

Maria Margarida de Aguiar Martins da Silva

PLANO REGIONAL DE EMERGÊNCIA EXTERNA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciência da Saúde

Porto, 2014

Maria Margarida de Aguiar Martins da Silva

PLANO REGIONAL DE EMERGÊNCIA EXTERNA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciência da Saúde

Porto, 2014

Maria Margarida de Aguiar Martins da Silva

PLANO REGIONAL DE EMERGÊNCIA EXTERNA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa,
Como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

SUMÁRIO

A eficácia da ação dos serviços de saúde em situações de emergência ou de catástrofe de grande dimensão é um tema do maior interesse para os todos os profissionais ligados à área da saúde.

Por outro lado, e no caso de catástrofes com significativo número de vítimas, as questões de identificação humana ou médico-legal enfatizam o papel da medicina dentária forense nestas situações.

Foi propósito deste trabalho avaliar da existência de planos regionais de emergência externa no âmbito da saúde integrados num campo mais vasto do sistema nacional de proteção civil.

Após identificação do quadro legal aplicável e da determinação das entidades a nível nacional, regional, ou local com competências nesta matéria, foi elaborado um inquérito que, posteriormente, foi enviado a essas entidades.

Procedeu-se também a um conjunto de entrevistas a profissionais de saúde especialistas nestas matérias.

Os resultados das diligências realizadas e das respostas ao inquérito elaborado permitiram concluir da existência de notórias diferenças de entendimento das situações por parte das autoridades numa esfera nacional, quer de proteção civil quer na área da saúde.

Verificou-se também um assinalável consenso entre especialistas ligados à saúde quanto à não existência de planos regionais de emergência externa no âmbito da saúde e à urgência na sua elaboração e aplicação.

Como resultado, é sugerida a elaboração destes planos aplicáveis a todas as unidades de saúde de cada região, dos quais resulta a otimização do pessoal e dos meios existentes.

Propõe-se ainda a inclusão de profissionais de medicina dentária nas equipas multidisciplinares que operam em situação de emergência.

ABSTRACT

Effectiveness of the action of health services in emergencies or mass disasters must be a major concern for all the health professionals.

Also, in case of mass disasters with a significant number of casualties, the role of the forensic odontology in those situations is essential for identification of the victims.

This investigation aims to evaluate the existence of a Regional Plan for External Emergency, in the field of the health services within the scope of the national system of civil protection.

After the determination of the applicable legal frame and the identification of the competent national, regional or local authorities, an enquiry was elaborated and sent to these authorities.

Also, a number of direct enquiries to some specialised health professional were held.

The results observed after the analysis of the answers to the enquiry led to conclude about the existence of significant differences on the understanding of the whole situation by the national authorities of civil protection and health services.

It was also established a significant consensus among the health specialists on the nonexistence of any regional plan for external emergency in the field of health services and on the urgent need of its effective existence.

As a result of this investigation it is suggested the creation of these regional plans involving all the health units in each region, aiming to optimise the performance of the existent personnel and facilities.

Finally it is suggested the inclusion of odontology professionals in the multidisciplinary teams operating in emergency situations.

DEDICATÓRIA

*Ào meu filho, o meu maior tesouro,
por todo o seu amor e apoio,
que durante cinco anos fez parte desta viagem,
com muitas partidas e chegadas entre Lisboa e Porto...*

AGRADECIMENTOS

O meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Aguiar Coelho, agradeço a sua orientação e apoio que sempre me dispensou, mesmo em momentos menos fáceis, pela sua motivação e exigência.

À Mestre Maria Gabriel Queirós, agradeço toda a ajuda dada, orientação, apoio, disponibilidade e rigor.

Ao Engenheiro Jaime Braga, avô do meu filho, que ao longo de quase duas décadas me tem apoiado de forma incondicional, os meus agradecimentos, pelo seu apoio e ensinamento.

Ao Dr. Paulo Rosa, agradeço os seus conhecimentos informáticos e atenção sem reservas.

A todos os profissionais envolvidos neste trabalho, agradeço o apoio, disponibilidade e todas as valiosas contribuições para a sua realização.

A todos os familiares e amigos, que entenderam a minha ausência.

Aos meus pais, agradeço todo o incentivo durante os últimos cinco anos e apoio ao longo da minha vida em todas as minhas escolhas.

Ao meu filho, agradeço o seu carinho e amor.

