Vermelho	2
	Amarelo	2
	Verde	1
	Preto	1
4	Software Informático com Base de dados de recursos materiais, Plano de Catástrofe Informatizado, Ficheiro com todos os Modelos de Registos de Catástrofe	
5	Pulseiras de cores (Vermelho, Amarelo, Verde e Preto)	100 (de cada)
6	Folhas de:	
	Registo de Ativação (Anexo 4, Modelo 1)	5
	Registo de Triagem Primária (Anexo 4, Modelo 2)	100
	Registo de Triagem – Identificação (Anexo 4, Modelo 3)	(de cada)
	Registos de Áreas Assistenciais (Anexo 4, Modelo 4,5,6 e 9)	Numeradas
	Registos de Lesões /Procedimentos (Anexo 4, Modelo 10)	até 100
	Registo Completo de Doentes (Anexo 4, Modelo 7)	
	Registos de Ações (Anexo 4, Modelo 8)	20
7	Sacos para cadáveres	100
8	Marcadores permanentes	10
9	Chaveiro:	
	• Chave do Armazém	
	• Chave do Serviço de Farmácia	
	• Chave da Lavandaria	1 cópia
10	Gravador de voz	1

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	24/46

**Tabela 6.** Material Armário de Catástrofe

## **8. Comunicações e Liderança**

As comunicações são feitas através da rede telefônica interna e rádios de baixa frequência.

A qualidade da comunicação é fundamental para a implementação do Plano de Catástrofe ser bem-sucedido, assim esta deverá acontecer de uma forma hierárquica, gradativa, através dos coordenadores de áreas ao GO/GC.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	25/46

## 9. Transporte de Doentes Inter-Hospitalares

Sempre que o nível de ativação do plano de catástrofe for nível dois ou superior, o segurança do SUB do Hospital Conde de Bertiandos deverá contactar a Polícia de Segurança Pública de Ponte de Lima para reservar o largo da Rua Conde Bertiandos, em frente ao Hospital, para uso exclusivo de viaturas de emergência.

Sempre que seja necessário, existe a possibilidade de utilização de helicópteros para transferências inter-hospitalares, de acordo com as orientações da ANEPC e do CODU, como o Hospital Conde de Bertiandos não dispõe de heliporto, poderá ser utilizado, eventualmente, o campo de futebol do Limianos, com as devidas autorizações e orientações dos elementos da PSP.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	26/46

## 10. Desativação

O plano será desativado pelo Gabinete de crise ou gabinete operacional logo que a causa que provocou a sua ativação esteja terminada ou controlada.

O responsável do plano deverá elaborar um relatório da ocorrência que deve incluir os os elementos do GC, GO e todos os elementos coordenadores do plano.

Na semana seguinte à ocorrência, deverá ser feito um *debriefing*, em sessão conjunta com todos coordenadores para avaliação de toda a ocorrência, podendo ser propostas alterações no sentido de otimizar e tornar o plano de catástrofe mais operacional.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	27/46



## 11. Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa

O Plano de Resposta à Catástrofe Externa será divulgado através da intranet institucional e em reuniões de serviço, através dos Diretores Clínicos, Enfermeiros Chefes e Chefes de Equipa do SUB.

Após a conclusão desta etapa, serão programadas ações de formação e simulações pelo SUB, em coordenação com o Departamento de Formação da ULSAM, cujo objetivo é a divulgação e o devido treino na ativação e implementação/execução do Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB, do Hospital Conde de Bertiandos.

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Proxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	28/46

## ANEXOS

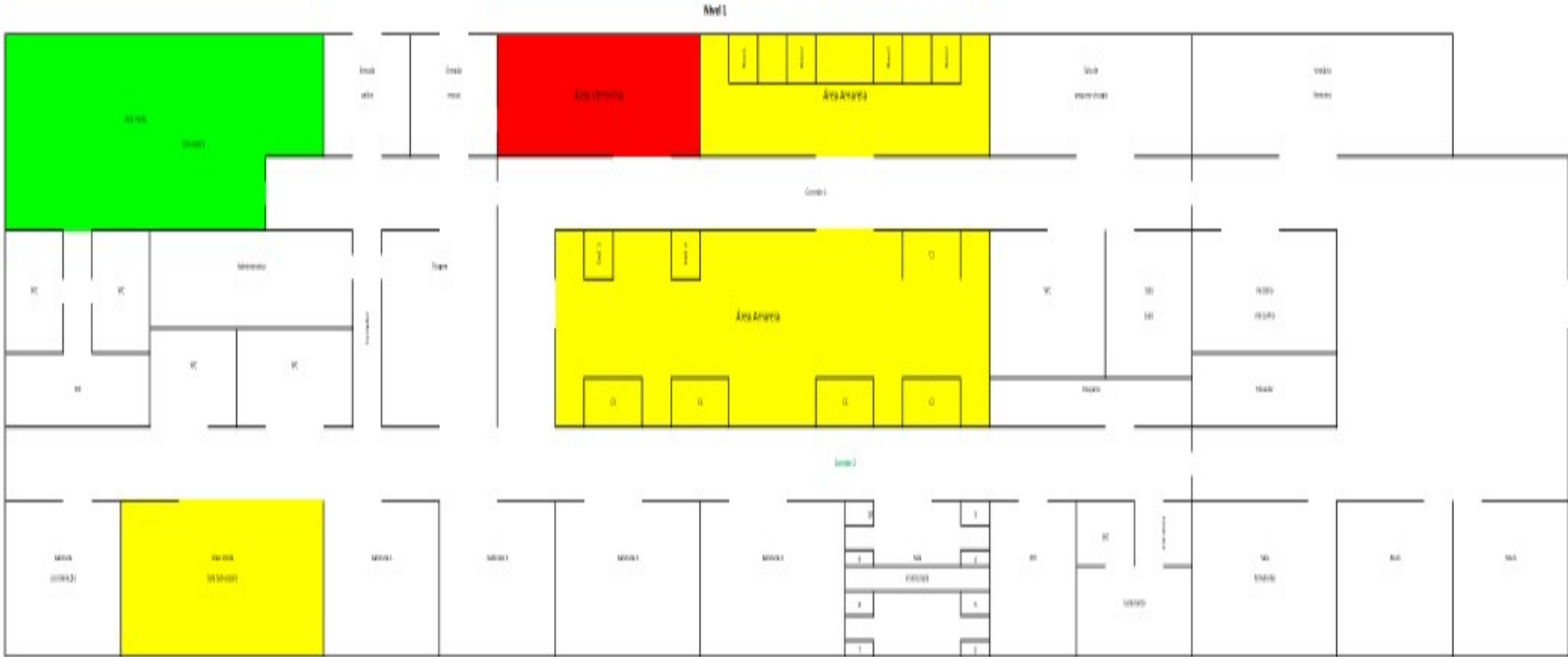
Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	29/46

## **Anexo 1**

Planta de Atuação no SUB segundo Nível de Alerta

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	30/46

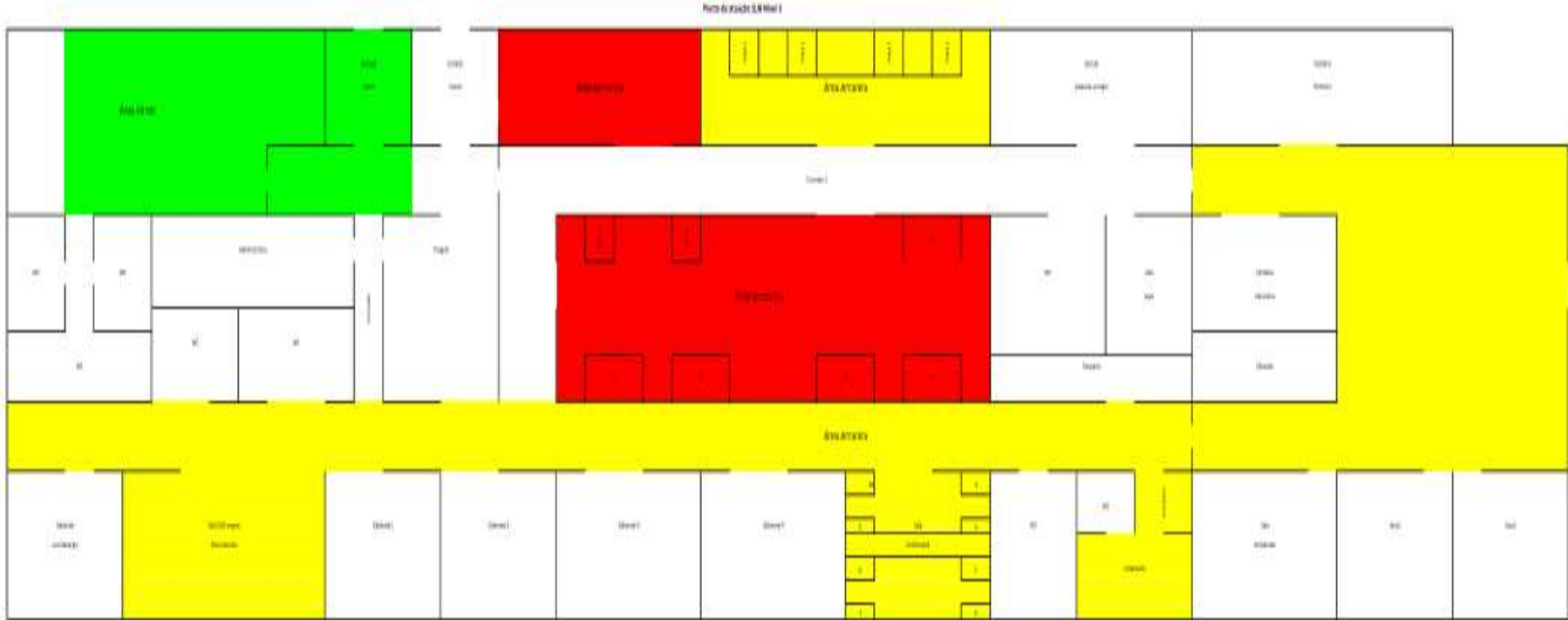
# Planta Nivel 1



# Planta Nivel 2



### Planta Nivel 3





## **Anexo 2**

### Lista Geral de Contactos Telefónicos

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	34/46

### Anexo 3

Lista de contactos telefónicos de Ex-colaboradores Médicos e enfermeiros

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 36/46
---	---	-------------------------------	------------------



**Anexo 4**  
Folhas de Registos

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	38/46

**Modelo N° 1**Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe**REGISTO DE ATIVAÇÃO**

<b>X</b>	Data <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Hora <u>  </u> : <u>  </u>
<b>Identificação do Informador:</b>		<b>Telf:</b>
CODU		
BOMBEIROS		
PROTEÇÃO CÍVIL		
CHEGADA DAS 1ª VÍTIMAS		
COMUNICAÇÃO SOCIAL		
AGENTES DE SEGURANÇA		
TELEFONE		
OUTROS:		

<b>Informação da ocorrência:</b>

<b>Confirmação</b>	Hora: <u>  </u> : <u>  </u>
--------------------	-----------------------------

<b>Tipo e local da Catástrofe:</b>

<b>N.º de Vítimas:</b>
Adultos:                      Crianças:

<b>N.º de Vítimas:</b>
Ligeiras:                      Graves:                      Mortos:

<b>Lesões predominantes:</b>
TRAUMATIZADOS
QUEIMADOS
AFOGADOS
INTOXICADOS
OUTROS:

<b>ACIONAMENTO GABINETE OPERACIONAL</b>	<b>HORA:</b> <u>  </u> : <u>  </u>
---	------------------------------------

<b>COORDENADOR DO PLANO DE CATASTROFE</b>
---

	X								
		ANDA							
NÃO ANDA		RESPIRA APÓS ABERTURA V.A. FREQUÊNCIA RESP.>29							
		RESPIRA APÓS ABERTURA V.A. FREQUÊNCIA RESP.<10							
		FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA >10 E <29							
		Preenchimento Capilar > 2 seg.							
		Pulso >120							
		Preenchimento Capilar < 2 seg.							
		Pulso <120							
		NÃO RESPIRA APÓS ABERTURA VIA AÉREA							

N.º
Identificação

PRIORIDADE



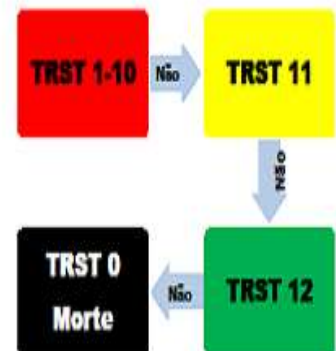
**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

<i>Olhos abertos (O)</i>	
Espontaneamente	4
A Fala	3
A Dor	2
Nula	1
<i>Melhor Resposta Motora (M)</i>	
Obedece a comandos	6
Localiza a dor	5
Não Localiza a Dor	4
Flexão a Dor	3
Extensão a Dor	2
Nula	1
<i>Melhor Resposta Verbal (V)</i>	
Orientada	5
Confusa	4
Inapropriada	3
Incompreensível	2
Nula	1

Resultado da Escala de Coma de Glasgow  
 $O + M + V = 3 \text{ a } 15$

Pontuação da Triage Revised Trauma Score: Calcula-se utilizando a frequência respiratória codificada (0-4), pressão sistólica (0-4) e a pontuação da Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação de 0 a 12.

TRTS		
<i>Frequência Respiratória</i>	10-29	4
	>29	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
<i>Pressão Arterial Sistólica</i>	>90	4
	76-89	3
	50-75	2
	1-49	1
	0	0
<i>Escala Coma Glasgow</i>	13-15	4
	9-12	3
	6-8	2
	4-5	1
	3	0



REGISTO DE TRIAGEM

Nome do Triador

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº	HORA	NOME	SEXO	Nº PRÉ HOSP	COR
1	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
2	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
3	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
4	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
5	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
6	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
7	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
8	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
9	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		
10	: : : : : :	_____ _____	M		
			F		

**Modelo N° 4**

Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTOS DE SETOR - VERMELHO**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	AREA	HORA	AREA
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> BLOCO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>

**Modelo Nº 5**

Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTOS DE SETOR - AMARELO**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Nº	ORIGEM		DESTINO		
	HORA	AREA	HORA	AREA	
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>

**Modelo Nº 6**

Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTOS DE SETOR - VERDE**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Nº	ORIGEM		DESTINO		
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA	
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:__	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	__:__	VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>



**REGISTO COMPLETO DE DOENTES**

*Assistente Técnico*

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Nº	COR	NOME	IDADE DN	MORADA	Nº UTENTE	CONTACTO
1			____ -			
2			____ -			
3			____ -			
4			____ -			
5			____ -			
6			____ -			
7			____ -			
8			____ -			
9			____ -			
10			____ -			

**Modelo Nº 8**Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe**REGISTO DE AÇÕES****Coordenador / Adjuntos:**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

HORA	AÇÃO	RESULTADO	COMENTÁRIO

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N.º / NOME / DESCRIÇÃO	ORIGEM	
	HORA	AREA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA <hr/> Enf. Responsável
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA

**Modelo N° 10**

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTO DE LESÕES/PROCEDIMENTOS**

Vítima N.º

AREA

AREA

AREA

AREA

HORA

HORA

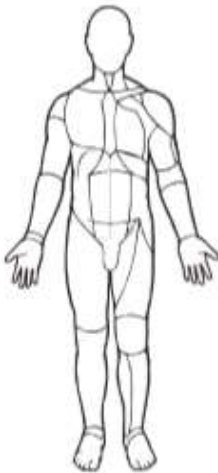
HORA

HORA

**REGISTO DE LESÕES**

ANTERIOR

POSTERIOR



**LEGENDA**

FRATURA	#
HEMORRAGIA	H
QUEIMADURA	Q
FERIDA	F
CONTUSÃO	C
DOR	D

NOTAS:

**REGISTO DE PROCEDIMENTOS**

ANTERIOR

POSTERIOR



**LEGENDA**

TUBO TRAQUEAL	TET
SONDA GÁSTRICA	SG
CATÉTER CENTRAL	CVC
DRENO TORACÍCO	DT
ABOCATH N.º _____	AB
ALGÁLIA	AL
TALA	TL
PENSO	PS
VENTILAÇÃO MECÂNICA	VM

MEDICO(S)

ENFERMEIRO(S)

COORDENADOR PLANO DE CATÁSTROFE  
Contacto \_\_\_\_\_

COORD. CLÍNICO  
Contacto \_\_\_\_\_

COORD.  
RECURSOS/LOGÍSTICA  
Contacto \_\_\_\_\_

COORD. EMERG. INTERNA  
Contacto \_\_\_\_\_

ÁREA VERMELHA  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ÁREA AMARELA  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ÁREA VERDE  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ÁREA PRETA  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OUTROS CONTACTOS

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:



**Anexo 5**  
Cartões Operacionais

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Proxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	39/46

<i>Funções</i>	<b>Ações</b>
<p style="text-align: center;">Coordenador do Plano de Catástrofe (CPC)</p> <p style="text-align: center;">Diretor do Serviço de Urgência ou na sua ausência, o chefe de equipa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registo atualizado (escrito ou gravado) de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Preencher o registo de ativação (Anexo 4, Modelo 1)</li> <li>• Preencher o organigrama do Plano de Catástrofe, com respetivos contactos (Anexo 4, Modelo 11)</li> <li>• Abrir armário de catástrofe e retirar e distribuir os cartões operacionais aos membros do GO</li> <li>• Decidir e informar o nível de resposta operacional (1, 2 ou 3)</li> <li>• Informar o Diretor do SU (se este não estiver a coordenar)</li> <li>• Informar o Presidente do Conselho de Administração, a Direção Clínica, ou qualquer um dos restantes membros do Conselho</li> <li>• Informar a central de comunicações/telefonista da ativação do plano e do nível de resposta. Manter contato direto e permanente com esta central</li> <li>• Informar as Autoridades para delimitarem a área de acesso ao Hospital Conde de Bertiandos, procederem à evacuação de viaturas e realizarem gestão da população</li> <li>• Atribuir à Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) a coordenação da área vermelha</li> <li>• Pedir informação atualizada da capacidade hospitalar (posto administrativo do SU)</li> <li>• Prever quantidade e qualidade de camas hospitalares, de acordo com os dados e informações disponíveis</li> <li>• Decidir sobre a evacuação de todas as áreas do SU (altas, internamentos, transferências)</li> <li>• Ponderar a decisão, em função da evolução da situação, de convocar os profissionais que não se encontrem ao serviço, antecipando o ponto de rutura</li> <li>• Decidir sobre a necessidade de mobilização de recursos externos</li> <li>• Ativar o Gabinete de Crise (GC), aquando da passagem para Nível 2</li> <li>• Contactar informática para presença física a partir do Nível 2</li> </ul>

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 40/46
---	---	-------------------------------	------------------

Funções	Ações
<p><b>Coordenador clínico (CC):</b>            Chefe de equipa do Serviço de Urgência ou, se estiver a coordenar o plano, outro por si nomeado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Definir as áreas de atendimento de acordo com o plano de catástrofe e as informações disponíveis (Anexo 1)</li> <li>• Nomear um coordenador médico para cada uma das áreas de atendimento primário: área verde, área amarela, área vermelha, se níveis de alerta superiores, ponderar recurso a outros elementos</li> <li>• Distribuir as fichas de registo aos coordenadores de cada uma das áreas (Anexo 4, Modelo 4, 5, 6, 9 e 10)</li> <li>• Avaliar a situação nas áreas de atendimento e proceder às alterações que julgar necessárias</li> <li>• Nomear um elemento administrativo para o registo de entrada de vítimas (Anexo 4, Modelo 3 e Modelo 7)</li> <li>• Acompanhar permanentemente a situação em todas as áreas</li> <li>• Coordenar atividades com serviços de apoio: laboratório e radiologia</li> <li>• Registrar ações e nomeações desencadeadas em modelo próprio (Anexo 4, Modelo 8)</li> </ul>

Elaborado por: Sérgio Guimarães	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
01/10/2019		24/06/2019	41/46