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	1
II – DESENVOLVIMENTO	5
1. Conceitos e quadro geral de um plano de emergência.....	7
1.1. O Plano de Emergência Externa	8
1.1.1. Os objetivos do Plano de Emergência Externa	8
1.1.2. O modelo de triagem de prioridades do Plano de Emergência Externa.....	9
1.1.3. Princípios gerais da elaboração do Plano de Emergência Externa.....	11
1.1.4. Modalidades de ativação e desativação do Plano de Emergência Externa ...	12
1.1.5. Níveis de resposta da emergência externa (Fase de Alarme).....	14
1.1.6. A cadeia de comando e controlo num Plano de Emergência Externa.....	15
2. O quadro legal da emergência externa	16
2.1. Principais diplomas legais.....	16
2.2. Modelo organizacional e de gestão da emergência externa em Portugal	19
3. As instituições e serviços de saúde na estrutura organizacional de emergência externa.....	21
3.1. Os níveis de intervenção nos planos de emergência.....	29
3.1.1. Intervenção local/municipal	29
3.1.2. Intervenção regional	30
3.1.3. Intervenção nacional	31
3.2. O Plano Regional de Emergência Externa da saúde	34
3.3. O que se entende por um Plano Regional de Emergência Externa da saúde.....	34
3.4. As regiões de saúde.....	35
4. A missão do Médico Dentista em situação de emergência externa.....	39
4.1. Importância dos registos dentários.....	39
4.2. Contributo do Médico Dentista para avaliação da identidade numa catástrofe...	40
4.3. Medicina Dentária Forense em Portugal.....	40
5. Quadro metodológico e investigação	42
5.1. Objetivos do trabalho.....	42
5.2. Métodos e técnicas utilizados	42
6. A investigação	43

6.1. Análise dos diplomas legais.....	43
6.2. Diligências efetuadas junto de diversas entidades e pessoas.....	45
6.3. O inquérito.....	47
6.4. Os resultados e discussão.....	47
6.5. A proposta.....	53
III – CONCLUSÃO.....	56
IV - BIBLIOGRAFIA.....	58
ANEXOS.....	63
Anexo I – Carta de apresentação do inquérito.....	64
Anexo II – Inquérito.....	66

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1 – Distritos da ARS Norte-----	38

ÍNDICE DE INQUÉRITOS

Página

Inquérito-----	68
----------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Catástrofes naturais-----	6
Tabela 2 – Comparação de magnitude dos eventos-----	20
Tabela 3 – Respostas das Entidades e Especialistas na área da Proteção Civil no âmbito da Saúde ao Inquérito apresentado-----	37

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ANPC: Autoridade Nacional de Proteção Civil

APMDH: Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar

ARS Norte: Administração Regional de Saúde do Norte

ASAE: Autoridade de Segurança Alimentar e Económica

CB: Corpos de Bombeiros

CCO: Centros de Coordenação Operacional

CCOD: Centros de Coordenação Operacional Distrital

CCON: Centro de Coordenação Operacional Nacional

CDPC: Comissões Distritais de Proteção Civil

CMPC: Comissão Municipal de Proteção Civil

CNPC: Comissão Nacional de Proteção Civil

CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COS: Comandante das Operações de Socorro

CVP: Cruz Vermelha Portuguesa

DGS: Direção-Geral da Saúde

FA: Forças Armadas

FP: Forças Policiais

FS: Forças de Segurança

GC: Gabinete de Crise

GNR: Guarda Nacional Republicana

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

INFARMED: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

INSA: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IP: Instituto Público

IPST: Instituto Português do Sangue e da Transplantação

ISRD: International Strategy for Disaster Reduction

(EIRC: Estratégia Internacional para a redução de Catástrofes)

ITP: Incidente Tático-Policial

MS: Ministério da Saúde

OMD: Ordem dos Médicos Dentistas

OMS: Organização Mundial de Saúde

PE: Plano de Emergência

PEE: Plano de Emergência Externa

PEI: Plano de Emergência Interna

PMEPC: Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil

PNEPC: Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

PREE: Plano Regional de Emergência Externa

PREMAC: Plano de Redução e Melhoria da Administração Central

PSP: Polícia de Segurança Pública

SF: Sapadores Florestais

SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica

SIOPS: Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

SNS: Sistema Nacional de Saúde

START: Simple Triage and Rapid Treatment

TO: Teatro de Operações

TRTS: Triage Revised Trauma Score

ZA: Zona de Apoio

ZCR: Zona de Concentração e Reserva

ZRR: Zona de Receção de Reforços

ZS: Zona de Sinistro

I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto o Plano Regional de Emergência Externa da Região do Norte de Portugal no âmbito da saúde. Esta escolha resulta da consciência de que hoje a ação médica terá forçosamente de se integrar na dinâmica da sociedade em que se insere, o que inclui a disponibilidade para a integração em equipas pluridisciplinares, circunstância que ocorre seguramente em situações de catástrofe ou de emergência social.