Funções	Ações
<p style="text-align: center;">Coordenador de Recursos Humanos e Materiais (CRHM) Enfermeiro Chefe do SUB ou, na sua ausência, o enfermeiro responsável de turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Informar o Enfermeiro Chefe do SUB da ativação do plano de catástrofe externa, se este não estiver presente</li> <li>• Nomear enfermeiros para cada uma das áreas de atendimento primário: triagem (Anexo 4, Modelo 2), área verde, área amarela, área vermelha</li> <li>• Se alerta de nível 1, nomear um assistente operacional para apoio à triagem e outro para apoio às áreas vermelha, amarela e verde. Se alerta nível 2 ou 3 ajustar distribuição às necessidades</li> <li>• Destacar um assistente operacional para a área negra e fornecer-lhe os modelos de registo e o cartão operacional (Coordenador da Área Negra, no caso de nível 2 ou 3) (Anexo 4, Modelo 9)</li> <li>• Destacar um assistente operacional para a distribuição de sangue e hemoderivados (no caso de Nível 2 ou 3)</li> <li>• Destacar um assistente operacional para a área de concentração de recursos humanos, que transmitirá as orientações do GO (no caso de nível 2 ou 3) e procederá aos registos necessários (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Antecipar as necessidades de meios adicionais para evitar ponto de rutura</li> <li>• Recrutar os meios humanos necessários a partir da área de concentração, ou de outros serviços, de acordo com as decisões do GO</li> </ul>

Elaborado por:	Sérgio Guimarães	Aprovado por:	Conselho de Administração	Próxima revisão	Páginas
				24/06/2019	42/46

Funções	Ações
<p style="text-align: center;">Coordenador de logística (CL) Enfermeiro responsável de turno ou, se este for CRHM, outro elemento nomeado por este</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Isolar e identificar as áreas de atendimento primário</li> <li>• Avaliar a necessidade de expansão da área de triagem</li> <li>• Informar o vigilante do SU e entregar-lhe o cartão operacional</li> <li>• Informar os responsáveis do aprovisionamento e da farmácia da ativação do plano de emergência e do nível de resposta</li> <li>• Garantir o acesso e operacionalidade de todo o material em armazém, farmácia, pisos de internamentos e reserva no SUB</li> <li>• Prever as ruturas de stocks e requisitar material a outros serviços, se tal vier a ser necessário</li> <li>• Organizar os fluxos de transferência de doentes de acordo com decisões do GO</li> <li>• Garantir fornecimento de refeições aos elementos de serviço</li> <li>• Organizar um sistema de mensageiros (voluntários, alunos e eventualmente assistentes operacionais) de apoio ao GO, particularmente na eventualidade de quebra, ou dificuldade de comunicações</li> </ul>

Funções	Ações
<p style="text-align: center;">Assistente administrativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar a equipa de triagem</li> <li>• Chamar <i>staff</i> adicional (Nível 2 ou nível 3)</li> <li>• Recolher as folhas de registo de triagem (Anexo 4, Modelo 3)</li> <li>• Contactar Serviços sobre a capacidade hospitalar</li> <li>• Destacar, de acordo com os recursos disponíveis, elementos para as diferentes áreas de atendimento primário (áreas vermelha, amarela, verde e preta), para proceder à identificação completa das vítimas e doentes acolhidos (Anexo 4, Modelo 7)</li> </ul>

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 43/46
---	---	-------------------------------	------------------

Funções	Ações
<b>Coordenador da Triagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher os <i>kits</i> de triagem no armário de emergência/catástrofe</li> <li>• Reconhecer e identificar os restantes elementos da equipa (assistente operacionais e assistentes técnicos)</li> <li>• Distribuir funções pelos restantes elementos</li> <li>• Assegurar-se da presença e identificar os elementos (assistentes técnicos) para o transporte das vítimas e doentes acolhidos, para as áreas de atendimento primário</li> <li>• Utilizar triagem primária de catástrofe (Anexo 4, Modelo 2)</li> <li>• Identificar e evacuar local da triagem (entrada do SUB)</li> <li>• Prever necessidade de equipas adicionais de triagem e informar GO</li> <li>• Assegurar-se da colocação da pulseira de identificação e prioridade</li> </ul>

Funções	Ações
<b>Coordenador da Área Vermelha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir-se para a área respetiva</li> <li>• Prever necessidades de recursos adicionais e dar conhecimento ao GO</li> <li>• Aplicar triagem secundária TRST (Anexo 4, Modelo 12)</li> <li>• Organizar os fluxos de doentes na área vermelha</li> <li>• Registrar todas as admissões e saídas da área no (Anexo 4, Modelo 4)</li> <li>• Distribuir folhas de registos de lesões/procedimentos (Anexo 4, Modelo 10)</li> <li>• Organizar a equipa EEMI de acordo com os recursos disponíveis</li> <li>• Dar informações frequentes ao GO do fluxo de doentes</li> </ul>

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 44/46
---	---	-------------------------------	------------------

Funções	Ações
Coordenador da área Amarela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar as equipas de assistência</li> <li>• Distribuir folhas de registos de admissões/saídas por todas as áreas (Anexo 4, Modelo 5)</li> <li>• Distribuir folhas de registos de lesões/procedimentos (Anexo 4, Modelo 10)</li> <li>• Nomear responsáveis pelos registos</li> <li>• Aplicar triagem secundária TRST (Anexo 4, Modelo 12)</li> <li>• Prever necessidades de recursos adicionais e informar GO</li> <li>• Organizar os fluxos de vitimas e doentes na Área Amarela e transmitir ao GO</li> </ul>

Funções	Ações
Coordenador da área verde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar as equipas de assistência</li> <li>• Distribuir folhas de registos de admissões/saídas por todas as áreas (Anexo 4, Modelo 6)</li> <li>• Distribuir folhas de registos de lesões/procedimentos (Anexo 4, Modelo 10)</li> <li>• Nomear responsáveis pelos registos</li> <li>• Aplicar triagem secundária TRST (Anexo 4, Modelo 12)</li> <li>• Prever necessidades de recursos adicionais e informar GO</li> <li>• Organizar os fluxos de doentes na Área Verde e disso dar conhecimento ao GO</li> </ul>

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 45/46
---	---	-------------------------------	------------------

Funções	Ações
<b>Coordenador da área Negra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher os sacos de cadáveres no armário de catástrofe</li> <li>• Dirigir-se e abrir o espaço destinado à área negra (morgue e garagem)</li> <li>• Prever as necessidades de recursos humanos adicionais e informar GO</li> <li>• Preencher as folhas de registos (Anexo 4, Modelo 9)</li> <li>• Informar o GO de cada morte</li> </ul>

Funções	Ações
<b>Segurança e controlo do SUB VIGILANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o Serviço de Controlo e Vigilância da ativação do plano de catástrofe externa</li> <li>• Controlar a entrada de viaturas no hospital</li> <li>• Colaborar com a polícia, normalizar e orientar o fluxo das ambulâncias e outros veículos que transportem vítimas do incidente e doentes</li> <li>• Em alerta de nível 2 ou 3, ponderar colocar elemento na entrada traseira do hospital Conde de Bertiandos</li> <li>• Prever e informar o GO da necessidade de recursos adicionais</li> </ul>

Elaborado por: Sérgio Guimarães 01/10/2019	Aprovado por: Conselho de Administração	Próxima revisão 24/06/2019	Páginas 46/46
---	---	-------------------------------	------------------

## **Apêndice VII**

Guia de discussão para a reunião de *Focus Group*

## GUIA DE DISCUSÃO PARA “*FOCUS GROUP*”

O guião que a seguir se apresenta tem como objetivo servir de ferramenta de orientação e suporte à realização do debate pelo grupo focal, com o intuito de produzir e validar conhecimento científico. Tal consegue-se através da elaboração de um plano de sessão que equaciona as temáticas a abordar. Como refere Galego e Gomes (2005) esta metodologia permite a discussão de ideias cuja análise se reflete em produção de conhecimento científico.

**Tema:** Apresentação e validação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB do Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima

**Data:** 13/11/2019 às 9H

**Duração:** 60 a 120 minutos

**Local:** Sala de formação, Piso 4 do Hospital Conde Bertiandos

<b>PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentar Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB do Hospital Conde de Bertiandos;</li><li>• Identificar lacunas no Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB do Hospital Conde de Bertiandos;</li><li>• Reunir consensos face ao Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB do Hospital Conde de Bertiandos;</li><li>• Validar Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB do Hospital Conde de Bertiandos.</li></ul>
<b>BLOCOS TEMÁTICOS</b>	
A discussão de cada tema deve demorar aproximadamente 10 minutos:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Riscos</li><li>2. Níveis de resposta</li><li>3. Meios e recursos</li><li>4. Alerta, alarme, ativação do Plano de Catástrofe e Cadeia de Comando</li><li>5. Áreas Críticas</li><li>6. Procedimentos</li><li>7. Armário de Catástrofe</li><li>8. Comunicações e liderança</li></ol>	

<p>9. Transporte de doentes inter-hospitalar  10. Desativação  11. Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa</p>	
<b>Participantes</b>	<p>Participarão no grupo seis Enfermeiros e um Médico com experiência de trabalho em urgência, que respeitem os seguintes critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiência em trabalho de urgência há pelo menos 10 anos;</li> <li>• Ser detentor de especialidade na sua área profissional;</li> <li>• Pertencer à ULSAM.</li> </ul>
<b>PAPEL DO MODERADOR</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Receber cada participante cordialmente;</li> <li>2- Criar um ambiente agradável para a discussão;</li> <li>3- Evitar que o tema do “<i>focus group</i>” seja abordado precocemente, em conversas informais;</li> <li>4- Solicitar individualmente o consentimento informado para a participação e registo áudio da sessão, através de impresso próprio;</li> <li>5- Garantir sigilo sobre o material obtido;</li> <li>6- Distribuir a folha de autopreenchimento de Caracterização Sociodemográfica e Profissional da equipa participante;</li> <li>7- Apresentar-se e aos outros participantes no “<i>focus group</i>”;</li> <li>8- Expor os objetivos do estudo e do grupo de trabalho;</li> <li>9- Explicar a forma de funcionamento do grupo;</li> <li>10- Enfatizar que se procura o consenso na discussão, mas a divergência de perspetiva é extremamente importante para a implementação de medidas corretoras que possam beneficiar o Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB do Hospital Conde de Bertiandos;</li> <li>11- Conduzir o “<i>focus group</i>” a partir dos assuntos a discutir, relacionados com os tópicos temáticos;</li> <li>12- Solicitar esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos;</li> <li>13- Conduzir o grupo para o tópico seguinte quando um ponto já foi suficientemente explorado;</li> <li>14- Finalizar a reunião;</li> <li>15- Tomar algumas notas.</li> </ol>	
<b>PAPEL DO RELATOR E OBSERVADOR</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Registrar a dinâmica grupal;</li> <li>2- Colaborar com o moderador no controlo do tempo;</li> <li>3- Monitorizar o equipamento de gravação;</li> <li>4- Realizar os registos relacionados com as falas dos participantes (para facilitar transcrição de dados);</li> <li>5- Tomar notas sobre o comportamento não-verbal para usar na análise de dados.</li> </ol>	
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamento de gravação;</li> <li>- 7 Cópias do documento criado para a obtenção de consentimento informado dos participantes;</li> <li>- 7 Questionários de caracterização sociodemográfica e profissional;</li> <li>- 1 Mesa e 8 cadeiras;</li> <li>- 10 Garrafas de água e copos de plástico.</li> </ul>



## **Apêndice VIII**

Declaração de consentimento informado dos participantes no *Focus Group*

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo, obrigado por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

**Designação do Estudo:** Construção do Plano de Catástrofe num Serviço de Urgência Básico

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, tomei conhecimento do estudo de investigação “**Construção do Plano de Catástrofe num Serviço de Urgência Básico**”, realizado por Sérgio Alexandre Neves Guimarães, a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Este estudo apresenta como objetivo a elaboração e implementação do Plano de catástrofe no serviço referido, tendo como finalidade contribuir para um melhor atendimento em situação de multivítima, dotando a equipa de formação específica para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para atuar em situações de exceção.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Asseguraram-me que os dados serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a nossa identidade. Garantiram-me ainda, que a fita da gravação da entrevista será destruída após conclusão deste trabalho e no caso de não concordar com este recurso, o investigador apontará anotações no decorrer da mesma.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pelo investigador.

Data: 08 de Outubro 2018

*Assinatura do participante:*

---

**O Investigador responsável:**

---

**Apêndice IX**

Matriz de análise de conteúdo do *Focus Group*

## Matriz de Análise de Conteúdo do *Focus Group*

<b>Tema 1: Riscos na área de envolvimento do SUB do Hospital Conde de Bertandos</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Riscos	Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “...nos riscos identificados na área de resposta ao SUB...para tipificação dos riscos usei os riscos que estão inscritos no Plano Distrital de emergência e proteção civil... há mais algum risco para incluir aqui...neste contexto?” (M)</li> <li>- “...fluvial... eu acrescentava o fluvial temos aqui rio” (E2)</li> <li>- “Acrescentar fluvial?” (M)</li> <li>- “Sim!” (E2)</li> <li>- “...também tinha que pôr acidente ferroviário” (E4)</li> <li>- “...é isso, acrescenta-se ferroviário também” (M)</li> </ul>

<b>Tema 2: Níveis de resposta</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Níveis de atuação	<b>Nível 2:</b> Resposta com recursos previstos no Hospital Conde de Bertandos, disponíveis no momento da catástrofe e recursos mobilizáveis em situações de acidentes graves	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Então nível 1 valida-se como está e no Nível 2?” (M)</li> <li>- “Acho que deve constar recursos mobilizáveis e disponíveis no espaço físico do hospital?” (E5)</li> <li>- “...Hospital” (E1)</li> <li>- “Eu colocava recursos disponíveis do Hospital Conde Bertandos no momento do acidente...” (E7)</li> <li>- “OK” (M)</li> <li>- “Tem que se objetivar os recursos do Nível 2...” (E1)</li> <li>- “Pomos no Hospital Conde Bertandos os recursos disponíveis no momento da catástrofe ponto final!” (E8)</li> <li>- “Sim, sim no momento do incidente” (E6)</li> <li>- “Exatamente” (E2)</li> <li>- “Assim ... Nível 2 aceite e validado conforme E8 disse (...)” (M)</li> </ul>
	<b>Nível 3:</b> Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertandos em situações de catástrofe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Assim ... Nível 2 aceite e validado conforme E8 disse e Nível 3 mobilização de todos os recursos?... em situação de catástrofe” (M)</li> <li>- “Aqui na área do Hospital... mais valia” (E7)</li> <li>- “Do Hospital Conde Bertandos?” (E2)</li> <li>- “Na área porque no fundo vais ligar para casa...vais contactar toda a gente que está disponível” (E7)</li> <li>- “Na área?” (E8)</li> <li>- “Sim porque pode ser enfermeiros do Centro de Saúde não precisa de estar a trabalhar no Hospital” (E7)</li> <li>- “Sim primeiro paredes da Urgência depois... Hospital e a seguir área do Hospital” (E7)</li> <li>- “OK” (E8)</li> </ul>

		<p>- “Assim Nível 3 fica Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertandos em situações de catástrofe, certo?” (M)</p> <p>- “Sim” (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8)</p>
Níveis de resposta	Níveis de Alerta	<p>- “Não é fácil decidir o número de vítimas...” (E3)</p> <p>- “Não é fácil, será que temos capacidade para receber tantas vítimas?” (E6)</p> <p>- “Quando é que se ativa o plano? É quando a capacidade de resposta da equipa não está adequada às necessidades do serviço?” (E7)</p> <p>- “É o que estou a dizer, mas o evento... eu já soube que existiu um evento... tem sempre de existir um evento!” (E3)</p> <p>- “Ter 3 ou 4 horas de espera nos amarelos vamos ativar um plano destes...não! Estamos a nos esquecer a origem que é um acontecimento excepcional que vem de fora...” (E5)</p> <p>- “Concordam com os valores da tabela 1 do plano da catástrofe?” (M)</p> <p>- “Temos consenso nos números de vítimas que determinam os níveis de alerta?” (M)</p> <p>- “...Sim...” (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8) (Todos concordam)</p>

<b>Tema 3: Meios e Recursos</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Meios e recursos disponíveis	Meios e recursos disponíveis em Nível 1	<p><b>Não sofreu alterações, mantém-se igual à versão inicial</b></p> <p>- “No nível 1 utilizamos os recursos e meios do dia-a-dia... Acrescentavam mais alguma coisa?” (M)</p> <p>- “Está tudo... não se acrescenta mais nada” (E5)</p> <p>- “Sim, sim...” (E7) (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8 concordam com meios e recursos para nível 1, acenando com a cabeça na intervenção de E7)</p>
	Recursos Humanos em Nível 2	<p>- “OK, passamos agora ao nível 2, relativamente aos recursos humanos todos os recursos do nível um mais recursos mobilizáveis, o que pusemos há bocado?” (M)</p> <p>- “Sim mas... no espaço físico do Hospital Conde Bertandos” (E3)</p> <p>- “Sim... Ai não há dúvidas!” (E4)</p> <p>- “Ok então... concluindo... relativamente aos recursos do nível 2 fica como ponto único todos os recursos do nível um mais os mobilizáveis e disponíveis dentro do Hospital.” (M)</p>
	Autonomia dos serviços em Nível 2	<p>- “Falta aqui alimentação M” (E3)</p> <p>- “ (...) No nível dois já estou a escrever a acrescentar” (E6)</p> <p>- “Todos concordam? Boa... Sim!” (M)</p>
	Recursos Humanos em Nível 3	<p>- “Ok nível 3 ... ativação deste nível... a mobilização...se calhar aqui vamos alterar?” (M)</p> <p>- “Já está, já alterei” (E3)</p> <p>- “Da área?” (M)</p> <p>- “Sim... também ficam todos os recursos da nossa área.” (E3)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Recursos humanos todos os do nível dois mas coloquei um item que é a possibilidade de recorrer a ex-colaboradores médicos e enfermeiros do SUB” <b>(M)</b></li> <li>- “Nível 3 vale tudo por isso acho que sim” <b>(E7)</b></li> <li>- “Concordam? Aceite por unanimidade?” <b>(M)</b></li> <li>- “Sim... neste nível tem de ser todos os que puderem...” <b>(E4)</b></li> <li>- “Pois é... fazem todos falta e que sejam rápidos a chegar!” <b>(E5)</b></li> </ul>
	Recursos de Gestão/ Logística, capacidade Hospitalar e autonomia de serviços em Nível 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Depois serviços de gestão e logística tenho aqui recurso ao Hospital Santa Luzia mas se calhar cortamos... Não?” <b>(M)</b></li> <li>- “Na página 14, se calhar sempre que disser recurso ao Hospital Santa Luzia corta” <b>(E1)</b></li> <li>- “Já Cortei” <b>(E3)</b></li> </ul>

<b>Tema 4: Alerta, alarme, ativação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa e Cadeia de Comando</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Organização do espaço físico do SUB em catástrofe	Ordenação do espaço SUB, em catástrofe, de acordo com Nível 1, Nível 2 e Nível 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Então nível 1, verdes na área da Sub-espera e vai incrementando para a sala de espera à medida que aumenta o nível” <b>(E3)</b></li> <li>- “Área amarela vais ter de tirar da SUB espera que fica verde” <b>(E8)</b></li> <li>- “Concordam área verde de dentro para fora que vai aumentando na direção da sala de espera a medida que mudamos de nível com possibilidade de utilização do CS no nível 3 e com as áreas amarelas e vermelhas nos diferentes níveis” <b>(M)</b></li> <li>- “Sim de dentro para fora” <b>(E4)</b></li> <li>- “Ok vamos experimentar e o resto das plantas para os outros níveis ficam como estão porque estão bem certo?” <b>(E3)</b></li> <li>- “Sim... Concordam todos?” <b>(M)</b></li> <li>- “Acho que não há dúvidas... estão bem” <b>(E5)</b></li> <li>- “Eu assim concordo!” <b>(E8)</b></li> <li>- “Ok plantas aceites e validadas...” <b>(M)</b></li> </ul>
Alerta	Elemento responsável pelo alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Após isto o chefe de equipa da urgência que para mim é o elemento” <b>(M)</b></li> <li>- “Responsável!” <b>(E3)</b></li> <li>- “Aqui em Ponte de Lima?” <b>(E1)</b></li> <li>- “Exatamente e não o de Viana!” <b>(M)</b></li> <li>- “Então onde se lê o chefe de equipa do SU passa para o responsável médico do SUB?” <b>(E8)</b></li> <li>- “Tem que ser!” <b>(E3)</b></li> <li>- “Para Viana só tinhas que comunicar quando passa para nível dois” <b>(E6)</b></li> <li>- “Então o que ponho?” <b>(M)</b></li> <li>- “Responsável médico do serviço de urgência” <b>(E5)</b></li> <li>- “Ok” <b>(M)</b></li> </ul>