Com este trabalho pretende-se saber se existe algum Plano Regional de Emergência Externa (PREE) que coordene as atividades dos diferentes estabelecimentos de saúde em caso de grande catástrofe ou acidente grave, e, se não existir, saber a opinião de várias entidades sobre a necessidade de tal plano, bem como, por último, identificar alguns aspetos essenciais da sua estrutura.

A metodologia adotada no presente trabalho segue uma abordagem de investigação qualitativa, que assentou simultaneamente numa pesquisa exploratória e de ação. Deste modo na elaboração deste trabalho recorreu-se a um levantamento bibliográfico através dos motores de pesquisa Pubmed, PORBASE, Science Direct, Scirus e B-on. Foi também realizada uma pesquisa manual nas bibliotecas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa e da Biblioteca Nacional de Portugal. Recorreu-se igualmente a um levantamento documental através do contacto com algumas entidades, nomeadamente a Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Administração Regional de Saúde do Norte (ARS do Norte), Direção-Geral da Saúde (DGS), assim como entrevistas centradas ou focadas numa lista de tópicos relativos ao trabalho em estudo a pessoas envolvidas neste tema, e entrevistas semidirectas com a finalidade de responderem às questões colocadas no âmbito de um inquérito elaborado para efeitos deste trabalho.

Palavras-chave: catástrofe, saúde, plano emergência, plano regional emergência externa, medicina dentária forense.

Os critérios de inclusão usados neste trabalho tiveram por base todo o material com relevância no estabelecimento dos quadros legal e regulamentar de atuação em situação de catástrofe; importância quanto à organização das unidades de saúde no que respeita à sua preparação para atuação em caso de catástrofe; evidência do papel da medicina dentária em situações de catástrofe. Obtiveram-se 45 materiais bibliográficos, dos quais se utilizaram 40, porque os restantes não eram relevantes para o tema em causa. Não foi imposto limite temporal na pesquisa deste estudo transversal qualitativo. Procurou-se, contudo, avaliar a situação atualmente vigente na área de competências das entidades envolvidas no que respeita à organização face a emergências ou catástrofes.

Durante muitos séculos, as causas das catástrofes limitaram-se a ser exclusivamente fenómenos de origem natural (secas, pragas, sismos, erupção vulcânicas, furacões, inundações, etc), mas a intervenção humana e a evolução tecnológica vieram provocar outras causas que determinaram o aumento da frequência de acontecimentos catastróficos súbitos e não planeados. Os efeitos das catástrofes naturais são agora também agravados pelas ações humanas através de comportamentos dolosos ou negligentes, como, por exemplo, as guerras, a corrupção, a ausência de solidariedade, a impermeabilização dos solos, as construções em leitos de cheias, entre tantos outros. (Andrade, 2010)

A vulnerabilidade das sociedades às catástrofes naturais depende do seu grau de desenvolvimento. São mais vulneráveis os países subdesenvolvidos, caracterizados por grande pobreza, elevadas densidades populacionais e sem capacidade tecnológica e financeira para evitar e/ou reduzir os efeitos dos acontecimentos catastróficos. A crescente concentração populacional, o aumento do parque habitacional, a cada vez maior dependência de meios altamente tecnológicos, a maior relevância dos desastres ecológicos e as alterações climáticas favorecem a magnitude duma catástrofe e o aumento da vulnerabilidade associada.

Para minimizar as consequências dos riscos naturais e evitar que se transformem em catástrofes, as Nações Unidas criaram, em 2000, a ISRD - International Strategy for Disaster Reduction (ou EIRC, Estratégia Internacional para a Redução de Catástrofes), um organismo que tem como duplo objetivo ajudar as comunidades a criar estratégias para a prevenção de catástrofes e aumentar a resistência económica e social das comunidades. (Infopédia, 2003-2014)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define catástrofe como “um acontecimento natural ou provocado pelo Homem, cuja ameaça pode justificar a necessidade de socorros de emergência, e no qual os grandes danos materiais são acompanhados de trágicas perdas de vidas humanas e grande número de vítimas, invariavelmente feridas com gravidade.” (Silva, 1993,página 4)

Os problemas técnicos e de organização levantados por uma resposta médica rápida e adequada, bem como a necessidade de uma coordenação global de todas as entidades envolvidas, levaram especialistas e autoridades responsáveis a ter em atenção os aspetos relacionados com os cuidados de saúde nos campos da medicina preventiva e curativa, quer do setor primário quer do diferenciado. Mas, em todos estes acontecimentos inesperados, constitui uma prioridade a prestação de cuidados médicos de urgência. Importa ainda considerar que cada sistema nacional de saúde, região de saúde, ou hospital têm uma capacidade de resposta limitada, quer no que respeita a recursos humanos, quer no que respeita a equipamentos, organização e formação.

As lesões físicas não são o único aspeto médico de uma catástrofe; há os efeitos psicológicos nos sobreviventes, cujas reações se desenvolvem em três fases: o impacto, as perturbações emocionais e a síndrome do sobrevivente. Resumindo, quando a resposta médica for insuficiente, de uma situação de catástrofe podem vir a ocorrer avultados prejuízos materiais e/ou danos pessoais. Neste caso, a ocorrência de uma catástrofe natural ou provocada pelo Homem, exigirá uma resposta imediata dos recursos disponíveis, a nível local, regional ou nacional. A saúde constitui um aspeto fundamental dessa resposta, e a sua intervenção deverá ocorrer em grau proporcional à extensão do acontecimento. (Silva, 1993)

Apesar de uma catástrofe ser um acontecimento raro, não deixa de ser inevitável e imprevisível, levando a situações de grande confusão, caos e descoordenação. A prevenção é essencial, o que obriga à existência de uma planificação. (Alves, 1999)

II – DESENVOLVIMENTO

A proteção civil é a atividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas e autarquias locais, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, proteger e socorrer as pessoas em perigo quando aquelas situações ocorrem.

A sua atividade tem caráter permanente, multidisciplinar e plurissetorial, cabendo a todos os órgãos e departamentos da Administração Pública promover as condições indispensáveis à sua execução.

Em nossa opinião torna-se pertinente referir alguns conceitos legais, por serem a base de todo o trabalho. Assim, de acordo com a Lei nº 27/2006, de 3 de julho (Lei de Bases da Proteção Civil) define acidente grave e catástrofe como:

Acidente Grave é um acontecimento inusitado (provocado por ação do Homem ou da natureza), com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente;

Catástrofe é um acontecimento súbito quase sempre imprevisível. É o acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional.

Na tabela que se segue podemos a título exemplificativo observar algumas catástrofes naturais com maior n.º de vítimas (valores aproximados):

Tabela 1- Catástrofes naturais

ver tudo

Fonte adaptada: *catástrofes naturais*. In Infopédia, Porto Editora, 2003-2014.

DATA	TIPO	LOCAL	MORTOS
1138	Terramoto	Síria, Aleppo	230 mil
1556	Terramoto	China, Shaansi	830 mil
1737	Terramoto	Índia, Calcutá	300 mil
1755	Terramoto	Portugal, Lisboa	100 mil
1815	Erupção	Indonésia, vulcão Tambora	92 mil
1883	Erupção/Tsunami	Indonésia, vulcão Krakatoa	36 mil
1887	Inundação	China	1 milhão
1902	Erupção	Marínica, Mt. Pelee	35 a 40 mil
1908	Terramoto/Enchentes	Itália, Messina	70 a 100 mil
1920	Terramoto	China, Gansu	200 mil
1923	Terramoto/Incêndio	Japão, Kanto	143 mil
1948	Terramoto	Turquemenistão	110 mil
1970	Ciclone	Paquistão/Bangladesh	300 mil
1976	Terramoto	China, Tangshan	255 mil
1991	Ciclone	Bangladesh	138 mil
2003	Terramoto	Irão, Bam	31 mil
2004	Terramoto/Tsunami	Ásia/África	300 mil

De acordo com o *Glossário de Proteção Civil* (2009), define-se crise, desastre e emergência como:

Crise é uma situação delicada, em que por circunstâncias de origem interna ou externa, se verifica uma ruptura violenta da normalidade ou do equilíbrio dinâmico de um sistema, o que favorece a sua desorganização e descontrolo.