	<p>Funções do elemento responsável pelo alerta</p>	<p>- “Tens que ter um coordenador de catástrofe é ele que inicia... é ele que contacta o Presidente do Conselho de Administração é ele que... Isso tem de ser” (E7)</p> <p>- “Tem que se dizer quem é” (E1)</p> <p>- “Sim!” (E8)</p> <p>- “Portanto ele é que vai ligar ao Presidente do Conselho de Administração e ao Chefe de Equipa de Viana (...)” (E7)</p> <p>- “Mas eu acho que juntava aqui alguma coisa porque eu no nível 1 acho que deveria avisar o chefe de equipa da urgência de Viana” (E7)</p> <p>- “Acho que é inadmissível vocês estarem em plano de catástrofe e o chefe de equipa de Viana não saber” (E3)</p> <p>- “Sim!” (E2)</p> <p>- “Então é unânime avisar o Chefe de Viana?” (M)</p> <p>- “Não... Bem... Sim... o Chefe de Equipa deve ser avisado.” (E3)</p> <p>- “Ok então altera no plano E3” (M)</p>
<p>Ativação do Plano de Resposta à Catástrofe Externa</p>	<p>Atribuição do cargo de Coordenador do Plano de Catástrofe</p>	<p>- “E no ponto 4.2 o responsável médico do SUB assume a coordenação do plano de catástrofe, para ficar claro, não?” (M)</p> <p>- “Não o coordenador do plano de catástrofe, isto... não podes mudar esta denominação” (E3)</p> <p>- “Não, não... não é mudar denominação... é que é a mesma pessoa certo?... O coordenador do plano é o responsável médico do SUB?” (E4)</p> <p>- “Sim!” (E8, M)</p> <p>- “Então onde se lê chefe de equipa passa a Responsável Médico do SUB?” (M)</p> <p>- “Sim...” (E3)</p>
	<p>Elementos do Gabinete Operacional</p>	<p><b>Altera-se o Coordenador Clínico de “Chefe de Equipa do Serviço de Urgência” para “Responsável de Medicina Interna”</b></p> <p>- “O coordenador clínico é outro elemento do gabinete operacional que é o chefe de equipa, quer dizer...” (M)</p> <p>- “Aqui é o mesmo... é Coordenador do Plano de catástrofe e coordenador clínico.” (E1)</p> <p>- “Neste caso aqui (...) acho que é melhor ser medicina interna (...)” (E3)</p> <p>- “Sim, sim” (E2, E4, E5)</p> <p>- “Claro!” (E2)</p> <p>- “Aqui por inerência a pessoa com mais diferenciação será o coordenador clínico que será o responsável da medicina interna, porque se ativarmos de dia tá tudo bem se for de noite vamos ativar o nível 2 e chamamos o da medicina interna que está nos pisos cá para baixo e assumirá a mesma função?” (E3)</p> <p>- “Exatamente!” (E1)</p> <p>- “Sim! Sim.” (E6)</p> <p><b>Altera-se o elemento de substituição do “Coordenador do Plano de Catástrofe”, “Diretor do Serviço de Urgência” para, na sua ausência, “Responsável Médico do SUB, da Triagem Geral”</b></p>



		<p>- “Em que o responsável médico da triagem irá ser coordenador do plano de catástrofe, aqui...” (E3)</p>
Implementação do Gabinete de Crise	Funções do Gabinete de Crise	<p><b>Ativação do Gabinete de Crise:</b></p> <p>- “Quando tu dizes ativação do gabinete de crise 4.3 nesse ponto é que tem de ficar claro quem o vai ativar” (E6)</p> <p>- “É o Presidente do Conselho de Administração” (M)</p> <p>- “É o Presidente do Conselho de Administração!” (E3)</p> <p>- “Então passas o bocadinho... o último parágrafo da ativação para trás para a introdução do ponto 4.3” (E7)</p> <p><b>Organização dos recursos e estruturas para apoio a áreas clínicas, retira-se o apoio por parte do Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo:</b></p> <p>- “Convocar todos os responsáveis dos serviços do Hospital Conde Bertandos com intuito de libertação de áreas de internamento e consequente aumento da capacidade de resposta hospitalar, aqui se calhar...” (M)</p> <p>- “Era retirar recursos do Hospital Santa Luzia.” (E1)</p> <p>- “Retirar a partir de nomeadamente esses recursos...” (E6)</p> <p>- “Já está” (E3)</p> <p><b>Organização dos recursos para apoio a áreas não clínicas, o atendimento aos órgãos de comunicação social passa do Bar Piso 1 para Gabinetes de Consulta Externa:</b></p> <p>- “Área de atendimento a órgãos de comunicação social porque vão aparecer aí e alguém tem que ser responsável, eu lembrei-me do bar piso 1 mas deem as vossas sugestões” (M)</p> <p>- “Por exemplo as salas de gabinetes da consulta externa ao lado” (E4)</p> <p>- “A sala de espera da consulta externa” (E2)</p> <p>- “Isso é para as visitas” (E3)</p> <p>- “Visitas e acompanhantes” (E1)</p> <p>- “Um gabinete, ali aquela parte da consulta externa da psiquiatria” (E4)</p> <p>- “Aqueles gabinetes?” (E1)</p> <p>- “Sim” (E4)</p> <p>- “Os primeiros gabinetes da entrada do átrio para a consulta.” (E1)</p> <p>- “Sim! Sim!” (E4)</p>
Implementação do Gabinete de Crise	Constituição do Gabinete de Crise	<p>- “(...) gostaria da vossa opinião relativamente aos elementos que constituem o GC, será que me falta alguém?” (M)</p> <p><b>Divide-se a figura de Diretor Clínico, integrando o Diretor Clínico Hospitalar e o Diretor Clínico Cuidados de Saúde Primários</b></p> <p>- “Sim... Quer dizer Diretor Clínico do...” (E1)</p> <p>- “Da instituição?” (E5)</p> <p>- “Da ULSAM?” (E4)</p> <p>- “Mas há 2?” (E7)</p> <p>- “Tens dois diretores clínicos, um da área Hospitalar...” (E5)</p> <p>- “Primários?” (E4)</p> <p>- “E um dos cuidados de saúde primários!” (E8)</p>

		<p>- “Alterar dois Diretores Clínicos... Hospitalar e CSP” (E3)</p> <p><b>Acrescenta-se a sigla SIE ao Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos</b></p> <p>- “Diretor dos recursos humanos, Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos?” (M)</p> <p>- “Sim mas... falta a sigla SIE.” (E8)</p> <p>- “Sim... eu já acrescento.” (E3)</p> <p><b>Acrescenta-se Diretor do Serviço de Gestão Hoteleira e Apoio Geral e Diretor do Aproveitamento</b></p> <p>- “Falta aqui se calhar diretor do aprovisionamento, não sei se é importante?” (E1)</p> <p>- “É!” (E8)</p> <p>- “E o diretor do serviço hoteleiro e o resto... como se diz?” (E6)</p> <p>- “Como se chama?” (M)</p> <p>- “Diretor do serviço de gestão hoteleira e apoio geral” (E5)</p> <p>- “Diretor do aprovisionamento que é o Dr.º X” (E3)</p> <p><b>Retira-se Diretor do Serviço de Psiquiatria</b></p> <p>- “Psiquiatria ... e serviço social são serviços diferentes?” (E4)</p> <p>- “Porque é que está diretor da psiquiatria e não está da cirurgia ou medicina?” (E7)</p> <p>- “Por causa do apoio psicológico” (E1)</p> <p>- “Eu acho que não precisas de pôr psiquiatria, coloca diretor clínico e serviço social que é um serviço à parte” (E6)</p> <p><b>Retira-se Assistente Técnico</b></p> <p>- “O que tu estás a dizer é que este administrativo, assistente técnico é para dar apoio ao gabinete de crise e não faz parte dele” (E7)</p> <p>- “Sim!” (M)</p>
Implementação do Gabinete de Crise	Local de funcionamento do Gabinete de Crise	<p><b>Inclusão do Assistente Técnico que deixa de integrar o Gabinete de Crise, em sala contígua ao GC</b></p> <p>- “Gabinete de crise é aqui e o administrativo que é o assistente técnico está ao lado no secretariado... olha vê.” (E4)</p> <p>- “Faço então uma sugestão no local de funcionamento do gabinete de crise onde coloco o material que está, antes coloco um item com o assistente técnico.” (E8)</p> <p>- “Concordo... e vocês?” (M)</p> <p>- “Passa então para baixo” (E3)</p> <p>- “Local e material de funcionamento do GC alguma sugestão” (M)</p> <p>- “Não” (E6)</p> <p>- “Aceite por unanimidade” (M)</p>
	Fluxograma do Plano de Catástrofe	<p><b>Junção das funções Coordenador de Logística com Coordenador de Recursos</b></p> <p>- “Este coordenador da logística, e coordenador de recursos humanos... não.... Quando tu falas aqui...” (E3)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Vou-te ser muito sincera eu no meu... o coordenador de recursos humanos, materiais e...” (E6)</li> <li>- “Materiais e logística tudo junto?” (E1)</li> <li>- “Tudo junto acumula as duas funções?” (M)</li> <li>- “Porque repara os materiais também tem a ver com a logística” (E1)</li> <li>- “É necessário juntar o coordenador de logística e o coordenador de recursos” (E2)</li> <li>- “Ok!” (M)</li> <li>- “Fica 1” (E8)</li> <li>- “Muito bem após todos concordarem o coordenador de Recursos humanos e materiais e coordenador de logística fundem as suas funções num só elemento” (M)</li> </ul> <p><b>Alteração de organigrama para fluxograma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mas isto é um organigrama ou um fluxograma?” (E7)</li> <li>- “Tem razão” (M)</li> <li>- “Fluxograma” (E1)</li> </ul>
--	--	--

<b>Tema 5: Áreas Críticas</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Áreas de Responsabilidade	Áreas de Receção Secundária	<p><b>Altera-se o nome do Serviço de Reabilitação para o adequado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Medicina piso 3 ala norte, medicina piso 4, unidade de convalescença, Hospital de dia, consulta externa serviço de reabilitação” (M)</li> <li>- “Serviço de Medicina Física e reabilitação é assim que ele é chamado.” (E1)</li> <li>- “Pois é... vou já alterar.” (E3)</li> </ul>
	Central Telefónica	<p><b>Altera-se o contacto via SMS dos profissionais do SUB quando ativação do PRCE para todos os gestores de todos os serviços do Hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Central telefónica (...) quando ativado o plano de catástrofe o telefonista deve enviar mensagem a todos os profissionais do SUB a avisar da ativação do referido plano” (M)</li> <li>- “É o que está protocolado” (E6)</li> <li>- “Deixem-me sugerir eu não sei? Se é possível ter o número dos enfermeiros Chefes?” (E4)</li> <li>- “Isso sim é possível” (E8)</li> <li>- “É uma boa estratégia facilita muito...” (M)</li> <li>- “Colocamos então para abranger toda a gente gestores dos serviços?” (E3)</li> <li>- “Boa” (E2)</li> <li>- “Concluindo fica contacta gestores dos serviços do hospital que posteriormente terão que contactar os profissionais que dirigem.” (M)</li> <li>- “Sim” (E1, E4)</li> </ul>

Áreas de Responsabilidade	Área de Concentração de Recursos Humanos	<p><b>Altera coordenação da área por Assistente Técnico para Gestor/ Coordenador de Recursos e Logística</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “(...) tens que ter alguém para receber e depois para orientar” (E6)</li> <li>- “Isto são recursos humanos, se são recursos humanos o coordenador deve ser a pessoa que nesta área tem responsabilidade no fluxograma, acho eu?” (E1)</li> <li>- “Sim.” (E3)</li> <li>- “Então como fica?” (M)</li> <li>- “Responsável é o gestor de recursos humanos.” (E3)</li> </ul>
---------------------------	--	---

<b>Tema 6: Procedimentos</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Procedimentos e Funções	Cartões operacionais presentes no armário de catástrofe	<p><b>Alteração nos títulos dos cartões</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Os cartões operacionais que determinam a atuação da equipa são: (...) Coordenador de recursos humanos e materiais, coordenador de logística (...), Coordenador de triagem...” (M)</li> <li>- “Este aqui tens que juntar é a tal coisa... Recursos e logística num só” (E1)</li> <li>- “Este coordenador é de triagem de Manchester ou catástrofe?” (E7)</li> <li>- “Triagem de catástrofe” (M)</li> <li>- “Triagem de catástrofe... pois!” (E1)</li> <li>- “Acho que devias acrescentar isso. Pode parecer triagem médica, triagem...” (E7)</li> <li>- “Ok, alterado!” (M)</li> <li>- “E o coordenador da área vermelha, amarela e verde são médicos ou enfermeiros?” (E7)</li> <li>- “É um de cada?” (E6)</li> <li>- “Médico e enfermeiro?” (E1)</li> <li>- “Tem de ser!” (E3)</li> <li>- “Então colocamos um médico e um enfermeiro?” (M)</li> <li>- “Sim” (E3)</li> <li>- “Parece-me bem!” (E2)</li> </ul>
Procedimentos e Funções	Cartão Operacional e Funções do Coordenador do Plano de Catástrofe	<p><b>Alterações ao Cartão Operacional Coordenador do Plano de Catástrofe (CPC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Preencher organigrama do plano de catástrofe com respetivos contactos” (M)</li> <li>- “É fluxograma e não organigrama” (E3)</li> <li>- “Tem razão fluxograma” (M)</li> <li>- “(...) informar as autoridades para delimitarem a área de acesso ao hospital Conde Bertiandos, procederem à evacuação de viaturas e realizarem a gestão da população.” (M)</li> <li>- “A gestão da população, não sou dessa área mas soa-me um bocado...” (E7)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Vamos lá ver uma coisa nós só informamos que é o que diz aqui informar as autoridades para delimitarem a área de acesso ao Hospital, a autoridade ao saber disto sabem que tem que criar vias de acesso vias de extração, pontos” (E3)</li> <li>- “Então corto no cartão operacional do CPC... procederem à evacuação de viaturas e realizarem gestão da população, certo?” (M)</li> <li>- “Ok” (E8)</li> <li>- “(...) Ativar o gabinete de crise, aquando da passagem para o nível 2” (M)</li> <li>- “Mas lá esta tu... atrás dizes que quem ativa...” (E7)</li> <li>- “Quem ativa é o Presidente” (E1)</li> <li>- “Ativar então tem que sair?” (M)</li> <li>- “Não... tu podes pôr aqui, a função do coordenador é comunicar a quem...” (E3)</li> <li>- “De direito...” (E6)</li> <li>- “O coordenador do PC comunica a necessidade de ativação do Gabinete de Crise a decisão é do Presidente do Conselho de Administração” (E8)</li> <li>- “Então altero para comunicar em vez de ativar” (M)</li> <li>- “É isso... Sim!” (E2)</li> <li>- “Por fim neste cartão, não sei se acham pertinente ou não? Contactar a informática para presença física a partir do nível 2” (M)</li> <li>- “Sim, avança” (E3)</li> <li>- “Não é informática é Serviço de Sistemas de Informação” (E7)</li> <li>- “Altera E3” (M)</li> </ul>
Procedimentos e Funções	Cartão Operacional e Funções do Coordenador Clínico	<p><b>Alterações ao Cartão Operacional Coordenador Clínico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “(...) avançamos para o coordenador clínico... Manter um registo atualizado de todas as ações, definir áreas de atendimento de acordo com o plano de catástrofe, nomear um coordenador médico...” (M)</li> <li>- “Coordenador médico e de enfermagem” (E1)</li> <li>- “Registar ações e nomeações em modelo próprio.” (M)</li> <li>- “Essa ação é repetida com a primeira” (E8)</li> <li>- “Ok, corta” (M)</li> <li>- “Acho que o cartão operacional deveria ter uma coluna ao lado tipo...” (E7)</li> <li>- “Check-list” (E6)</li> <li>- “Sim uma pessoa lê uma vez as ações passado um bocado já não se lembra e se tiver uma coluna de verificação” (E7)</li> <li>- “Ter um quadrado para ir pondo vistos?” (M)</li> <li>- “Sim!” (E7)</li> </ul>
	Cartão Operacional e Funções do Coordenador de Recursos Humanos/ Materiais e Logística	<p><b>Alterações ao Cartão Operacional Coordenador de Recursos Humanos/ Materiais e Logística</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Manter um registo atualizado de todas as ações, informar o enfermeiro chefe do SUB da ativação do plano de catástrofe” (M)</li> <li>- “Desculpem, mas não é chefe, mas sim gestor” (E6)</li> <li>- “Sim gestor” (E1)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “E3 altera... Nomear médico e enfermeiro para cada uma das áreas de atendimento primário” (M)</li> <li>- “Sim” (E1)</li> <li>- “Não esquecer que não é área negra, é área preta!” (E7)</li> <li>- “Onde é que está? Ah negra não preta” (E3)</li> <li>- “Preta” (E2)</li> <li>- “Ok, destacar um assistente operacional para a área preta e fornecer-lhe os modelos de registo e o cartão operacional. Concordam que seja o assistente operacional a coordenar a área preta?” (M)</li> <li>- “Sim” (E7)</li> </ul>
Procedimentos e Funções	Cartão Operacional e Funções do Assistente Técnico	<p><b>Alterações ao Cartão Operacional do Assistente Técnico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “No cartão com funções do assistente administrativo, integrar a equipa de triagem, chamar staff adicional, recolher folhas de registo da triagem... e aqui se calhar está implícito o registo informático?” (M)</li> <li>- “Sim, sim” (E7)</li> <li>- “E transferir o registo numérico para nominal e informatizar” (E6)</li> <li>- “É isso... Boa!” (M)</li> <li>- “(...) destacar de acordo com os recursos disponíveis, elementos para as diferentes áreas, aqui se calhar...” (M)</li> <li>- “Aqui não vais ter gente para isso tudo” (E6)</li> <li>- “Então é melhor cortar esta ação” (M)</li> <li>- “Corta” (E3)</li> </ul>
	Cartão Operacional e Funções Coordenador Médico e Enfermeiro da Área Vermelha	<p><b>Alterações ao Cartão Operacional do Coordenador Médico e Enfermeiro da Área Vermelha a propósito da indicação de se dirigir para a área vermelha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Aqui dirigir-se é um bocado redutor” (E7)</li> <li>- “Como?” (M)</li> <li>- “Numa função de coordenador dirigir-se quer dizer? Eu tirava” (E7)</li> <li>- “Tirava, ok. Todos concordam” (M)</li> <li>- “Sim” (E1 a E8)</li> </ul>
	Cartão Operacional e Funções do Coordenador da Área Preta	<p><b>Alterações ao Cartão Operacional do Coordenador da Área Preta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ações recolher sacos no armário da catástrofe, dirigir-se e abrir o espaço destinado a área preta” (M)</li> <li>- “Para a morgue?” (E3)</li> <li>- “A minha questão aqui é saber se a garagem é viável” (M)</li> <li>- “A garagem?” (E2)</li> <li>- “Se for um fim-de-semana poderemos ter muitos cadáveres na morgue?” (M)</li> <li>- “Sim, mas a garagem não dá... é um arquivo” (E1)</li> <li>- “Então tem de ficar lá em baixo” (M)</li> <li>- “Precisamente” (E4)</li> <li>- “Então corta garagem e fica na morgue só.” (M)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Outra das funções é prever necessidades de recursos, mas aqui não faz sentido” (M)</li> <li>- “Não recursos aqui não” (E2)</li> <li>- “É melhor cortar essa ação” (E5)</li> <li>- “E informar o gabinete operacional de cada entrada e não de cada morte” (M)</li> <li>- “Cadáver?” (E7)</li> <li>- “Então informar o GO do número de cadáveres na área preta” (M)</li> </ul>
Procedimentos e Funções	Cartão Operacional e Funções do Operador da Central Telefónica	<p><b>Alterações ao Cartão Operacional do Operador de Central Telefónica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Por fim ações do operador de central telefónica, enviar SMS a todos os profissionais do SUB e aos responsáveis dos serviços do Hospital Conde Bertiandos” (M)</li> <li>- “Nos tiramos profissionais do SUB e metemos responsáveis do serviço” (E3)</li> <li>- “Isso” (E4)</li> </ul>