Desastre é uma perturbação séria do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas, materiais, económicas e ambientais expressivas que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade de fazer frente à situação com os seus próprios recursos.

Emergência é um qualquer acontecimento exigindo coordenação acrescida ou resposta para além da rotina de modo a salvar vidas, proteger a propriedade, proteger a saúde pública e a segurança, ou diminuir ou evitar a ameaça de um desastre.

1. Conceitos e quadro geral de um plano de emergência

Segundo a DGS, todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS) deverão elaborar um Plano de Emergência (PE), de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um plano de Emergência das Unidades de Saúde”.

Por PE entende-se o conjunto normalizado de ações reportadas a uma área concreta, cuja aplicação permite resolver uma situação de catástrofe, no menor espaço de tempo e com o menor dano possíveis. (Andrade, 2010)

O PE de cada unidade de saúde deve ser dinâmico e estar integrado, de forma coerente e articulada, em planos mais vastos e abrangentes, de âmbito regional e/ou nacional organizando a resposta da unidade de saúde perante uma catástrofe exterior à instituição, conferindo-lhe preparação para receber e tratar um número elevado de vítimas. A elaboração de um PE torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da unidade de saúde (região ou sistema de saúde) face a uma situação de crise que implica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, definindo regras de atuação.(Gomes, 2010)

O PE é constituído por dois documentos: o Plano de Emergência Externa (PEE) e o Plano de Emergência Interna (PEI). Se a situação de catástrofe ocorrer fora da área da unidade de saúde, define-se como emergência externa. Se, por outro lado, a situação de catástrofe ocorrer dentro da unidade de saúde, e como tal atingi-lo diretamente, então nesse caso trata-se de uma emergência interna. (Alves, 1999)

No âmbito deste trabalho focaremos a nossa atenção apenas no PEE.

1.1. O Plano de Emergência Externa

O PEE pode ser definido como o conjunto de ações a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação de catástrofe em que a unidade de saúde se veja envolvida quando ocorre fora desta, sem a afetar diretamente. (Alves, 1999)

1.1.1. Os objetivos do Plano de Emergência Externa

Como foi referido anteriormente, numa situação de catástrofe, surge uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de profissionais de saúde que esgotam os recursos disponíveis. Como tal, o principal objetivo do PEE é garantir, por parte da unidade de saúde, uma eficaz atuação em caso de receção de múltiplas vítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade. (Alves, 1999)

Mas a realidade atual das unidades de saúde aponta para um funcionamento quotidiano já perto do máximo das suas capacidades, e, como tal, deve ser reforçada a noção da importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, condição necessária a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos numa situação de crise.

Uma crise apresenta sempre incerteza e uma sensação geral de perda de controlo, com um desgaste nas relações pessoais, maior urgência de resposta, e dificuldade acrescida na execução das tarefas de rotina.

A resposta a uma eventual crise, em qualquer unidade de saúde obriga a uma organização, planeamento e gestão que otimize a ação dos recursos humanos e materiais, permitindo uma eficaz prestação de cuidados.

A título de exemplo, no PEE do Hospital São João, são definidos claramente três objetivos deste plano: elaborar a carta dos riscos mais previsíveis nas áreas de influência da unidade de saúde e dos que apoia e serve de base; inventariar os meios e recursos disponíveis, de reforço e a mobilizar; e, por último, estabelecer critérios para a sua atuação evitando ou, reduzindo a mortalidade e morbidade das vítimas acolhidas.

Torna-se essencial que cada profissional envolvido se identifique como um elemento fundamental neste processo e possa conhecer a sua missão, o seu papel e a sua ação neste domínio de competências. (Gomes, 2010)

1.1.2. O modelo de triagem de prioridades do Plano de Emergência Externa

Numa situação de catástrofe, todos os profissionais envolvidos encontram-se em situação de grande stresse, e não pode haver lugar para hesitação ou dúvida. Uma triagem (palavra francesa usada para descrever a escolha inicial dos feridos de guerra) eficaz, dentro de normas previstas e pré-definidas é condição necessária a qualquer sistema de resposta imediata a esse tipo de situação. (wikipedia, 2014)

A triagem tem como objetivos principais: a assistência precoce, a aplicação de manobras *life-saving* e determinar o nível de urgência. A triagem é um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência para racionalizar recursos médicos limitados quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para as tratar.

Tendo em conta a estratégia delineada, garantindo a triagem no método de *Simple triage and rapid treatment* (START). É sempre uma decisão difícil, em ambiente hostil e dramático, com informações incompletas, sob pressão emocional, baseada em critérios de sobrevivência e com meios de socorro limitados. A classificação tem como propósito salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes. (Oliveira, 2012)

A triagem pode ser dividida em triagem primária e secundária: na primária, pretende-se triar de forma mais rápida um grande número de vítimas e baseia-se no método START. Quando se realiza esta triagem são usados discriminadores muito simples: a vítima anda? está ferida? respira? qual a frequência respiratória? qual a frequência cardíaca? Com base nesses discriminadores é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelho) : Vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave; Morto (cor preto). (Oliveira, 2012)

A triagem secundária é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas. Baseia-se no “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS). Este método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow: é uma escala neurológica que parece constituir-se num método confiável e objetivo de registar o nível de consciência de uma pessoa.) e Pressão Arterial Sistólica. (Oliveira, 2012)

A pontuação da TRTS é igual à soma da Frequência Respiratória, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos.

A categorização das vítimas é atribuída segundo a pontuação obtida no TRTS, da seguinte forma:

- TRTS = [1, 10] Prioridade 1;
- TRTS = 11 Prioridade 2;
- TRTS = 12 Prioridade 3;
- TRTS = 0 Morto.

Segundo os autores do Manual de Medicina da Catástrofe (1993), numa catástrofe com elevado número de vítimas, àqueles que se encontram em estado crítico há que lhes manter a vida pelo que devem ter prioridade no tratamento. Os doentes com lesões menos graves e os moribundos sem esperança de sobrevivência serão tratados a seguir.

Também, é de considerar o princípio da utilização de recursos mínimos para um número máximo de doentes, onde a coletividade tem prioridade face ao indivíduo. Ou seja, segundo o princípio anteriormente enunciado de conseguir o máximo benefício para o maior número de sobreviventes, esta opção torna-se prioritária relativamente ao benefício individual.

Estes princípios, no entanto implicam uma alteração da ética e práticas médicas habituais numa emergência em que se utilizam recursos máximos para um único doente, uma vez que, em situação de catástrofe, as prioridades de tratamento não são pela gravidade das lesões, mas sim pela possibilidade de sobrevivência. As vítimas com lesões muito severas podem ser privadas de tratamento, com a finalidade consciente de destinar os recursos a um maior número de vítimas com lesões de menor gravidade, mas com maior possibilidade de sobrevivência.

De acordo, com a história natural do tratamento das vítimas de uma catástrofe, a triagem deve ser feita não só no local mas também à entrada da unidade de saúde e dentro da própria unidade de saúde. Deve dar-se atenção a alguns aspetos clínicos, nomeadamente, choque, dor, infeções, lesão grave da cabeça, etc. Um tratamento imediato, com proteção das vias aéreas superiores, levam a um aumento de sobreviventes. (Silva, 1993)

1.1.3. Princípios gerais da elaboração do Plano de Emergência Externa

Um PEE deve ser adaptado a cada unidade de saúde que o elaborou e adotou, e destina-se a fazer face a um acontecimento com consequências sanitárias graves, e em que estão ultrapassadas as capacidades imediatas de resposta. O objetivo é de informar internamente os profissionais das unidades de saúde das modalidades de ação e do seu papel em caso de ativação e, externamente, as autoridades sanitárias para a coordenação dos meios disponíveis de resposta em caso de alerta. (Gomes, 2010)

A sua elaboração é da responsabilidade do Diretor Clínico/ Diretor da unidade de saúde de cada instituição e deverá permitir a qualquer unidade de saúde fazer face a situações excepcionais, mantendo uma continuidade dos cuidados de saúde e preservando, ao mesmo tempo, a segurança dos doentes e dos profissionais. (Gomes, 2010)

Os responsáveis pela sua elaboração deverão proceder a uma avaliação dos recursos humanos e materiais mobilizáveis, proceder à definição de um catálogo de riscos, e iniciar uma reflexão sobre a resposta. (Gomes, 2010)

1.1.4. Modalidades de ativação e desativação do Plano de Emergência Externa

O PEE deve ser ativado, de preferência, de forma graduada e sequencial, por níveis, dependendo da gravidade da situação. Os meios humanos e materiais a mobilizar em cada etapa deverão ser definidos com precisão. (Gomes, 2010)