<b>Tema 7: Armário de Catástrofe</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Recursos disponíveis/ material quantidades	Cartões operacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Cartões operacionais” (M)</li> <li>- “Este 5 é 5 cartões por cada?” (E1)</li> <li>- “Não! É um cartão por cada Coordenador/Responsável por área” (E3)</li> <li>- “Ah pronto... então altera e põe um por cada ok!” (M)</li> </ul>
	Cabeçalho de identificação na tabela/check list do material	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Falta o cabeçalho” (E7)</li> <li>- “O cabeçalho da tabela do armário de catástrofe” (E1)</li> <li>- “Ai tá... bem, tá bem... acrescenta” (E6)</li> </ul>
	Placards de identificação de áreas de prioridades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Certo, de seguida Placards de identificação de áreas de prioridades, área vermelha um à entrada outro à saída, verdes se calhar também 2.” (M)</li> <li>- “Os verdes se calhar tem de ser dois porque podes ter...” (E1)</li> <li>- “Sim tem de ser!” (M)</li> </ul>
	Software informático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Software informático com base de dados de recursos materiais, Plano de catástrofe informatizado, ficheiro com todos os modelos de registo de catástrofe” (M)</li> <li>- “Ter uma pasta informatizada” (E6)</li> <li>- “A pasta partilhada é acessível em todos os computadores?” (E8)</li> <li>- “Em todos os computadores” (M)</li> <li>- “Coloca ai E3 em pasta partilhada no GC e SUB.” (M)</li> <li>- “Tá” (E3)</li> </ul>
	Pulseiras de cores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Muito bem, pulseiras, vermelho, verde e (...) Quantas? Pus 100 mas...?” (M)</li> <li>- “No kit pões uma pulseira de cada cor (...) E depois de triado tiras aquela correspondente à triagem.” (E6)</li> <li>- “Sim. Então quantos kits vamos definir?” (M)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nós em Viana são 100” (E6)</li> <li>- “Nós para aqui não precisaremos de tantos” (E5)</li> <li>- “40, 40 pastas e cada pasta tem uma pulseira de cada cor” (E1)</li> <li>- “Ok vou por 40 então.” (M)</li> </ul>
Recursos disponíveis/ material quantidades	Folhas de registos de ações	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Folhas de registos de ações?” (M)</li> <li>- “É 40 também” (E2)</li> <li>- “40 de cada” (E3)</li> </ul>
	Sacos para cadáveres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ok, e sacos para cadáveres?” (M)</li> <li>- “Em Viana escolhi 20.” (E6)</li> <li>- “10 chega” (E3, E8)</li> <li>- “Então vão ser colocados no armário da catástrofe 10 sacos.” (M)</li> </ul>
	Chaveiro	<p><b>O chaveiro retira-se do armário de catástrofe e fica com a equipa de segurança</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Acho que se coloca no segurança e define-se no armário” (E3)</li> <li>- “Também ficava ele responsável por ficar com estas chaves, e ficava na mão de uma pessoa que tá...” (E6)</li> <li>- “E temos um profissional dedicado a isso.” (E2)</li> <li>- “Tem a vantagem de ser ele o funcionário a abrir a respetiva área” (E4)</li> <li>- “Muito bem então fica referenciado no plano chaveiro completo do Hospital que está com o segurança na entrada, sendo ele o responsável do mesmo. Todos concordam com o referido?” (M)</li> <li>- “Certíssimo.” (E2)</li> </ul>
	Gravador de voz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Gravador de voz acham pertinente ou não?” (M)</li> <li>- “Qual é a sua função?” (E7)</li> <li>- “Quando fizermos o debriefing...” (M)</li> <li>- “Para gravar tens que ter autorização” (E7)</li> <li>- “Retira-se?” (E3)</li> <li>- “São muitas horas de gravação e o debriefing vai perder a noção do que é porque vamos estar a ouvir toda a gravação” (E2)</li> <li>- “Tou esclarecido então seguindo a opinião do grupo retira-se?” (M)</li> <li>- “Sim” (E5, E6, E7)</li> </ul>
	Pranchas rígidas para escrever	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mais alguma coisa que acrescentariam ao armário de catástrofe?” (M)</li> <li>- “Ó M da mesma maneira que meteste marcadores permanentes tens que por pranchas.” (E4)</li> <li>- “Dez é suficiente.” (E2)</li> </ul>
Recursos disponíveis/ material quantidades	Lanternas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Deixa-me dizer uma coisa temos que ter luzes de emergência, lanternas.” (E7)</li> <li>- “Sim” (M)</li> <li>- “Imagina que é de noite e não há eletricidade.” (E7)</li> <li>- “Boa ideia, então uma por área.” (M)</li> </ul>



		- “Cinco.” (E3)
	Placard com aviso de ativação do Plano de Catástrofe	- “Mais alguma sugestão?” (M) - “Placard para colocar na sala de espera a dizer que o Hospital está em plano de catástrofe.” (E6) - “Catástrofe” (E4) - “É para as pessoas se dirigirem a outros locais.” (E6) - “Sim concordo.” (E2)
Posicionamento do Armário de Catástrofe	Localização do Armário de Catástrofe	- “Só falta decidir onde fica o armário de catástrofe?” (M) - “Por mim colocava-o na sala de triagem e retirava a marquise que lá está que não tem utilidade nenhuma.” (E3) - “Grande ideia, todos concordam?” (M) - “Sim” (E1 a E8)

### Tema 8: Comunicações e Liderança

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Comunicação interna	Lista de contactos	- “Era interessante colocar em anexo neste ponto os contactos internos” (E2) - “Faz todo o sentido.” (E5) - “Estou de acordo” (E8) - “Excelente ideia” (E4) - “E3 coloca no ponto 8 um anexo de lista de contactos internos” (M) - “Ok” (E3)

### Tema 9: Transporte de Doentes Inter-Hospitalar

<p><b>Não emergiram alterações, o grupo validou o tema tal como foi apresentado.</b></p> <p>- “Tendo consenso total no ponto n.º 8 passamos para o ponto n.º 9 Transporte de doentes Inter-Hospitalar.” (M)</p> <p>- “Concordo com o que está escrito não alterava nada.” (E3)</p> <p>- “Eu também.” (E4)</p> <p>- “Fica como está” (E5)</p> <p>- “De acordo” (E7)</p>
--

<b>Tema 10: Desativação</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
<i>Debriefing</i>	Agendamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Na semana a seguir à ocorrência deverá ser feito um debriefing, em sessão conjunta com todos os coordenadores para avaliação de toda a ocorrência, podendo ser propostas alterações no sentido de otimizar e tornar o plano de catástrofe mais operacional” <b>(M)</b></li> <li>- “Eu punha na semana seguinte, na semana seguinte era o ideal as coisas estão frescas mas (...) Porque na semana seguinte...” <b>(E6)</b></li> <li>- “Sim estamos a pôr na semana seguinte e ainda podemos ter catástrofe.” <b>(E3)</b></li> <li>(...)</li> <li>- “Então após a desativação num período de 30 dias deverá ser feito o debriefing” <b>(E1)</b></li> <li>- “Exatamente” <b>(E5)</b></li> <li>- “30 dias após a ocorrência?” <b>(E8)</b></li> <li>- “Ótimo” <b>(E4)</b></li> <li>- “E3 altera aí, no período de 30 dias após a ocorrência.” <b>(M)</b></li> </ul>

<b>Tema 11: Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Programa de treino	Frequência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Último ponto do plano (...) Deverá ser implementado programa de treino na ativação e implementação/execução do Plano de resposta à catástrofe para tal deverá ser feito anualmente um simulacro. Concordam?” <b>(M)</b></li> <li>- “Sim e poderão estar incluídos ai os table top exercise” <b>(E3)</b></li> <li>- “Sim” <b>(E2, E5, E8)</b></li> <li>- “Tem de ser anualmente é uma obrigatoriedade legal” <b>(E4)</b></li> <li>- “Concordo” <b>(E7)</b></li> <li>- “Sim treino uma vez por ano.” <b>(E1)</b></li> <li>- “Muito bem com todo o debate e alterações feitas posso considerar o plano validado?” <b>(M)</b></li> <li>- “Sim ficamos com um excelente instrumento de trabalho.” <b>(E5)</b></li> <li>- “Está feito.” <b>(E1)</b></li> </ul>

## **Apêndice X**

PRCE do SUB do Hospital Conde de Bertiandos

Plano de Resposta à Catástrofe Externa  
Serviço de Urgência Básica do Hospital Conde de Bertiandos

**ULSAM**



**Elaborado por:**

Sérgio Guimarães

Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem Médico Cirúrgica

Ponte de Lima, Outubro, 2019

<b>Índice</b>	<b>Pgs</b>
<b>Introdução</b>	<b>5</b>
<b>1. Riscos</b>	<b>7</b>
<b>2. Níveis de Resposta</b>	<b>8</b>
<b>3. Meios e Recursos</b>	<b>9</b>
3.1 Nível 1	9
3.2 Nível 2	12
3.3 Nível 3	13
<b>4. Alerta, Alarme, Ativação do Plano de Catástrofe e Cadeia de Comando</b>	<b>15</b>
4.1 Alerta	15
4.2 Alarme e Ativação do Plano de Catástrofe	16
4.3 Implementação do Gabinete de Crise	17
<b>5. Áreas Críticas</b>	<b>21</b>
5.1 Triagem	21
5.2 Áreas de Receção Primária	21
5.3 Áreas de Receção Secundária	22
5.4 Área Administrativa	22
5.5 Central Telefónica	22
5.6 Área de Concentração de Recursos Humanos	23
5.7 Área de Concentração de Familiares	23
5.8 Área para a Comunicação Social	24
<b>6. Procedimentos</b>	<b>25</b>
<b>7. Armário de Catástrofe</b>	<b>26</b>
<b>8. Comunicações e Liderança</b>	<b>27</b>
<b>9. Transporte de Doentes Inter-Hospitalar</b>	<b>28</b>
<b>10. Desativação</b>	<b>29</b>
<b>11. Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa</b>	<b>30</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>31</b>
<b>Anexos</b>	<b>33</b>
<b>Anexo 1 - Planta de Atuação no SUB segundo Nível de Alerta</b>	<b>34</b>
<b>Anexo 2 - Organograma do Serviço de Urgência Básica do Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima</b>	<b>38</b>

<b>Anexo 3 - Lista Geral de Contactos Telefónicos</b>	<b>40</b>
<b>Anexo 4 - Lista de contactos telefónicos de Ex-colaboradores Médicos e Enfermeiros</b>	<b>46</b>
<b>Anexo 5 - Folhas de Registos</b>	<b>48</b>
<b>Anexo 6 - Cartões Operacionais</b>	<b>61</b>
<b>Anexo 7 - Lista de Contactos Internos</b>	<b>70</b>

<b>Índice de Figuras</b>	<b>Pgs</b>
<b>Figura 1.</b> Fluxograma de aplicação do Plano de Catástrofe	20

<b>Índice de Tabelas</b>	<b>Pgs.</b>
<b>Tabela 1.</b> Níveis de Alerta	8
<b>Tabela 2.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal – Enfermeiros	9
<b>Tabela 3.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal – Médicos	9
<b>Tabela 4.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal – Assistentes Operacionais	10
<b>Tabela 5.</b> Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal – Administrativos	10
<b>Tabela 6.</b> Material Armário de Catástrofe	26

## Introdução

A elaboração deste plano surge como resposta à necessidade de organizar os recursos do Hospital Conde de Bertiandos, face à possibilidade de a Instituição ter de oferecer prestação de serviços em contexto de acidente grave ou de catástrofe externa.

A situação de catástrofe ou de acidente grave implicam sempre desequilíbrios entre a procura de cuidados assistenciais e os recursos disponíveis. Caracterizam-se por ser eventos repentinos e imprevistos, com efeitos limitados no tempo e no espaço, suscetíveis de atingir pessoas, bens e o ambiente e, em que pelo número ou pelo tipo de vítimas reais ou potenciais, é necessária a aplicação de medidas extraordinárias por parte da Instituição de modo a oferecer a resposta adequada.

A classificação da situação em catástrofe ou acidente grave assenta nos seguintes critérios:

- Número de vítimas;
- Gravidade e tipo das lesões;
- Natureza do incidente;
- Incapacidade de resposta pelo Serviço de Urgência Básica (SUB) quando dotado com os recursos mínimos disponíveis.

O Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB tem como objetivos:

- Identificar riscos e vulnerabilidades;
- Organizar meios e recursos;
- Atribuir funções, tarefas e responsabilidades a todos os intervenientes na resposta à catástrofe;
- Estabelecer uma cadeia de comando e direção;
- Dotar o SUB da capacidade de resposta, pronta e eficaz para qualquer situação de emergência;
- Atuar como resposta secundária ao SU do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, em caso de ativação do Plano de Catástrofe deste serviço;

Possibilitar a formação e treino de todos os elementos que compõe a resposta à catástrofe externa do SUB.



## 1. Riscos

Risco traduz-se pela articulação da probabilidade de ocorrência de um evento adverso e da gravidade das consequências.

Na área de envolvimento do SUB estão identificados os seguintes riscos:

- Riscos de origem natural:
  - Incêndios florestais e urbanos;
  - Movimento de terras (derrocadas, avalanches e deslizamentos de terras);
  - Fenómenos meteorológicos;
  - Sismos.
- Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico:
  - Incêndios urbanos/industriais;
  - Colapso de edifícios e infraestruturas;
  - Rotura de barragens;
  - Acidentes de tráfego rodoviário, aéreo, marítimo, fluvial e ferroviário;
  - Circuitos automobilísticos;
  - Explosões (indústria);
  - Transporte de matérias ou substâncias perigosas;
- Riscos relacionados com o comportamento humano:
  - Atividade potencialmente perigosa: bombas, ataque terrorista, eventos bélicos;
  - Manifestações de aeronáutica;
  - Espetáculos pirotécnicos;
  - *Mass gathering*.

## 2. Níveis de Resposta

O nível de resposta do SUB do Hospital Conde de Bertandos, de Ponte de Lima, depende da situação e das suas características específicas, tendo sempre presente o n.º de vítimas real ou previsível, o tipo de incidente e os recursos previsíveis.

Após avaliação da situação em concreto, deverá ser declarado o nível de atuação a implementar e, em função desse nível de alerta, deverá ser reestruturado o espaço físico por áreas de atendimento (Anexo 1).

- **Nível 1:** Resposta com meios disponíveis em presença física no SUB de Ponte de Lima
- **Nível 2:** Resposta com recursos previstos no Hospital Conde de Bertandos, disponíveis no momento da catástrofe e recursos mobilizáveis em situações de acidentes graves
- **Nível 3:** Mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertandos em situações de catástrofe

**Tabela 1.** Níveis de Alerta

Nível de Alerta	N.º de Vítimas urgentes e não urgentes (amarelo e verdes)	N.º de vítimas emergentes (vermelhos)
Nível 1 – Verde	<10	1-2
Nível 2 – Amarelo	10 a 20	3 a 4
Nível 3 – Vermelho	>20	>4

### 3. Meios e Recursos

#### 3.1 Nível 1

Recursos presentes no Serviço de Urgência Básica do Hospital Conde de Bertiandos no quotidiano.

**Tabela 2.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal - Enfermeiros

Enfermeiros	Áreas de trabalho					
	Turno	Total de elementos	Triagem	OBS Pequeno e Grande	Ala 1, 2 e Pequena Cirurgia	Sala de Emergência
	M	4	1	1	1	1
	T	4	1	1	1	1
	N	3	1	1	1	

**Tabela 3.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal - Médicos

Médicos	Áreas de trabalho			
	Horário	Total de elementos	Triagem Geral	Medicina Interna
	8-9h	3	3	0
	9-21 h	4	3	1
	21-24h	3	3	0
0-8 h	2	2	0	

**Tabela 4.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal – Assistentes Operacionais

Assistentes Operacionais	Áreas de trabalho				
	Turno	Total de elementos	SUB	RX	SUB/RX
	M	2	1	1	0
	T	2	1	1	0
	N	1	0	0	1

**Tabela 5.** Recursos disponíveis no Serviço de Urgência Básica por turno, em situação normal – Administrativos

Administrativos	Áreas de trabalho		
	Turno	Total de elementos	Admissão
	21-13h	1	1
13 -21h	2	2	

#### Recursos de Gestão e Logística

- Recursos disponíveis de 2.<sup>a</sup> a 6.<sup>a</sup> das 9 h às 13 h e das 14 h às 17 h que inclui: Aprovisionamento, Instalações/Equipamentos e Comunicação/Relações Públicas. Serviços hoteleiros disponíveis de segunda-feira a domingo das 7:30 às 22h. Comunicações das 7:30 às 20 h. Vigilância 24 h.

#### Capacidade Hospitalar

- Internamento - Medicina 2, piso 3, ala Norte - 30 camas
- Internamento - Medicina 2, piso 4 - 30 camas
- Unidade de Convalescença, Piso 3 - 24 camas

**Nota:** A partir da ativação do **nível 1** do plano de catástrofe, o chefe de equipa do Serviço de Urgência deve ser informado da capacidade de internamento disponível às 8h e às 18h de cada dia.

### **Autonomia dos Serviços**

**Farmácia:** Fármacos normalmente disponíveis no Serviço de Urgência Básica, com possibilidade de recurso a outros serviços hospitalares.

**Sangue:** Reservas suficientes para dar resposta imediata às situações tipificadas para este nível de resposta, sendo a resposta assegurada pelo Serviço de Imunohemoterapia do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, em articulação com o Laboratório do Hospital Conde de Bertiandos.

*Stock* existente:

- O RH- - 3 unidades
- O RH+ - 6 unidades
- A RH+ - 4 unidades
- A RH- - 2 unidades
- B RH+ - 2 unidades
- B RH- - 2 unidades

**Nota:** A reposição é feita mediante requisição após consumo. Em situação de emergência a reposição demora o tempo de chegada do transporte, cerca de 20 minutos.

**Água:** Dois depósitos com 30000 l cada, que permite o abastecimento normal do Hospital Conde Bertiandos durante dois dias.

**Eletricidade:** Em caso de falha de energia, o Hospital possui gerador a gásóleo com depósito de 600 litros, baterias e UPS para circuitos informáticos que permite uma autonomia do SUB de 12h.

**Aprovisionamento:** Consumíveis habituais do SUB.

**Informática:** De segunda a sexta-feira das 8:30h às 15:30h em presença física. Após este horário o serviço de informática fica de prevenção através do n.º 965164283.

### 3.2 Nível 2

Resposta com recursos previstos no nível 1 e possibilidade de utilização de recursos mobilizáveis dentro do Hospital Conde de Bertiandos, em caso de acidente grave.

#### Recursos humanos

- Todos os recursos mobilizados para o nível 1;
- Todos os recursos mobilizáveis e disponíveis dentro do Hospital Conde de Bertiandos.

#### Recursos de Gestão e Logística

- Todos os referidos no nível 1.

#### Capacidade Hospitalar

- A referida no nível 1;
- Área da fisioterapia após interrupção de consultas e tratamentos.