O Gabinete de Crise (GC), previsto em caso de acidente grave ou catástrofe será o verdadeiro organismo de comando da unidade de saúde e depois de ativado tem a capacidade e o poder de alterar ou finalizar a aplicação do PEE. Este gabinete é o órgão máximo em caso da ocorrência de acidente grave ou catástrofe, recebe as informações de todos os setores e é responsável pela organização da resposta durante todo o desenvolvimento da crise. Gere a chamada do pessoal, a substituição das equipas e gere também a médio prazo, o impacto do afluxo de vítimas à unidade de saúde. (Andrade, 2010)

Segundo a DGS, devem existir orientações genéricas para as três fases essenciais de uma situação de crise:

Fase de Alerta: qualquer que seja o meio utilizado na comunicação da existência de catástrofe externa à unidade de saúde, esta deve ser comunicada de imediato à telefonista, ou pessoa prevista para tal no PEE, a qual procede ao seu registo em impresso próprio e transfere a chamada para o elemento designado como responsável por desencadear o PEE. Independentemente da origem da chamada, terá de ficar bem definido nos PEE qual será o local utilizado para a receção da notícia de uma possível emergência; o responsável por desencadear o PEE, completa o registo de dados, confirma, se necessário, a informação junto das entidades competentes (INEM, ANPC, Bombeiros,...) e, em função dos elementos de informação que lhes são fornecidos, decide da convocação do GC.

Fase de Alarme: o GC reúne-se e serão organizadas e coordenadas todas as ações dirigidas à resolução do acontecimento, de acordo com o nível declarado;
-um elemento pré-definido mobiliza o GC segundo lista de contactos telefónicos estabelecida no PEE; reunião do GC em local pré-determinado o qual deve ter em conta a acessibilidade e a disponibilidade de comunicações (fax, telefones,...).

Fase de Execução: o GC notifica as diferentes áreas da unidade de saúde da situação em que esta se encontra, dando instruções para a execução dos aspetos de emergência externos específicos para cada área.

1.1.5. Níveis de resposta da emergência externa (Fase de Alarme)

Segundo o *Guia Geral Para a Elaboração de Um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*, e a autora do *Plano de Emergência do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo*, ambos de 2010, referem que de acordo com a catástrofe ocorrida, são geralmente considerados três níveis de resposta da unidade de saúde em caso de grande afluxo de vítimas:

Nível 1 – Resposta com meios permanentes disponíveis: mobiliza os meios permanentemente disponíveis (pessoal de serviço), reorganizando os meios humanos e materiais existentes. Este nível deverá estar estruturado de forma a verificar-se uma interferência mínima na atividade normal da unidade de saúde.

Nível 2 – Resposta com recursos da unidade de saúde ativáveis em situações especiais: é uma extensão do Nível 1 e prepara a unidade de saúde para receber um maior número de vítimas. Esta resposta conta com os meios ativáveis em situações especiais (recursos humanos em prevenção). Preparam-se as Unidades de Cuidados Intensivos, Blocos Operatórios, Centros de Informação e outras áreas especializadas. Deve-se organizar e orientar a localização e mobilização de pessoal, derivação de doentes, ampliação da unidade de saúde e informação às autoridades sanitárias.

Nível 3 – Resposta com recursos externos, mobilizáveis em situações de emergência: é uma extensão do Nível 2 e prepara a unidade de saúde para um grave desastre na comunidade, necessitando de apoios externos para a sua resolução. O alerta é para todo o pessoal, esteja ou não de serviço. Neste nível poderá ser necessária a solicitação de recursos externos à unidade de saúde.

1.1.6. A cadeia de comando e controlo num Plano de Emergência Externa

De acordo com a Lei nº 81/2009, de 21 de Agosto, na ocorrência de acidente grave ou de emergência, é proposta uma cadeia de comando e controlo com as seguintes funções:

- Assegurar a adequada vigilância clínica e epidemiológica, aos vários níveis: local, regional e nacional;
- Garantir a existência de uma estrutura fixa que defina, previamente, as várias ações e papéis da cada Unidade de Saúde em situação de crise;
- Monitorizar o processo de implementação e atualização dos PEE em cada unidade de saúde abrangida;
- Coordenar as ações de saúde a realizar, em cada nível, em situação de crise.