#### Autonomia dos Serviços

- **Farmácia:** Utilização de todo o *stock* da Farmácia, cuja capacidade assegura três dias de consumos normais. Caso não se revele suficiente, solicitar fornecimento à Farmácia Central do Hospital de Santa Luzia;
- **Sangue:** Utilização das reservas disponíveis e recurso ao Serviço de Imunohemoterapia do Hospital de Santa Luzia;

- **Água:** A mesma que o nível 1. Em caso de necessidade, solicitar abastecimento ao Serviço Municipal de Proteção Civil;
- **Eletricidade:** A referida no nível 1. Se falha de energia, solicitar abastecimento do gerador com gasóleo pelo fornecedor externo “António Martins & Filhos, Lda” através do nº telefone 258942664, a cada 10h do plano ativo e simultaneamente sem energia;
- **Aprovisionamento:** A referida no nível 1, em caso de necessidade solicitar fornecimento ao Aprovisionamento Central do Hospital de Santa Luzia;
- **Informática:** Apoio disponível 24h por dia, em presença física;
- **Alimentação:** Apoio disponível 24h por dia, em presença física, garantindo refeições às vítimas e profissionais de saúde envolvidos.

### 3.3 Nível 3

A ativação deste nível implica a mobilização de todos os recursos da área do Hospital Conde Bertiandos, em situações de catástrofe (Anexo 2).

#### Recursos Humanos

- Todos os do nível 2;
- Todos os Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais a exercer funções no Serviço de Urgência Básica do Hospital Conde de Bertiandos (Anexo 3);
- Possibilidade de recorrer a lista de ex-colaboradores Médicos e Enfermeiros do SUB do Hospital Conde de Bertiandos (Anexo 4);
- Possibilidade de recurso a todos os profissionais da área do Hospital Conde de Bertiandos.

#### Recursos de Gestão e Logística

- Todos os do nível 2;
- Recurso aos Serviços Municipais de Proteção Civil.

### **Capacidade Hospitalar**

- Toda a do nível 2;
- Recurso a locais que permitam aumentar as áreas de trabalho, por exemplo: cantina, salas de espera dos utentes, corredores de passagem das visitas;
- Equacionar abertura do Centro de Saúde de Ponte de Lima para implementar área verde (Chave disponível no armário de catástrofe).

### **Autonomia dos Serviços**

- Toda a do nível 2;
- Serviço de 24 h;
- Recurso a outras instituições e entidades externas.



## **4. Alerta, Alarme, Ativação do Plano de Catástrofe e Implementação do Gabinete de Crise**

### **4.1 Alerta**

Em situação de catástrofe ou emergência externa na área de atuação do SUB do Hospital Conde de Bertandos, a notificação de um evento pode chegar através do Centro Distrital de Emergência e Proteção Civil, dos Bombeiros, de Forças de Segurança, da comunicação social, de chamada telefónica para o Hospital Conde Bertandos ou através da chegada das primeiras vítimas ao SUB.

Em qualquer das situações supracitadas, deve ficar registado a origem e os contactos das fontes de informação (Anexo 5).

O responsável Médico do SUB da Triagem Geral, após ter sido informado da ocorrência deve executar as seguintes ações:

- Confirmar a ocorrência junto da entidade ou pessoa que efetuou o contacto;
- Caracterizar a ocorrência quanto à natureza do acidente, número e gravidade das vítimas;
- Registar por escrito, em modelo próprio (Anexo 5, Modelo 1), toda a informação que foi possível obter;
- Decidir sobre a ativação do plano de resposta à catástrofe externa;
- Solicitar ao telefonista o envio de SMS a todos os profissionais do SUB, a avisar da ativação do plano de resposta à catástrofe;
- Alertar Chefe de Equipa do Serviço de Urgência do Hospital De Santa Luzia de Viana do Castelo da ativação do Plano de Catástrofe e do respetivo nível de alerta, e a comunicação ao Presidente do Conselho de Administração da ULSAM deve ser feita por um dos dois.

## 4.2 Alarme e Ativação do Plano de Catástrofe

O coordenador do plano de catástrofe, responsável Médico do SUB da Triagem Geral, é o primeiro responsável pela execução do plano de catástrofe.

Após a confirmação da eventual emergência, o responsável Médico do Serviço de Urgência Básica presente no Serviço do Hospital Conde de Bertiandos, procede de imediato à nomeação do Gabinete Operacional (GO) e à ativação do plano, bem como o nível de resposta que se adequa à situação.

O coordenador do plano de catástrofe deverá determinar e antecipar o índice de rotura de cada nível e, se necessário, prosseguir na sua escalada.

A passagem de nível deverá ser seguida de informação ao Conselho de Administração.

Depois de ativado o Plano de Catástrofe, todos os doentes e vítimas acolhidas no SUB do Hospital Conde de Bertiandos, serão triados com recurso ao método de triagem de catástrofe e deixará de funcionar a triagem normal.

O GO será localizado no gabinete dos coordenadores do SUB do Hospital Conde de Bertiandos:

### Elementos do Gabinete Operacional

As funções e tarefas de cada elemento do GO estão descritas nos cartões operacionais (Anexo 6):

- Coordenador do Plano de Catástrofe (**CPC**): Diretor do Serviço de Urgência ou na sua ausência o responsável Médico do SUB da Triagem Geral;
- Coordenador clínico (**CC**): Responsável da Medicina Interna ou, na sua ausência, um Médico do SUB da Triagem Geral;
- Coordenador de Recursos Humanos e Materiais (**CRHM**) e Coordenador de logística (**CL**): Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Básico ou, na sua ausência, o enfermeiro responsável de turno.

## **Funções do Gabinete Operacional**

- Avisar o Presidente do Conselho de Administração e Diretor do Departamento de Medicina Crítica da ativação do Plano de Catástrofe;
- Definir áreas de atendimento de acordo com o nível implementado (Ponto 5);
- Nomear equipas e responsáveis para as áreas de atendimento definidas;
- Mobilizar os recursos humanos e materiais de acordo com o nível ativado;
- Organizar, supervisionar e pôr em execução a resposta inicial hospitalar à situação em causa;
- Efetuar o diagnóstico da capacidade hospitalar e prever necessidades futuras;
- Manter folhas de registos de todas as ações;
- Manter contacto com responsáveis de todas as áreas;
- Manter ligações permanentes com o gabinete de crise;
- Decidir sobre o destino dos doentes no momento de ativação do plano.

### **4.3 Implementação do Gabinete de Crise**

Após ativação do plano de catástrofe a liderança do mesmo cabe ao Gabinete Operacional. Em situações de nível 1 e início de nível 2, pode não ser nomeada nenhuma outra estrutura de liderança.

Em situações de nível 2 é ativado o Gabinete de Crise (**GC**), que poderá, se necessário, implementar o nível 3. Este tem como objetivos estruturar e organizar a resposta institucional global à situação de crise que, obrigatoriamente, vai ter repercussões em todo o funcionamento hospitalar.

#### **São funções do Gabinete de Crise:**

- Manter contacto permanente com o Coordenador do plano de Resposta à Catástrofe externa;
- A partir das informações transmitidas pelo GO, avaliar e monitorizar permanentemente a situação;
- Organizar meios internos de resposta;

- Determinar a passagem aos diferentes níveis de alerta;
- Equacionar as ações a empreender para otimizar a resposta à situação de catástrofe, através da ponderação de:
  - Cancelar consultas e internamentos programados;
  - Cancelar atividade no Hospital de dia;
  - Cancelar tratamentos de Fisioterapia;
  - Mobilizar recursos materiais e humanos que possam responder às necessidades identificadas pelo GO;
  - Convocar todos os responsáveis dos serviços do Hospital Conde Bertiandos com o intuito de libertação de áreas de internamento e consequente aumento da capacidade de resposta Hospitalar;
  - Organizar os recursos humanos e materiais para apoio a áreas não clínicas:
    - Área de atendimento para visitas e acompanhantes: Sala de espera da consulta externa;
    - Área de atendimento aos órgãos da comunicação social: Gabinetes da Consulta Externa;
      - Área de receção de figuras públicas e privadas (VIP's): Gabinete da Administração Piso 4;
- Promover a segurança de circuitos internos e externos para circulação de vítimas, profissionais e viaturas de emergência;
- Registrar todas as decisões (Anexo 5, Modelo 8);
- Se necessário, acrescentar contentor para atendimento de mais vítimas.

**Constituem o Gabinete de Crise:**

- Presidente do Conselho de Administração
- Diretor Clínico da ULSAM (Hospitalar e Cuidados de Saúde Primários)
- Diretor do Departamento de Medicina Crítica
- Diretor do Serviço de Urgência
- Responsável Médico da Triagem Geral, do SUB do Hospital Conde de Bertiandos (Coordenador do Plano de Catástrofe)
- Diretor de Enfermagem
- Diretor dos Serviços Farmacêuticos

- Diretor dos Recursos Humanos
- Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)
- Diretor do Serviço Social
- Diretor do Serviço de Nutrição/Alimentação
- Diretor do Aprovisionamento
- Diretor do Serviço de Gestão Hoteleira e Apoio Geral
- Delegado de Segurança da ULSAM

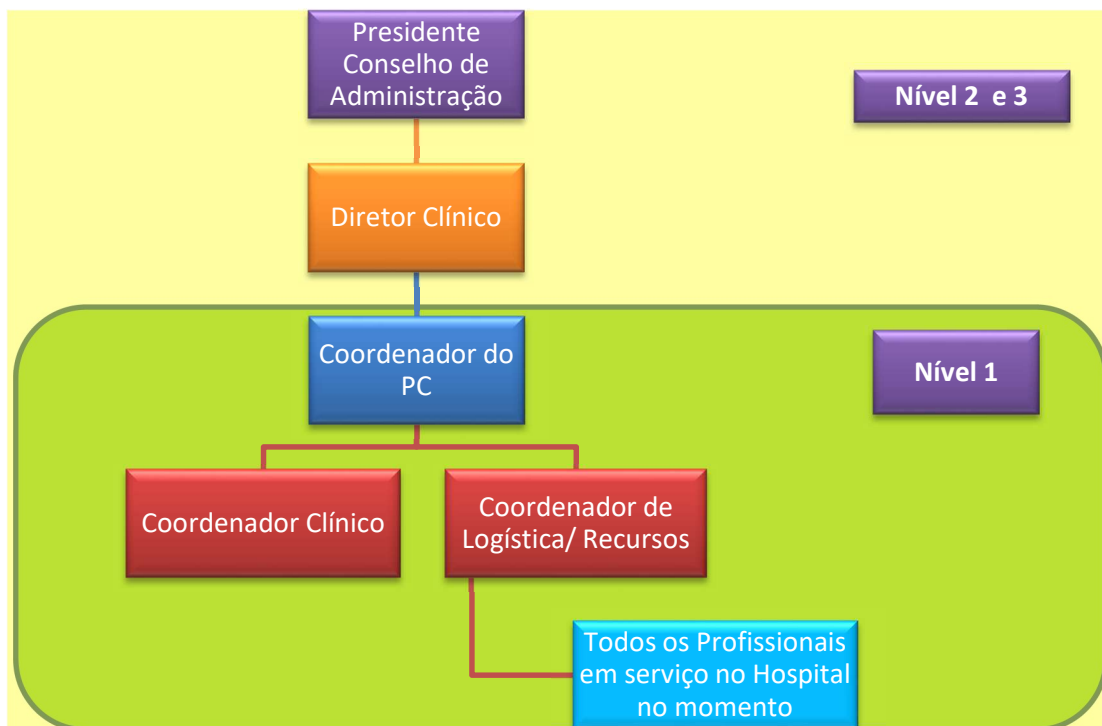
### **Local de Funcionamento do Gabinete de Crise**

- O gabinete de crise funcionará na sala do Conselho de Administração, no Piso 4 e contará com o apoio de um Assistente Técnico.

Deverá constar deste espaço o seguinte material:

- 2 Computadores ligados à rede hospitalar;
- 2 Telefones ligados à rede do hospital e com capacidade de contacto ao exterior;
- 1 Impressora;
- 2 Exemplares do Plano de Catástrofe (Ficheiro com todos os modelos de registo de catástrofe, Plano em suporte digital);
- Contactos telefónicos;
- Escalas de pessoal.

**Figura 1.** Fluxograma de aplicação do Plano de Catástrofe



A ativação do Gabinete de Crise é da responsabilidade do Presidente do Conselho de Administração ou, na sua ausência, alguém por ele delegado.

## 5. Áreas Críticas

Cada área terá um responsável nomeado pelo GO.

As suas funções estão definidas nos cartões operacionais disponíveis no armário de catástrofe.

### 5.1 Triagem

Deve ser estabelecida uma área de triagem à entrada do SUB do Hospital Conde de Bertiandos, constituída por um enfermeiro com formação em triagem de Manchester, um assistente administrativo e um assistente operacional.

A equipa de triagem irá definir prioridade no atendimento e área de destino das vítimas.

As vítimas/doentes são classificadas de acordo com a gravidade das lesões/doença, em quatro cores:

- **Vermelha** – Vítima ou doente em estado crítico, atendimento imediato
- **Amarela** – Vítima ou doente urgente para atendimento rápido
- **Verde** – Vítima ou doente pouco urgente
- **Preta** – Mortos

### 5.2 Áreas de Recepção Primária

O SUB do Hospital Conde de Bertiandos, em caso de catástrofe terá que adaptar o espaço físico à tipologia de doentes que recebe. Assim são definidas 4 áreas:

- **Área vermelha**
- **Área amarela**
- **Área verde**
- **Área preta**

Os locais das áreas definidas no plano de catástrofe são expansíveis de acordo com o nível de atuação definido pelo coordenador do plano de catástrofe, consultar (Anexo 1).

### **5.3 Áreas de Receção Secundária**

Todos os serviços do Hospital Conde Bertiandos devem ser informados da ativação do Plano de catástrofe e proceder às operações de acordo com os seus planos específicos de atuação ou, de acordo com as indicações do GO.

- Medicina 2, Piso 3 Ala Norte
- Medicina 2, Piso 4
- Unidade de Convalescença
- Hospital de Dia
- Consulta Externa
- Serviço de Medicina Física-Reabilitação.

### **5.4 Área Administrativa**

A base da área administrativa estará alocada à receção situada no Serviço de Urgência Básica. A sua função é manter um registo atualizado (Anexo 5, Modelo 8) de entrada e saída de vítimas/doentes e fazer a gestão do correio eletrónico do SUB do Hospital Conde de Bertiandos. Para garantir estas respostas deverá articular-se diretamente com o GO.

### **5.5 Central Telefónica**

A central telefónica do Hospital Conde Bertiandos funciona das 7:30 h às 20 h no átrio da entrada de visitas para o internamento e das 20 h às 7:30h na receção do Serviço de Urgência.



Quando ativado o Plano de Resposta à Catástrofe, o telefonista deve proceder ao envio de SMS a todos os gestores dos serviços do Hospital Conde de Bertiandos, a avisar da ativação do referido plano.

Quando ativado o nível 2, a central telefónica deverá funcionar em permanência no átrio de entrada de visitas para o internamento.

Após receberem informação sobre a ativação do plano e o respetivo nível de alerta, os profissionais de serviço procedem às indicações descritas no cartão operacional.

Deverá ser disponibilizada uma linha direta entre o GO e a central telefónica.

Todas as informações relativas à catástrofe devem ser encaminhadas para o GO.

## **5.6 Área de Concentração de Recursos Humanos**

Em situações de nível 2 e nível 3, em que há necessidade de convocar recursos humanos, estes não se devem dirigir diretamente ao SUB do Hospital Conde de Bertiandos, mas sim à área de concentração situada no refeitório, no Rés-do-Chão.

O acesso ao Hospital deverá ser efetuado pelo parque do Centro de Saúde de Ponte de Lima que estará reservado ao uso exclusivo dos funcionários.

O Gestor de Recursos Humanos deve manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 5, Modelo 8).

## **5.7 Área de Concentração de Familiares**

A área de concentração dos familiares das vítimas da catástrofe e doentes fica localizada na sala de espera da consulta externa.

É nomeada para esta área uma equipa de apoio psicossocial. O responsável desta área mantém um registo atualizado de todas as ações (Anexo 5, Modelo 8).

## **5.8 Área para Comunicação Social**

Esta área ficará localizada no Bar do Piso 1.

As declarações e os comunicados à imprensa são um exclusivo do Presidente do Conselho de Administração ou alguém por ele delegado.

O GC nomeia uma equipa de apoio para esta área que inclui a Relações Públicas do Hospital Conde Bertiandos.

O responsável desta área deve manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 5, Modelo 8).

## 6. Procedimentos

Todos os funcionários que tenham envolvimento direto no plano de catástrofe têm as suas funções definidas de acordo com o nível ativado, e que se encontram identificadas nos cartões operacionais que se encontram no armário de catástrofe.

A abertura do armário de catástrofe é da responsabilidade do coordenador do Plano de Catástrofe, que procederá à sua distribuição de acordo com as necessidades que vão emergindo no decorrer da evolução da situação.

O plano não é estanque e confere autonomia de decisão ao GO/GC em situações não contempladas no mesmo.

Cartões operacionais presentes no armário de catástrofe (Anexo 6):

- Coordenador do Plano de Catástrofe
- Coordenador Clínico
- Coordenador de Recursos Humanos e Materiais/Logística
- Responsável Administrativo
- Coordenador da Triagem de Catástrofe
- Coordenador da Área Vermelha: 1 Médico e 1 Enfermeiro
- Coordenador da Área Amarela: 1 Médico e 1 Enfermeiro
- Coordenador da Área Verde: 1 Médico e 1 Enfermeiro
- Coordenador da Área Preta
- Coordenador da Central Telefónica

## 7. Armário de Catástrofe

	<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>
<b>1</b>	Plano de resposta à catástrofe externa	<b>2</b>
<b>2</b>	Cartões Operacionais por interveniente (Anexo 6)	<b>1</b>
<b>3</b>	Placards. Para identificação de áreas de prioridades Vermelho Amarelo Verde Preto	<b>2</b> <b>2</b> <b>2</b> <b>2</b>
<b>4</b>	Software Informático com Base de dados de recursos materiais, Plano de Catástrofe Informatizado, Ficheiro com todos os Modelos de Registos de Catástrofe	<b>Em pasta partilhada no GC e SUB</b>
<b>5</b>	Pulseiras de cores (Vermelho, Amarelo, Verde e Preto)	<b>40 (de cada)</b>
<b>6</b>	Folhas de: Registo de Ativação (Anexo 5, Modelo1) Registo de Triagem Primária (Anexo 5, Modelo 2) Registo de Triagem – Identificação (Anexo 5, Modelo 3) Registos de Áreas Assistenciais (Anexo 5, Modelo 4,5,6 e 9) <u>Registos de Lesões /Procedimentos (Anexo 5, Modelo 10)</u> Registo Completo de Doentes (Anexo 5, Modelo 7) Registos de Ações (Anexo 5, Modelo 8)	<b>5</b> <b>40</b> <b>(de cada)</b> <b>Numeradas até 40</b> <b>40</b>
<b>7</b>	Sacos para cadáveres	<b>10</b>
<b>8</b>	Marcadores permanentes	<b>10</b>
<b>9</b>	Pranchas rígidas para escrever	<b>10</b>
<b>10</b>	Lanternas	<b>5</b>
<b>11</b>	Placard com aviso de Ativação do Plano de Catástrofe	<b>1</b>
<b>12</b>	Plano de Contingência do Serviço de Nutrição/Alimentação	<b>1</b>
<b>13</b>	Chaveiro no Segurança do SUB	<b>1 Cópia</b>

**Tabela 6.** Material Armário de Catástrofe

## **8. Comunicações e Liderança**

A qualidade da comunicação é fundamental para que a implementação do Plano de Catástrofe seja bem-sucedida, assim esta deverá acontecer de forma hierárquica, gradativa, através dos coordenadores de áreas ao GO/GC.

Tudo isto assenta numa rede centralizada de comunicação vertical, com o objetivo de integrar e padronizar o trabalho desenvolvido, dividindo-se em dois fluxos: ascendente, quando ocorre de baixo para cima, referindo-se portanto à comunicação de um colaborador com alguém de nível hierárquico superior, com o intuito de transmitir necessidades de recursos e o nível de desempenho assistencial.

A comunicação descendente refere-se à comunicação que tem origem no GO ou GC dirigida aos colaboradores, com qualidade organizacional, como regras, instruções e dados para desempenho de funções e feedback sobre a estratégia de resposta implementada.

As equipas deverão comunicar preferencialmente pela rede telefónica interna (Anexo 7).

## **9. Transporte de Doentes Inter-Hospitalar**

Sempre que o nível de ativação do plano de catástrofe for nível 2 ou superior, o Segurança do SUB do Hospital Conde de Bertandos deverá contactar a Polícia de Segurança Pública de Ponte de Lima para reservar o largo da Rua Conde Bertandos, em frente ao Hospital, para uso exclusivo de viaturas de emergência.

Sempre que seja necessário, existe a possibilidade de utilização de helicópteros para transferências inter-hospitalares, de acordo com as orientações da ANEPC e do CODU. Como o Hospital Conde de Bertandos não dispõe de heliporto, poderá ser utilizado, eventualmente, o campo de futebol dos Limianos, com as devidas autorizações e orientações dos elementos da PSP. Para isto, serão delimitados os corredores de emergência entre o hospital e o referido campo de futebol.

## **10.Desativação**

O plano será desativado pelo Gabinete de Crise ou Gabinete Operacional logo que a causa que provocou a sua ativação esteja terminada ou controlada.

O responsável do plano deverá elaborar um relatório da ocorrência que deve incluir os elementos do GC, GO e todos os elementos coordenadores do plano.

No período de 30 dias após a ocorrência, deverá ser feito um *debriefing*, em sessão conjunta com todos coordenadores, para avaliação de toda a ocorrência, podendo ser propostas alterações no sentido de otimizar e tornar o plano de catástrofe mais operacional.

## **11.Operacionalização do Plano de Resposta à Catástrofe Externa**

O Plano de Resposta à Catástrofe Externa será divulgado através da intranet institucional e em reuniões de serviço, através dos Diretores Clínicos, Enfermeiros Chefes e Gestores de Serviços.

O Plano de Resposta à Catástrofe prevê a realização de simulações pelo SUB, em coordenação com o Departamento de Formação da ULSAM, cujo objetivo é a divulgação e o devido treino na ativação e implementação/execução do Plano de Resposta à Catástrofe Externa do SUB, do Hospital Conde de Bertiandos.

Para tal, será feito anualmente, no mês de outubro um simulacro e um *Table Top Exercise*, após o qual, será revisto o Plano, procedendo-se às alterações identificadas como necessárias ou, sempre que surja alguma alteração, norma ou orientação técnica nova.



## Referências Bibliográficas

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL (2015). *Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo*.

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL (Dez, 2017). *Cadernos Técnicos PROCIV 3: Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil*. 2º Ed. Consultado em 02.08.2018 <http://www4.cm-evora.pt/NR/rdonlyres/9A62831F-37B5-4E60-B64F-BFF03BAC83/38272/caderno4.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). NOC 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Consultado em 03.09.2018, em [file:///C:/Users/HP%201/Desktop/Ficheiros/Downloads/i013429%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%201/Desktop/Ficheiros/Downloads/i013429%20(1).pdf).

GARCIA-ALVES, A.; REDONDO, J. (1999). *Plano de Emergência Hospitalar*. Lisboa: CPSE/INEM.

GOMES, T. P.; OLIVEIRA, M. S. (2010). *Guia Geral para a Elaboração dum Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão da Qualidade Clínica Organizacional.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2012). *Situação de Exceção*. 1ª Edição, versão 3.0. Lisboa: INEM.

Lei nº 27/2006 – Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República, 1ª Série-A, N° 149* (2015/08/03). P. 5316-5326.

LIMA, E. (Fev, 2013). Melhorar a nossa capacidade de resposta à catástrofe. *Sinais Vitais*. P. 17-19.

Município de Arcos de Valdevez (2014). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Arcos e Valdevez*.

Município de Ponte de Lima (2014). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Ponte de Lima*.

Município de Viana do Castelo (2014). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo*.

PROTEÇÃO CIVIL DE VIANA DO CASTELO (2014). *Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo*. Viana do Castelo: Governo Civil.

PROTEÇÃO CIVIL DE VIANA DO CASTELO (2016). *Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Viana do Castelo*. Viana do Castelo: Proteção Civil.

Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil nº 30/2015 (2015). Estabelece os critérios e normas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil. *Diário da República, 2ª Série, N° 88* (2015/05/07). P. 11179-11181.

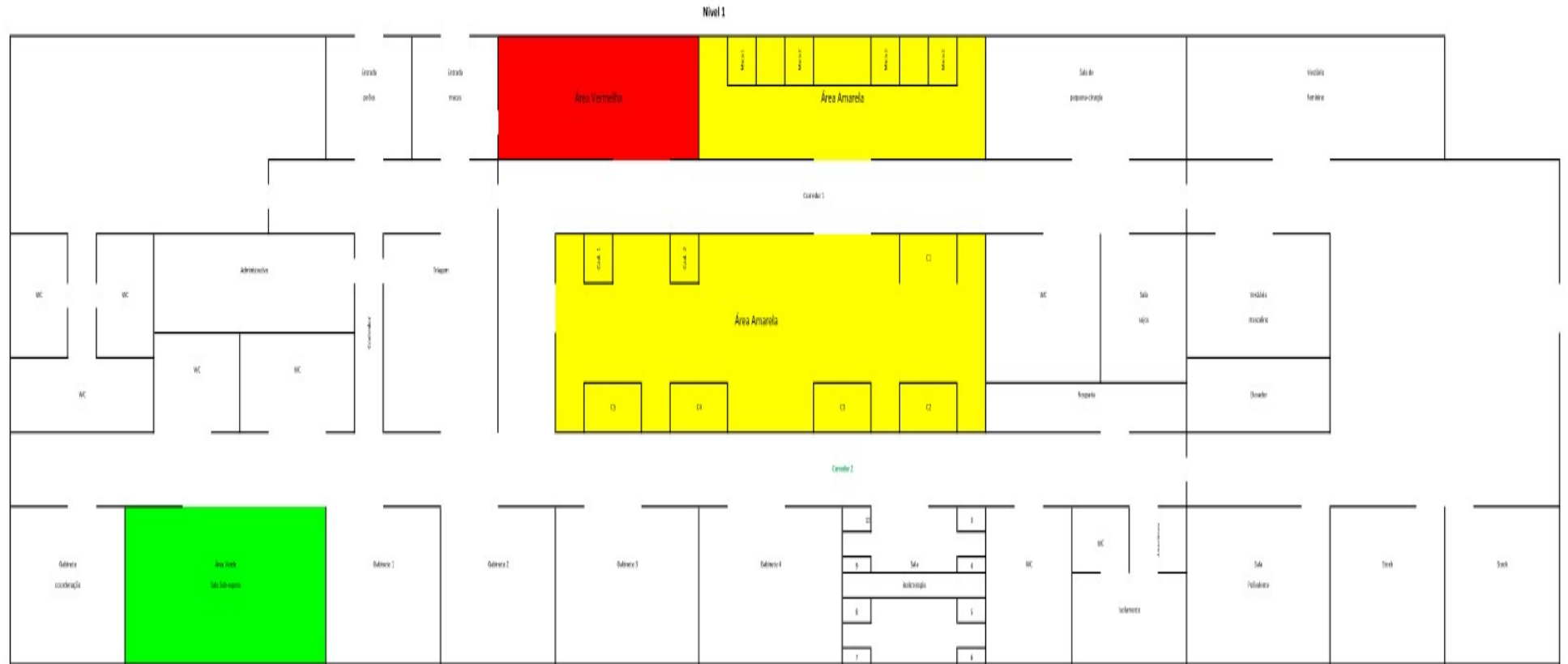
WAERCKERLE, J.F. (1991). Disaster planning and response. *New England Journal of Medicine*. 324: 815-821.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1**

Planta de Atuação no SUB segundo Nível de Alerta

# Planta Nível 1 de Alerta



# Planta Nível 2 de Alerta



# Planta Nível 3

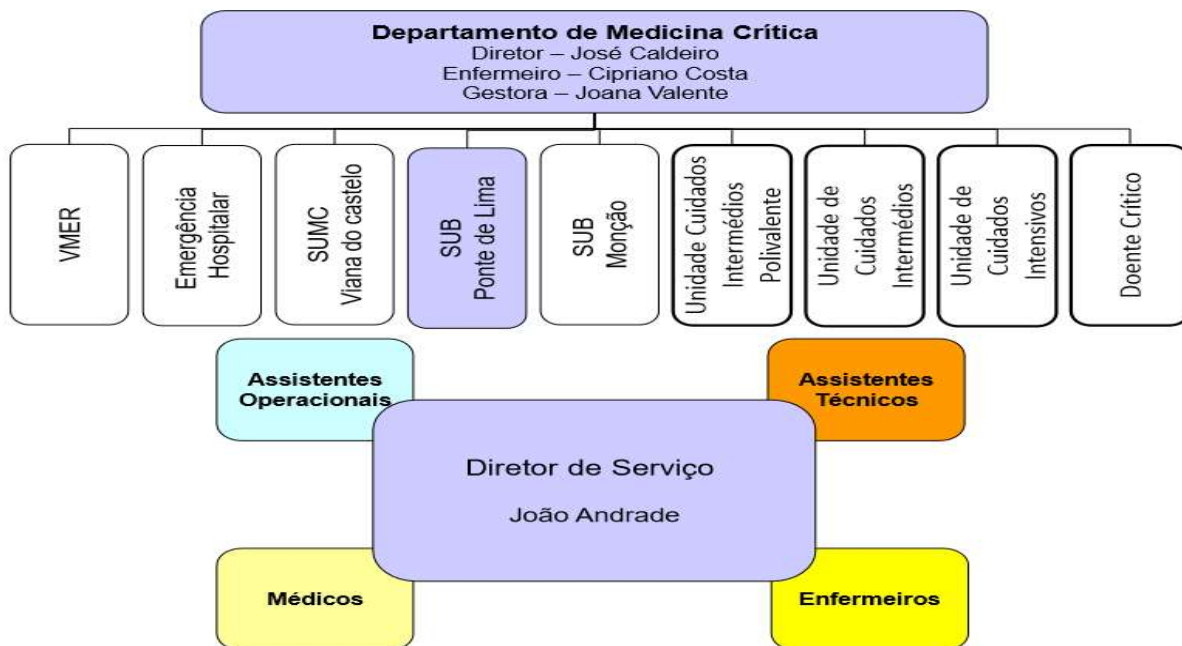


## **Anexo 2**

Organograma do Serviço de Urgência Básica do Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de  
Lima



## Organograma do Serviço de Urgência Básico de Ponte de Lima



Médicos	Enfermeiros	Ass. Técnicos	Ass. Operacionais
Coordenadores Juan Gomez Carlos Salgado	Gestor Local Isilda Barbosa	Coordenador André Mendes	Encarregado Operacional Manuela Melo
Antónia Alvarez André Ferreira Bruno Guerreiro Carla Fidalgo Coralie Alves Cristiana Antunes Cristina Miranda João Fonseca Jonhy Bermedez Humberto Faria Ivone Ricardo José Costa Júlio Rica Lara Quintela Luís Sequeira Mafalda Parente Mariana Simplicio Mariana Marques Mário Rodrigues Matilde Teles Otilia Prado Rosália Pereira Vítor Fernandes Amanda Rey MI António Rodrigues MI Carla Fidalgo MI Elena Kochetkova MI Joana Braga MI Joana Cameiro MI Joana Serodio MI João Costelha MI Liliana Costa MI Miguel Costa MI Miguel Morgado MI	Álvaro Gomes Ana Catarina Pais Andreia Correia Armindo Faria Armindo Vilaboa Daniela Miranda Daniela Mota Domingos Coelho Jorge Lima José Gabriel Lima Lúcia Amorim Manuela Coelho Marlene Gomes Marta Marques Mónica Sequeiros Nuno Pereira Rui Carmo Sérgio Guimarães Sofia Rocha Tânia Araújo Teresa Gonçalves Vítor Arieiro	Alexandrina C. Araújo Elisabete Caldas Maria Rosa Araújo Marisa Máximo Rosa Isolina Malheiro Sandra Maria Pimenta	Casimira Gonçalves Fátima Lourenço João Albino João Rui Santos José João Lucília Lima Manuel Vieira Márcio Cunha Mariana Silva Sandra Carvalhosa Vidal Oliveira

Fonte: ULSAM

### **Anexo 3**

Lista Geral de Contactos Telefónicos

<b>DIRETORES / RESPONSÁVEIS DE SERVIÇO</b>		
<b>SERVIÇO</b>	<b>NOME</b>	<b>NÚMERO</b>
<b>Conselho de Administração</b>		
Presidente	Franklin Ramos	
Enfermeira Diretora	Rosário Barros	968 647 938
<b>Departamento de Medicina Crítica</b>		
Diretor Departamento MC	José Caldeiro	965 377 183
Diretor Serviço Urgência	João Andrade	962 301 516
Enf.º Departamento MC	Cipriano Mâncio	960 150 669
Gestor Departamento MC	Joana Valente	961 361 543
Enf. Chefe SUB PL	Isilda Barbosa	961 361 491
Enf.º Chefe SUB Monção	Jorge Araújo	966 032 669
<b>Serviço Medicina 2 / Convalescença</b>		
Diretor S. Medicina 2	Paula Brandão	961 790 235
Enf.º Chefe Med. 2 Piso 4	Carla Silva	960 022 997
Enf.º Chefe Med. 2 Piso 3	Natália Freitas	966 621 290
Enf.º Chefe Unidade Convalescença	Martinho Sousa	965 795 280
<b>Consulta externa / Hospital de Dia</b>		
Diretor de Serviço Consulta Externa	Sérgio Alcino	969 036 867
Diretor de Serviço do Hospital de Dia	Artur Barros	966 106 295
Enf.º Chefe Consulta Externa PL	Manuela Brito	969 085 165
Diretor Serviço MFR	Fernando Balão	965 126 807
<b>Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral</b>		
Diretor Serviço	Bruno Fernandes	965 103 841
Encarregada Serviços Gerais	Armanda Melo	969 304 692
	Manuela Silva	964 589 193
	Teresa Pimenta	963 293 597
<b>Serviço de Instalações e Equipamentos</b>		
Diretor de SIE	António Vieira	966 048 802
Funcionário SIE PL	Hilário Carvalho	924 458 512
	Luis Filipe Viana	924 458 587
Delegado de Segurança	Teresa Balinha	961 790 297
Diretora do Serviço de Nutrição	Graça Ferro	961 790 259
Diretor dos Serviços Farmacêuticos	Rui Pires	962 766 373
<b>Informática</b>		
Diretor de Serviço	Lúcia Cerqueira	961 914 619
Técnico de Informática	José Carlos Pereira	969 085 375
Técnico de Informática de prevenção		965 164 283
<b>Aprovisionamento</b>		
Diretor de Serviço	Francisco Moura	961 790 273
Funcionários armazém PL	José Ferreira	965 109 041
	Luis Miguel Barros	967 277 421
<b>Diretor Gabinete de Comunicação</b>	Elisabete Moure	967 567 007
<b>Diretor Serviço de Nutrição/Alimentação</b>	Graça Ferro	933 252 243

ENFERMEIROS SUB	
NOME	NÚMERO
Álvaro Gomes	964 140 740
Andreia Correia	965 550 557
Armando Eira	932 827 167
Armando Faria	936 201 964
Catarina Pais	934 652 296
Daniela Miranda	969 973 513
Daniela Mota	926 657 652
Domingos Coelho	967 795 054
Isilda Barbosa	968 013 077
Jorge Lima	966 356 754
José Gabriel Lima	966 509 440
Lúcia Amorim	964 521 311
Manuela Coelho	933 258 851
Maria Teresa	938 637 105
Marlene Gomes	968 799 186
Marta Marques	964 200 371
Mónica Sequeiros	965 132 354
Nuno Pereira	936 257 165
Rita Pereira	969 346 662
Rui Carmo	965 030 697
Sofia Rocha	962 694 669
Sérgio Guimarães	962 427 659
Susana Araújo	962 322 947
Tânia Araújo	967 847 180
Vítor Arieiro	962 474 277

MÉDICOS SUB - TRIAGEM	
André Ferreira	937 372 133
Antónia Alvarez	963 803 880
Bruno Guerreiro	915 329 705
Carlos Salgado	968 413 340
Coralie Alves	960 212 623
Cristiana Antunes	934 921 678
Cristina Miranda	916 283 673
Humberto Faria	964 852 573
Ivone	966 201 207
João Pedro Fonseca	916 549 534
Jonhy Fred Bermedez	913 219 708
José António Costa	938 450 104
Júlio Rica	690 717 614
Lara Quintela	969 894 616
Luis Sequeira	916 635 600
Mafalda Parente	915 268 632
Maria Garcia	933 300 094
Mariana Marques	965 667 904
Mariana Simplicio	961 449 504
Matilde Teles	916 505 886
Otilia Prado	00 34 639 710 121
Rosália Cristina Pereira	936 306 672
Vitor Fernandes	966 469 665
Xuan Gomez	965 503 351

MÉDICOS SUB - MEDICINA INTERNA	
Amanda Rey	937 670 056
António Rodrigues	963 836 556
Carla Fidalgo	918 606 483
Elena Kochetkova	967 830 170
Joana Braga	966 440 143
Joana Carneiro	919 977 808
Joana Serôdio	938 131 859
João Costelha	914 555 644
Liliana Costa	963 136 550
Miguel Costa	964 141 198
Miguel Morgado	966 869 533
Sara Abreu	965 189 103

ASSISTENTES TÉCNICOS SUB	
NOME	NÚMERO
Filipe André Mendes	918 301 138
Elisabete Caldas	967 419 761
Alexandrina Araújo	963 449 747
Sandra Pimenta	965 326 464
Rosa Isolina Malheiro	927 176 486
Rosa Araújo	934 280 460
Marisa Máximo	965 822 408

ASSISTENTES OPERACIONAIS	
NOME	NÚMERO
Casimira Gonçalves	919 970 174
Fátima Lourenço	963 613 206
João Albino Melo	966 701 234
João Rui Santos	925 120 386
José João Sousa	934 109 540
Lucília Lima	968 553 461
Manuel Vieira	961 857 685
Márcio Cunha	965 700 784
Mariana Silva	925 877 455
Sandra Carvalhosa	965 211 670
Vidal Oliveira	932 725 656

## **Anexo 4**

Lista de contactos telefónicos de Ex-Colaboradores Médicos e Enfermeiros



ANTIGOS COLABORADORES	
NOME	NÚMERO
Alberto Bravo	34 666 81 15 81
Carina - médica	967 250 501
Carlos Esteves	965 054 413
Cristina Colaço	965 821 362
Filomena Seco	963 714 498
Isabel Vilaverde	964 626 222
Miguel Garcia	917 609 004
Olga Alves	962 728 011
Paulo Barreiro	962 725 212
Renata Abreu	965 689 743
Rosa Silva	960 462 943

## **Anexo 5**

Folhas de Registos

**Modelo N° 1**Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe**REGISTO DE ATIVAÇÃO**

<b>X</b>	Data <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Hora <u>  </u> : <u>  </u>
<b>Identificação do Informador:</b>		<b>Telf:</b>
CODU		
BOMBEIROS		
PROTEÇÃO CÍVIL		
CHEGADA DAS 1ª VÍTIMAS		
COMUNICAÇÃO SOCIAL		
AGENTES DE SEGURANÇA		
TELEFONE		
OUTROS:		

<b>Informação da ocorrência:</b>

<b>Confirmação</b>	Hora: <u>  </u> : <u>  </u>
--------------------	-----------------------------

<b>Tipo e local da Catástrofe:</b>

<b>N.º de Vítimas:</b>
------------------------

Adultos:	Crianças:
----------	-----------

<b>N.º de Vítimas:</b>
------------------------

Ligeiras:	Graves:	Mortos:
-----------	---------	---------

<b>Lesões predominantes:</b>
------------------------------

TRAUMATIZADOS
---------------

QUEIMADOS
-----------

AFOGADOS
----------

INTOXICADOS
-------------

OUTROS:
---------

<b>ACIONAMENTO GABINETE OPERACIONAL</b>	<b>HORA:</b> <u>  </u> : <u>  </u>
---	------------------------------------

<b>COORDENADOR DO PLANO DE CATASTROFE</b>
---

Unidade Local de Saúde do  
Alto Minho - Registo de  
Catástrofe

Modelo Nº 2

TRIAGEM PRIMÁRIA

	<b>X</b>								
		ANDA							
NÃO ANDA		RESPIRA APÓS ABERTURA V.A. FREQUÊNCIA RESP.>29							
		RESPIRA APÓS ABERTURA V.A. FREQUÊNCIA RESP.<10							
		FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA >10 E <29							
		Preenchimento Capilar > 2 seg.							
		Pulso >120							
		Preenchimento Capilar < 2 seg.							
		Pulso <120							
		NÃO RESPIRA APÓS ABERTURA VIA AÉREA							

N.º
Identificação

PRIORIDADE



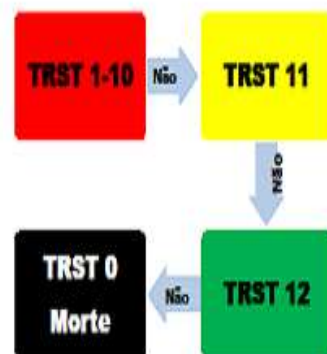
**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

<b>Olhos abertos (O)</b>	
Espontaneamente	4
A Fala	3
A Dor	2
Nula	1
<b>Melhor Resposta Motora (M)</b>	
Obedece a comandos	6
Localiza a dor	5
Não Localiza a Dor	4
Flexão a Dor	3
Extensão a Dor	2
Nula	1
<b>Melhor Resposta Verbal (V)</b>	
Orientada	5
Confusa	4
Inapropriada	3
Incompreensível	2
Nula	1

Resultado da Escala de Coma de Glasgow  
 $O + M + V = 3 a 15$

Pontuação da Triagem Revised Trauma Score: Calcula-se utilizando a frequência respiratória codificada (0-4), pressão sistólica (0-4) e a pontuação da Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação de 0 a 12.

<b>TRTS</b>		
<b>Frequência Respiratória</b>		
10-29		4
>29		3
6-9		2
1-5		1
0		0
<b>Pressão Arterial Sistólica</b>		
>90		4
76-89		3
50-75		2
1-49		1
0		0
<b>Escala Coma Glasgow</b>		
13-15		4
9-12		3
6-8		2
4-5		1
3		0



**Modelo N° 3**

Unidade Local de Saúde do Alto Minho do Alto Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTO DE TRIAGEM**

*Nome do Triador*

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº	HORA	NOME	SEXO	Nº PRÉ HOSP	COR
1	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
2	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
3	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
4	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
5	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
6	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
7	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
8	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
9	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █
10	: : : : : :	_____ _____	M		█
			F		█ █ █ █

**Modelo N° 4**

Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTOS DE SETOR - VERMELHO**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

N°	ORIGEM			DESTINO		
	HORA	AREA		HORA	AREA	
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>		__:	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>

**Modelo N° 5**

Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTOS DE SETOR - AMARELO**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº	ORIGEM		DESTINO		
	HORA	AREA	HORA	AREA	
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	_: _	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/>	_: _	VERMELHO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>



**Modelo N° 6**



Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTOS DE SETOR - VERDE**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°	ORIGEM		DESTINO		
	HORA	AREA	HORA	AREA	
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
	___:___	TRIAGEM <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/>	___:___	VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/>	BLOCO <input type="checkbox"/> CAMA: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

N°	COR	NOME	IDADE DN	MORADA	N° UTENTE	CONTACTO
1			___ -			
2			___ -			
3			___ -			
4			___ -			
5			___ -			
6			___ -			
7			___ -			
8			___ -			
9			___ -			
10			___ -			



DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N.º / NOME / DESCRIÇÃO	ORIGEM	
	HORA	AREA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA <hr/> Enf. Responsável
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA
	___:___	TRIAGEM VERMELHA  AMARELA  VERDE  BLOCO CAMA

**Modelo N.º 10**

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Registo de Catástrofe

**REGISTO DE LESÕES/PROCEDIMENTOS**

Vítima N.º

AREA

AREA

AREA

AREA

HORA

HORA

HORA

HORA

**REGISTO DE LESÕES**

ANTERIOR

POSTERIOR



**LEGENDA**

FRATURA	#
HEMORRAGIA	H
QUEIMADURA	Q
FERIDA	F
CONTUSÃO	C
DOR	D

NOTAS:

**REGISTO DE PROCEDIMENTOS**

ANTERIOR

POSTERIOR



**LEGENDA**

TUBO TRAQUEAL	TET
SONDA GÁSTRICA	SG
CATÉTER CENTRAL	CVC
DRENO TORACÍCO	DT
ABOCATH N.º _____	AB
ALGÁLIA	AL
TALA	TL
PENSO	PS
VENTILAÇÃO MECÂNICA	VM

MEDICO(S)

ENFERMEIRO(S)

Modelo N° 11

Unidade Local de Saúde do Alto  
Minho - Registo de Catástrofe

DATA \_\_/\_\_/\_\_

COORDENADOR PLANO DE CATÁSTROFE  
Contacto \_\_\_\_\_

COORD. CLÍNICO  
Contacto \_\_\_\_\_

COORD.  
RECURSOS/LOGÍSTICA  
Contacto \_\_\_\_\_

COORD. EMERG. INTERNA  
Contacto \_\_\_\_\_

ÁREA VERMELHA  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ÁREA AMARELA  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ÁREA VERDE  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ÁREA PRETA  
CONTACTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OUTROS CONTACTOS

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

ENTIDADE:  
CONTACTO:

## **Anexo 6**

Cartões Operacionais

Funções	Ações	Chek-list
<p style="text-align: center;">Coordenador do Plano de Catástrofe (CPC)</p> <p style="text-align: center;">Responsável Médico do Serviço de Urgência Básico da Triagem Geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Preencher o registo de ativação (Anexo 4, Modelo 1)</li> <li>• Preencher o fluxograma do Plano de Catástrofe, com respetivos contactos (Anexo 4, Modelo 11)</li> <li>• Abrir armário de catástrofe e retirar e distribuir os cartões operacionais aos membros do GO</li> <li>• Decidir e informar o nível de resposta operacional (1, 2 ou 3)</li> <li>• Informar o Diretor do SU (se este não estiver a coordenar)</li> <li>• Informar o Presidente do Conselho de Administração, a Direção Clínica, ou qualquer um dos restantes membros do Conselho</li> <li>• Informar a central de comunicações/telefonista da ativação do plano e do nível de resposta. Manter contato direto e permanente com esta central</li> <li>• Informar as Autoridades para delimitarem a área de acesso ao Hospital Conde de Bertiandos</li> <li>• Atribuir à Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) a coordenação da área vermelha</li> <li>• Pedir informação atualizada da capacidade hospitalar (posto administrativo do SUB)</li> <li>• Prever quantidade e qualidade de camas hospitalares, de acordo com os dados e informações disponíveis</li> <li>• Decidir sobre a evacuação de todas as áreas do SUB (altas, internamentos, transferências)</li> <li>• Ponderar a decisão, em função da evolução da situação, de convocar os profissionais que não se encontrem ao serviço, antecipando o ponto de rutura</li> <li>• Decidir sobre a necessidade de mobilização de recursos externos</li> <li>• Comunicar a necessidade de ativar o Gabinete de Crise (GC), aquando da passagem para Nível 2</li> <li>• Contactar Serviço de Sistemas de Informação para presença física a partir do Nível 2</li> </ul>	



Funções	Ações	Chek-list
<p style="text-align: center;"><b>Coordenador clínico (CC):</b></p> <p style="text-align: center;">Responsável de Medicina Interna do SUB ou, na sua ausência Médico da Triagem Geral que não o Coordenador do Plano de Catástrofe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Definir as áreas de atendimento de acordo com o plano de catástrofe e as informações disponíveis (Anexo 1)</li> <li>• Nomear um coordenador médico e de enfermagem para cada uma das áreas de atendimento primário: área verde, área amarela, área vermelha, se níveis de alerta superiores, ponderar recurso a outros elementos</li> <li>• Distribuir as fichas de registo aos coordenadores de cada uma das áreas (Anexo 4, Modelo 4, 5, 6, 9 e 10)</li> <li>• Avaliar a situação nas áreas de atendimento e proceder às alterações que julgar necessárias</li> <li>• Nomear um elemento administrativo para o registo de entrada de vítimas (Anexo 4, Modelo 3 e Modelo 7)</li> <li>• Acompanhar permanentemente a situação em todas as áreas</li> <li>• Coordenar atividades com serviços de apoio: laboratório e radiologia</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
<p style="text-align: center;">Coordenador de Recursos Humanos/ Materiais e Logística (CRHML)</p> <p style="text-align: center;">Enfermeiro Gestor do SUB ou, na sua ausência, o enfermeiro responsável de turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um registo atualizado de todas as ações (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Informar o Enfermeiro Gestor do SUB da ativação do plano de catástrofe externa, se este não estiver presente</li> <li>• Isolar e identificar áreas de atendimento primário</li> <li>• Avaliar a necessidade de expansão da área de triagem</li> <li>• Nomear enfermeiros para cada uma das áreas de atendimento primário: triagem (Anexo 4, Modelo 2), área verde, área amarela, área vermelha</li> <li>• Se alerta de nível 1, nomear um assistente operacional para apoio à triagem e outro para apoio às áreas vermelha, amarela e verde. Se alerta nível 2 ou 3 ajustar distribuição às necessidades</li> <li>• Destacar um assistente operacional para a área preta e fornecer-lhe os modelos de registo e o cartão operacional (Coordenador da Área Preta, no caso de nível 2 ou 3) (Anexo 4, Modelo 9)</li> <li>• Destacar um assistente operacional para a distribuição de sangue e hemoderivados (no caso de Nível 2 ou 3)</li> <li>• Destacar um assistente operacional para a área de concentração de recursos humanos, que transmitirá as orientações do GO (no caso de nível 2 ou 3) e procederá aos registos necessários (Anexo 4, Modelo 8)</li> <li>• Antecipar as necessidades de meios adicionais para evitar ponto de rutura</li> <li>• Recrutar os meios humanos necessários a partir da área de concentração, ou de outros serviços, de acordo com as decisões do GO</li> <li>• Informar o vigilante do SUB e entregar-lhe o cartão operacional</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
<p style="text-align: center;">Coordenador de Recursos Humanos/ Materiais e Logística (CRHML)</p> <p style="text-align: center;">Enfermeiro Gestor do SUB ou, na sua ausência, o enfermeiro responsável de turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar os responsáveis do aprovisionamento e da farmácia da ativação do plano de emergência e do nível de resposta</li> <li>• Garantir o acesso e operacionalidade de todo o material em armazém, farmácia, pisos de internamentos e reserva no SUB</li> <li>• Prever as ruturas de <i>stocks</i> e requisitar material a outros serviços, se tal vier a ser necessário</li> <li>• Organizar os fluxos de transferência de doentes de acordo com decisões do GO</li> <li>• Garantir fornecimento de refeições aos elementos de serviço e doentes através da ativação do Plano de Contingência do Serviço de Nutrição/Alimentação</li> <li>• Organizar um sistema de mensageiros (voluntários, alunos e eventualmente assistentes operacionais) de apoio ao GO, particularmente na eventualidade de quebra, ou dificuldade de comunicações</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
<p style="text-align: center;">Assistente Técnico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar a equipa de triagem</li> <li>• Contactar <i>staff</i> adicional (Nível 2 ou nível 3)</li> <li>• Recolher as folhas de registo de triagem e efetuar registo numérico para nominal e informatizar (Anexo 4, Modelo 3)</li> <li>• Contactar Serviços sobre a capacidade hospitalar</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
Coordenador da Triagem de Catástrofe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher os <i>kits</i> de triagem no armário de emergência/catástrofe</li> <li>• Reconhecer e identificar os restantes elementos da equipa (assistente operacionais e assistentes técnicos)</li> <li>• Distribuir funções pelos restantes elementos</li> <li>• Assegurar-se da presença e identificar os elementos (assistentes técnicos) para o transporte das vítimas e doentes acolhidos, para as áreas de atendimento primário</li> <li>• Utilizar triagem primária de catástrofe (Anexo 4, Modelo 2)</li> <li>• Identificar e evacuar local da triagem (entrada do SUB)</li> <li>• Prever necessidade de equipas adicionais de triagem e informar GO</li> <li>• Assegurar-se da colocação da pulseira de identificação e prioridade</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
Coordenador da Área Vermelha Médico e Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prever necessidades de recursos adicionais e dar conhecimento ao GO</li> <li>• Aplicar triagem secundária TRST (Anexo 4, Modelo 12)</li> <li>• Organizar os fluxos de doentes na área vermelha</li> <li>• Registrar todas as admissões e saídas da área no (Anexo 4, Modelo 4)</li> <li>• Distribuir folhas de registos de lesões/procedimentos (Anexo 4, Modelo 10)</li> <li>• Organizar a equipa EEMI de acordo com os recursos disponíveis</li> <li>• Dar informações frequentes ao GO do fluxo de doentes</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
Coordenador da Área Amarela Médico e Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar as equipas de assistência</li> <li>• Distribuir folhas de registos de admissões/saídas por todas as áreas (Anexo 4, Modelo 5)</li> <li>• Distribuir folhas de registos de lesões/procedimentos (Anexo 4, Modelo 10)</li> <li>• Nomear responsáveis pelos registos</li> <li>• Aplicar triagem secundária TRST (Anexo 4, Modelo 12)</li> <li>• Prever necessidades de recursos adicionais e informar GO</li> <li>• Organizar os fluxos de vítimas e doentes na Área Amarela e transmitir ao GO</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
Coordenador da Área Verde Médico e Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar as equipas de assistência</li> <li>• Distribuir folhas de registos de admissões/saídas por todas as áreas (Anexo 4, Modelo 6)</li> <li>• Distribuir folhas de registos de lesões/procedimentos (Anexo 4, Modelo 10)</li> <li>• Nomear responsáveis pelos registos</li> <li>• Aplicar triagem secundária TRST (Anexo 4, Modelo 12)</li> <li>• Prever necessidades de recursos adicionais e informar GO</li> <li>• Organizar os fluxos de doentes na Área Verde e disso dar conhecimento ao GO</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
Coordenador da Área Preta Assistente Operacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher os sacos de cadáveres no armário de catástrofe</li> <li>• Dirigir-se e abrir o espaço destinado à área preta (morgue)</li> <li>• Preencher as folhas de registos (Anexo 4, Modelo 9)</li> <li>• Informar o GO do número de cadáveres na área preta</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
Segurança e controlo do SUB VIGILANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o Serviço de Controlo e Vigilância da ativação do plano de catástrofe externa</li> <li>• Controlar a entrada de viaturas no hospital</li> <li>• Colaborar com a polícia, normalizar e orientar o fluxo das ambulâncias e outros veículos que transportem vítimas do incidente e doentes</li> <li>• Em alerta de nível 2 ou 3, ponderar colocar elemento na entrada traseira do hospital Conde de Bertiandos</li> <li>• Prever e informar o GO da necessidade de recursos adicionais</li> </ul>	

Funções	Ações	Chek-list
Operador de Central Telefónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enviar SMS a todos os responsáveis dos serviços, a avisar da ativação do Plano de Resposta à Catástrofe;</li> <li>• Em nível 2, a central telefónica deverá funcionar em permanência no átrio de entrada de visitas para o internamento;</li> <li>• Disponibilizar uma linha direta entre o GO e a central telefónica;</li> <li>• Todas as informações relativas à catástrofe devem ser encaminhadas para o GO.</li> </ul>	

## **Anexo 7**

Lista de Contactos Internos



Serviço	Piso	Posto	EXTENSÃO	Exterior
SUB	P1	Quarto Médico	11 261	
	P1	Refeitório	11 134	<b>258 909 518</b>
	P1	Bar	11 133	
	P1	Arquivo Clínico	11 160	<b>258 909 522</b>
	P1	Armazém Aprovisionamento	11 113	<b>258 909 525</b>
	P1	Rouparia	11 131	
	P1	Farmácia – Preparação Medicação	11 162	
	P1	Farmácia - Gabinete Farmacêutico	11 112	<b>258 909 551</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 3	11 203	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 4	11 204	
Cons.Ext.	P2	Assistente Operacional	11 155	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 10	11 210	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 20 - Tecn. Cardiopneumologia	11 220	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 12	11 212	<b>258 909 530</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 13	11 213	<b>258 909 531</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 14	11 214	<b>258 909 532</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 15	11 215	<b>258 909 533</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 11	11 211	<b>258 909 534</b>
Cons.Ext.	P2	Balcão AT 2	11 122	<b>258 909 535</b>
Cons.Ext.	P2	Coordenador AT	11 120	<b>258 909 536</b>
Cons.Ext.	P2	Balcão AT 3	11 123	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 9	11 209	<b>258 909 537</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 8	11 208	<b>258 909 538</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 7	11 207	<b>258 909 539</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 6	11 206	<b>258 909 540</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 5	11 205	<b>258 909 541</b>
Cons.Ext.	P2	Diretor Serviço - Gabinete 2	11 202	
Cons.Ext.	P2	Balcão AT 4	11 124	<b>258 909 553</b>
Cons.Ext.	P2	Gabinete 25	11 225	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 1	11 201	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 16	11 216	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 17	11 217	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 18	11 218	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 19 - Tecn Pneumo	11 219	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 21 - Cardio Ecografia	11 221	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 22	11 222	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 23	11 223	
Cons.Ext.	P2	Gabinete 24	11 224	
Hosp. Dia	P2	Gabinete Consulta	11 292	<b>258 909 554</b>
Hosp. Dia	P2	Gabinete Enfermagem	11 293	
Hosp. Dia	P2	Sala de Tratamentos	11 295	<b>258 909 588</b>

Hosp. Dia	P2	Administrativo	11 290	<b>258 909 583</b>
Hosp. Dia	P2	Consultório	11 291	
MFR	P2	Gabinete Serviços Gerais	11 152	
MFR	P2	Terapia fala	11 242	
MFR	P2	AT Balcão 2	11 245	<b>258 909 557</b>
MFR	P2	AT Balcão 1	11 244	
MFR	P2	Consultório 1	11 231	
MFR	P2	Consultório 2	11 232	
MFR	P2	Sala Trabalho	11 243	
MFR	P2	Terapia Ocupacional	11 233	
MFR	P2	Sala A.V.D.	11 239	
MFR	P2	Ginásio II	11 236	
MFR	P2	Piscina	11 237	
MFR	P2	Reeducação Funcional Respiratória	11 238	
MFR	P2	Ginásio	11 235	
MFR	P2	Sala Reuniões	11 240	
MFR	P2	Director Serviço	11 230	
MFR	P2	Electroterapia	11 234	<b>258 909 559</b>
Pat.Clínica	P2	Sala de Trabalho	11 285	<b>258 909 552</b>
Pat.Clínica	P2	Gabinete Responsável	11 282	
Pat.Clínica	P2	Colheitas	11 283	
Pat.Clínica	P2	Hipocoagulados	11 284	
Pat.Clínica	P2	Atendimento	11 280	<b>258 909 582</b>
Pat.Clínica	P2	Armazém	11 281	
Radiologia	P2	Densitometria	11 274	<b>258 909 542</b>
Radiologia	P2	Ecografia	11 273	<b>258 909 543</b>
Radiologia	P2	Atendimento	11 270	<b>258 909 544</b>
Radiologia	P2	Técnicos	11 271	<b>258 909 546</b>
Radiologia	P2	T.A.C.	11 272	<b>258 909 565</b>
S.I.E.	P2	Armazém	11 152	
S.I.E.	P2	Oficinas	11 151	
S.I.E.	P2	Administrativo	11 150	<b>258 909 563</b>
Serviço Social	P2	Gabinete 2	11 298	<b>258 909 547</b>
Serviço Social	P2	AT	11 296	<b>258 909 562</b>
Serviço Social	P2	Gabinete 1	11 297	<b>258 909 564</b>
SUB	P2	Consultório 3	11 253	
SUB	P2	Coordenação	11 255	<b>258 909 526</b>
SUB	P2	Balcão AT	11 250	<b>258 909 528</b>
SUB	P2	OBS Grande	11 257	<b>258 909 581</b>
SUB	P2	Consultório 1	11 251	

SUB	P2	Consultório 2	11 252	
SUB	P2	Consultório 4	11 254	
SUB	P2	Isolamento	11 262	
SUB	P2	Triagem	11 256	
SUB	P2	Copa	11 263	
SUB	P2	Emergência	11 260	
SUB	P2	OBS Pequena	11 258	
	P2	Central Telefônica	11 100	<b>258 909 500</b>
	P2	Balcão Informativo	11 200	<b>258 909 527</b>
	P2	Esterilização	11 114	
	P2	Gabinete Enf. Chefe C. Externa/H. Dia	11 294	<b>258 909 556</b>
	P2	Serviços Gerais Gabinete Enc. Geral	11 396	
	P2	Serviços Gerais Gab. Chefe Serviço	11 397	
	P2	Sala Técnica - Bast A	11 241	
CCI	P3	Gabinete	11 370	
MED 2 P3	P3	Gabinete Reumatologia	11 311	<b>258 909 573</b>
MED 2 P3	P3	Gabinete Medicina Interna	11 308	<b>258 909 574</b>
MED 2 P3	P3	Enf. Chefe	11 302	<b>258 909 575</b>
MED 2 P3	P3	Sala de Reuniões	11 310	
MED 2 P3	P3	Gabinete Medicina Interna	11 307	<b>258 909 576</b>
MED 2 P3	P3	Secretariado	11 300	<b>258 909 577</b>
MED 2 P3	P3	Copa	11 309	
MED 2 P3	P3	Sala Registos	11 305	<b>258 909 578</b>
MED 2 P3	P3	Balcão Enf 1	11 303	<b>258 909 579</b>
MED 2 P3	P3	Balcão Enf 2	11 304	
MED 2 P3	P3	Sala de Tratamentos	11 306	
MED 2 P3	P3	Quarto 26	11 326	
MED 2 P3	P3	Quarto 25	11 325	
SSHST	P3	Gabinete Enfermagem	11 372	
SSHST	P3	Gabinete Médico	11 371	
U Conv.	P3	Sala Tratamentos	11 356	
U Conv.	P3	Balcão Enf 1	11 353	
U Conv.	P3	Balcão Enf 2	11 354	<b>258 909 585</b>
U Conv.	P3	Ginásio	11 357	
U Conv.	P3		11 358	<b>258 909 509</b>
U Conv.	P3	Copa	11 359	
U Conv.	P3	Secretariado	11 350	<b>258 909 584</b>
U Conv.	P3	Enf. Chefe	11 352	
U Conv.	P3	Sala Enf. Polivalente	11 355	
	P3	Gab. Chefe Secção Medicina	11 376	
	P3	Gestão Imobilizado	11 377	<b>258 909 587</b>
	P3	Serv. Gerais Medicinas e U Conv.	11 378	<b>258 909 524</b>

	P3	C. Ext. Psic. Pediátrica	11 375	
	P3	Gab. Reumatologia	11 374	
	P3	Sala Técnica - Bast B e F	11 341	
MED 2 P4	P4	Gabinete Med. Interna	11 407	<b>258 909 566</b>
MED 2 P4	P4	Diretor Serviço	11 401	<b>258 909 567</b>
MED 2 P4	P4	Enf.ª Chefe	11 402	<b>258 909 568</b>
MED 2 P4	P4	Sala de Reuniões	11 410	
MED 2 P4	P4	Gabinete Med. Interna	11 408	<b>258 909 569</b>
MED 2 P4	P4	Secretariado	11 400	<b>258 909 570</b>
MED 2 P4	P4	Copa	11 409	
MED 2 P4	P4	Sala Registos	11 405	<b>258 909 571</b>
MED 2 P4	P4	P4 Balcão Enf 1	11 403	<b>258 909 572</b>
MED 2 P4	P4	P4 Balcão Enf 2	11 404	
MED 2 P4	P4	Sala Tratamentos	11 406	
MED 2 P4	P4	Quarto 26	11 426	
MED 2 P4	P4	Quarto 25	11 425	
Serviço Social	P4	Gabinete 3	11 499	<b>258 909 586</b>
	P4	Administração - Gabinete Vogais	11 451	<b>258 909 545</b>
	P4	Relações Públicas - Direcção	11 440	<b>258 909 580</b>
	P4	Presidente Cons. Administração	11 450	<b>258 909 550</b>
	P4	Órgãos Suporte Gestão e Logística	11 430	<b>258 909 555</b>
	P4	Gabinete Direcção Enfermagem C. A.	11 452	<b>258 909 560</b>
	P4	EIHCP	11 442	<b>258 909 511</b>
	P4	Unidade Apoio Administrativo	11 420	
	P4	Informática	11 141	<b>258 909 516</b>
	P4	Nutrição Diretor Serviço	11 118	
	P4	Unidade Apoio Administrativo	11 421	<b>258 909 519</b>
	P4	Unidade Apoio Administrativo	11 422	<b>258 909 520</b>
	P4	Sala Reuniões C. A.	11 453	<b>258 909 548</b>
	P4	Técnicos Saúde Pública	11 106	
	P4	Adj. Saúde Pública	11 105	
UCC	UCC	Secretariado	<b>29 108</b>	<b>258 909 521</b>
UCC	UCC	Enfermagem 1	<b>29 109</b>	
UCC	UCC	Enf. Coordenadora	<b>29 103</b>	<b>258 909 523</b>
UCC	UCC	Enfermagem 2	<b>29 111</b>	

## **Apêndice XI**

Apresentação do PRCE à equipa multidisciplinar do SUB

# Plano de Resposta à CATÁSTROFE Externa

Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos ULSAM, EPE



Sérgio Guimarães  
Clementina Sousa  
Paulo Rodrigues

Janeiro, 2020

## Objetivos da Sessão



Apresentação e discussão do Plano de Resposta à Catástrofe Externa

## Porquê? Responsabilidades?

### Equipa multidisciplinar

- Elaboração, atualização e operacionalização do Plano de Emergência ou Catástrofe

### Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência
- Planeia a resposta concreta em situação de emergência multivítimas ou catástrofe
- Gere cuidados em situações de emergência ou catástrofe

• Regulamento 124/2011, p. 867 (DR)

## Acidente grave

- “É um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e espaço, suscetível de atingir pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”

Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, p. 4690)

## Catástrofe

- “Acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”

Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, p. 4696)

## Riscos

- Probabilidade de acontecimentos indesejáveis, suscetíveis de provocar graves danos pessoais, culturais e ambientais ou perturbação no tecido sócio económico

Proteção Civil, 2015



Corresponde a uma ocorrência potencialmente negativa, que se poderá vir ou não a manifestar

Lourenço (2015, p. 8/9)

## Tipificação e hierarquização do grau risco

		GRAU DE SUBSÍDIO				
		Assistido	Subsidiado	Quase-subsidiado	Assistido	Assistido
ESTABELECIMENTO	Hospital					
	Unidade de Saúde					
	Unidade de Saúde					
	Unidade de Saúde					
	Unidade de Saúde					
Unidade de Saúde						
Unidade de Saúde						
Unidade de Saúde						
Unidade de Saúde						
Unidade de Saúde						

Proteção Civil, 2015

## Plano Especial de Emergência de Proteção Civil (PEEPC)

- “Os planos especiais são elaborados com o objetivo de serem aplicados na eminência ou ocorrência de acidentes graves ou catástrofes específicas”

Resolução nº 30/2015, artigo 3º, p. 1119, Diário da República

## Plano Especial de Emergência de Proteção Civil

Plano de Emergência para Unidades de Saúde (PEUS)

Plano de Segurança Interno da Unidade de Saúde

Plano de Resposta à Catástrofe ou PEE

## Operacionalidade



Teste à operacionalidade dos PE/PC



Realização de exercícios/simulacros



Periodicidade máxima 2 anos

Resolução nº 30/2015, artigo 8º, p. 1119, Diário da República

## Níveis de Resposta

Nível de Alerta	Nº de vítimas urgentes e não urgentes (amarelos e verdes)	Nº de vítimas emergentes (vermelhos)
Nível 1 - Verde	< 10	1 a 2
Nível 2 - Amarelo	10 a 20	3 a 4
Nível 3 - Vermelho	> 20	> 4

- **Nível 1:** Resposta com meios disponíveis em presença física, no SUB de Ponte de Lima
- **Nível 2:** Resposta com recursos previstos no nível 1 e recursos mobilizáveis em situação de acidente grave
- **Nível 3:** Mobilização de todos os recursos do Hospital Conde Bertiandos, em situação de catástrofe

## Refletir Níveis de Resposta

- Em caso de evento com 22 vítimas triadas de prioridade amarelo e 2 vítimas triadas com prioridade vermelho, qual o Nível?

Nível de Alerta	Nº de vítimas urgentes e não urgentes (amarelos e verdes)	Nº de vítimas emergentes (vermelhos)
Nível 1 - Verde	< 10	1 a 2
Nível 2 - Amarelo	10 a 20	3 a 4
Nível 3 - Vermelho	> 20	> 4

## Refletir Níveis de Resposta

- Em caso de evento com 5 vítimas triadas com prioridade verde e 5 vítimas triadas com prioridade vermelha, qual o Nível?

Nível de Alerta	Nº de vítimas urgentes e não urgentes (amarelos e verdes)	Nº de vítimas emergentes (vermelhos)
Nível 1 - Verde	< 10	1 a 2
Nível 2 - Amarelo	10 a 20	3 a 4
Nível 3 - Vermelho	> 20	> 4

Qualquer catástrofe/acidente grave implica uma avaliação do GO, que em conjunto, reflete e determina o Nível de atuação, podendo sempre aumentar mediante avaliação de possíveis pontos de rutura

## Organização do espaço físico Nível 1



## Organização do espaço físico Nível 2



## Organização do espaço físico Nível 3



## Meios e Recursos em Nível 1

### Recursos humanos

- Todos os profissionais escalados segundo horário no SUB, nas 24 horas de um dia normal



### Meios e Recursos em Nível 1

- **Recursos de gestão e logística**
- Recursos habitualmente disponíveis de 2.<sup>a</sup> a 6.<sup>a</sup> feira, das 9h às 13h e das 14h às 17h que inclui:
  - Aprovisionamento
  - Instalações/Equipamentos
  - Comunicação/Relações Públicas
  - Serviços hoteleiros disponíveis de 2.<sup>a</sup> feira a domingo das 7:30 às 22h
  - Comunicações das 7:30 às 20h, vigilância 24h

### Meios e Recursos em Nível 1

- **Capacidade Hospitalar**
- Internamento Medicina 2, piso 3, ala Norte, 30 camas
- Internamento Medicina 2, piso 4, 30 camas
- Unidade de Convalescência, Piso 3, 24 camas
- **Nota:** A partir da ativação do plano de catástrofe, o chefe de equipa do Serviço de Urgência deve ser informado da capacidade de internamento disponível às 8h e às 18h de cada dia

### Meios e Recursos em Nível 1

- **Autonomia dos Serviços**
- **Farmácia:** Fármacos normalmente disponíveis no SUB, com possibilidade de recurso a outros serviços hospitalares
- **Sangue:** Reservas suficientes para dar resposta imediata às situações tipificadas para este nível

### Meios e Recursos em Nível 1

- **Autonomia dos Serviços**
- **Água:** Dois depósitos com 30000 l cada, que permite o abastecimento normal do Hospital durante 2 dias.
- **Aprovisionamento:** Consumíveis habituais do SUB.

### Meios e Recursos em Nível 1

- **Autonomia dos Serviços**
- **Eletricidade:** O Hospital possui gerador a gasóleo com depósito de 600 litros, baterias e UPS para circuitos informáticos que permite uma autonomia do SUB de 12h

### Meios e Recursos em Nível 1

- **Autonomia dos Serviços**
- **Informática:** De segunda a sexta-feira das 8:30h às 15:30h em presença física, depois deste horário prevenção através do n.º 965164283

## Meios e Recursos em Nível 2

- Resposta com recursos previstos no nível 1 e possibilidade de utilização de recursos mobilizáveis



- Decisão cabe ao Gabinete Operacional

## Meios e Recursos em Nível 2

- **Recursos humanos**
- Todos os recursos mobilizados para nível 1;
- Todos os médicos e enfermeiros da equipa do SUB que o coordenador do PC considere necessários;
- Três Assistentes Administrativos, dois Técnicos de Radiologia e dois Técnicos de Análises Clínicas em permanência;
- Equacionar recursos mobilizáveis dos Internamentos, Hospital de Dia e Consulta Externa deste Hospital e Hospital Santa Luzia.

## Meios e Recursos em Nível 2

- **Recursos de gestão e logística**
- Todos os referidos no nível 1.
- **Capacidade hospitalar**
- A referida no nível 1 à qual se acresce a área de fisioterapia, após interrupção de consultas e tratamentos

## Meios e Recursos em Nível 2

- **Autonomia dos Serviços**
- **Farmácia:** Utilização de todo o *stock* da Farmácia, cuja capacidade assegura 3 dias de consumos normais. Caso não se revele suficiente, solicitar fornecimento à Farmácia do Hospital de Santa Luzia;
- **Sangue:** Utilização das reservas disponíveis e recurso ao Serviço de Imunohemoterapia do Hospital de Santa Luzia;

## Meios e Recursos em Nível 2

- **Autonomia dos Serviços**
- **Água:** A mesma que o nível 1. Em caso de necessidade solicitar abastecimento ao Serviço Municipal de Proteção Civil;
- **Eletricidade:** A referida no nível 1. Se falha de energia, solicitar abastecimento do gerador com gasóleo por fornecedor externo, a cada 10 h do plano ativo e simultaneamente sem energia;

## Meios e Recursos em Nível 2

- **Autonomia dos Serviços**
- **Aprovisionamento:** A referida no nível 1, em caso de necessidade solicitar fornecimento ao Aprovisionamento Central do Hospital de Santa Luzia;
- **Informática:** Apoio disponível 24 h dia, em presença física.

### Meios e Recursos em Nível 3

A ativação do **nível 3** implica a mobilização de todos os recursos do Hospital Conde Bertiandos

### Meios e Recursos em Nível 3

#### • Recursos Humanos

- Todos os do nível 2;
- Todos os Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais a exercer funções no SUB deste Hospital;
- Possibilidade de recorrer à lista de ex-colaboradores Médicos e Enfermeiros do SUB;
- Possibilidade de recurso a todos os profissionais deste Hospital e Hospital Santa Luzia.

### Meios e Recursos em Nível 3

#### • Recursos de Gestão e Logística

- Todos os do nível 2;
- Recurso ao Hospital de Santa Luzia;
- Recurso aos Serviços Municipais de Proteção Civil;
- Equacionar outras entidades que possam colaborar.

### Meios e Recursos em Nível 3

#### • Capacidade Hospitalar

- Toda a do nível 2;
- Recurso a locais que permitam aumentar as áreas de trabalho, como cantina, salas de espera dos utentes;
- Recurso ao Hospital de Santa Luzia se excedida a capacidade deste Hospital;
- Equacionar abertura do Centro de Saúde de Ponte de Lima para implementar área verde.

### Meios e Recursos em Nível 3

#### • Autonomia dos Serviços

- Toda a do nível 2;
- Serviço 24h em permanência de todos os setores (EX: SIE, informática, farmácia...);
- Recurso ao Hospital de Santa Luzia;
- Recurso a outras instituições e entidades externas.

### Organograma de Atuação



## Alerta e ativação do PC



## Para que o Plano de Catástrofe não seja “inútil”...



- Não podemos prevenir todas as catástrofes. Mas podemos trabalhar em conjunto para assegurar que, quando se registarem, estejamos preparados para salvar vidas.

(Secretário Geral da ONU, 2009)



**Apêndice XII**

Pedido de autorização ao Diretor Clínico dos Serviços de Urgência da ULSAM

Exmo. Sr. Diretor Clínico do Serviço de Urgência Básico  
do Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima  
Dr.º João Andrade

Eu, Sérgio Alexandre Neves Guimarães, enfermeiro no Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos - ULSAM, com o n.º mecanográfico 84956, encontro-me neste momento matriculado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar que sua excelência se digne autorizar a realização de trabalho de investigação, concretamente trabalho de projeto intitulado “Construção do plano de catástrofe externa num Serviço de Urgência Básico”, de forma a constituir uma tese que posteriormente, defenderei para me conferir o grau de Mestre.

Esta investigação decorrerá no Serviço de Urgência Básico de Ponte de Lima e compreende várias fases, nas quais terei de efetuar alguma recolha de dados aos profissionais desta instituição e discussão de práticas clínicas.

Ao longo de todo este processo serei orientado pela Profª Dr.ª Clementina Sousa, docente na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e, coorientado pelo Prof. Dr.º Paulo Rodrigues, docente da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do IPVC.

Se considerar pertinente, encontro-me disponível para prestar todas as informações ou esclarecimentos que julgue necessários.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada ao assunto, apresento os melhores cumprimentos.

Sérgio Guimarães

Sr. Enfermeiro Sérgio Guimarães:

Não só autorizo a realização do trabalho como me coloco à sua disposição para colaborar no que for necessário. Será certamente uma mais valia para o funcionamento do serviço pelo que agradeço o seu empenho e felicito-o pela ideia.

Cumprimentos,

João Andrade

---

## **Apêndice XIII**

Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de  
Administração da Unidade Local de  
Saúde do Alto Minho E.P.E.

**Assunto:** Autorização para realização de estudo de investigação

Sérgio Alexandre Neves Guimarães, enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer funções no Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima, encontrando-me a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência se digne autorizar a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema “Construção do Plano de Catástrofe num Serviço de Urgência Básico”, sob orientação da Professora Doutora Clementina Sousa.

Este estudo tem por objetivo a elaboração e implementação do Plano de Catástrofe no SUB de Ponte de Lima.

A colheita de dados será efetuada através de questionário efetuado junto dos enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência Básico do Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo após consentimento informado e esclarecido, salvaguardando as questões éticas e não prejudicando o normal funcionamento do Serviço.

Atenciosamente,

Pede deferimento,

Viana do Castelo, 08 de Outubro de 2018



---

(Sérgio Alexandre Neves Guimarães)



**Apêndice XIV**

Parecer do Presidente do Conselho de Ética

	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 55/2018 -CES</b>	
		Pág. 1 de 1

**Comissão de Ética para a Saúde (CES)**

Data de Entrada no Secretariado da CES: Pedido nº 124 de 08/10/2018  <b>Assunto:</b>  Estudo de investigação sob o tema "Construção do Plano de Catástrofe num Serviço de Urgência Básico".	Solicitado pelo Conselho de Administração  Em nome do(s) investigador(es):  " Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Sérgio Alexandre Neves Guimarães, aluno do V Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da ESS do IPVC".
--	---

**1. A(s) questão(ões) colocada(s)**

Solicita autorização para a recolha de dados, através de um questionário dirigido a enfermeiros e médicos de um Serviço de Urgência Básico".

**2. Fundamentação**

O presente estudo consta de um trabalho de projeto que tem como objetivo "A elaboração e implementação do Plano de Catástrofe no SUB de Ponte de Lima".

A consciencialização da importância de uma cultura de prevenção aliada a estratégias bem definidas de planeamento e gestão, baseados nos potenciais riscos, leva a Direção Geral de Saúde a recomendar a elaboração de planos de emergência para todas as unidades de saúde ...."

"...esta necessidade, emerge do contexto profissional bem como das responsabilidades do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que define que o mesmo deve dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, intervindo quer na conceção dos planos institucionais quer na liderança da resposta institucional às situações de catástrofe".

(sic, fundamentação do projeto disponibilizado)

**3. Conclusão/parecer**

O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod.Q741, e Mod.Q755 pelo que emitimos parecer favorável.

**Nota:** Referências bibliográficas:

Relator(es)	Rosa Olívia Mimoso
Ratificado em reunião do dia	20/11/2018
Enviado parecer: / /	

20/11/2018

O Presidente da CES

Mod. Q756.0 Nov/2014

*Rosário Barros*  
 Rosário Barros  
 Enfermeira Diretora  
 20/11/18

*ANTÓNIO RODRIGUES, DR*  
 ANTÓNIO RODRIGUES, DR  
 PRESIDENTE DA CES



*20/11/18*