A título exemplificativo no documento a que tivemos acesso “*Pandemia da Gripe. Plano de contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia da Gripe*”, a DGS, (2008), sugere a existência de uma estrutura de comando e controlo com três níveis de intervenção:

1. Nível de intervenção Nacional. Ministério da Saúde

Representante: Ministro da Saúde ou seu representante.

2. Nível de intervenção Regional. Administração Regional de Saúde

Representante: Presidente da Administração Regional de Saúde. Articulação com a Autoridade de Saúde Regional.

3. Nível de intervenção Local e/ou Institucional. Unidades de Saúde. Representante:

Dirigente máximo da Instituição. Articulação com a Autoridade de Saúde Local.

2. O quadro legal da emergência externa

A preparação da resposta a situações de emergência envolve um vasto conjunto de atores e vários planos de atuação, concretamente e de acordo com a organização política e administrativa do país será necessário prever três níveis correspondentes às unidades territoriais vigentes. Por outro lado, há que tratar questões tão diferentes como a organização, coordenação, competências, obrigações e expectativas de atuação para um conjunto muito diversificado de organizações e também a elaboração de planos setoriais de ação desde os planos das unidades de saúde, até meros planos de evacuação ou de segurança.

Assim, além dos diplomas legais que estabelecem os PEE aos níveis local, distrital e nacional, há também que considerar a necessidade de regulamentação específica para a atuação das várias entidades envolvidas, sendo, disso, exemplo, os PEE das unidades de saúde.

2.1. Principais diplomas legais

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/ 2007, de 29 de Maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, a DGS recomenda a todas as unidades do SNS a elaboração de um PE Médica, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”. Este documento estabelece orientações para elaboração do PE, reforçando a noção da importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, consideradas peças estruturais necessárias a uma ação coordenadora, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise.

As várias funções, da Cadeia do Comando e Controlo, são propostas de acordo com a Lei nº 81/2009, de 21 de Agosto.

A elaboração de PE de proteção civil é regulada pela Diretiva relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de PE de proteção civil, constante da Resolução nº 25/2008 da Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC). Na atividade de planeamento de emergência deverá também ser tido em conta o disposto na Lei nº 27/2006, de 3 de julho (Lei de Bases de Proteção Civil), no Decreto-Lei nº 134/2006, de 25 de julho (Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro-SIOPS), e, quando aplicável, a Lei nº 65/2007, de 12 de novembro (Enquadramento Institucional e Operacional da Proteção Civil no âmbito municipal).

À escala nacional, a resposta a acidentes graves ou catástrofes em Portugal Continental encontra-se definida no Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC) (aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 87/2013, de 11 de dezembro), o qual se constitui como um instrumento de suporte às operações de proteção civil, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excecional a adotar.

A partir do ano de 2011, foram publicados, em Diário da República, vários decretos-lei e despachos, que vieram regulamentar instituições, procedimentos e equipamentos no contexto da proteção civil em situação de emergência:

Ao abrigo do Decreto-Lei 220/2008, de 12 de novembro, os estabelecimentos de saúde, tal como outros equipamentos, ficaram obrigados a possuir medidas de autoproteção, nas quais se incluem os PEI e planos de prevenção, entre outros.

O despacho nº 14898/2011, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 211, 3 de Novembro de 2011, define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM, I.P., que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência.

O decreto-lei nº 124/2011, publicado no Diário da República, 1ª série, nº 249, 29 de Dezembro de 2011, dá início à execução do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC) no Ministério da Saúde (MS), através do reforço das atribuições da cada entidade na área da sua missão nuclear.

Com o Decreto-Lei nº 34/2012 de 14 de fevereiro, publicado no Diário da República, 1ª série, nº 32, 14 de fevereiro de 2012, procedeu-se à aprovação do diploma orgânico do INEM, estabelecendo-se uma organização interna devidamente atualizada face às inúmeras alterações que o INEM, tem vindo a registar desde a sua criação. De entre as alterações à nova lei orgânica do INEM, é possível destacar o reforço das atribuições relativas à definição, coordenação e certificação da formação em emergência médica dos elementos do SIEM, e a manutenção da estrita fiscalização da atividade de transporte de doentes.

O desempenho das funções do INEM dispõe de meios definidos no despacho nº 13794/2012, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 206, de 24 de outubro de 2012.

O INEM dispõe de Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), cuja missão e atividade são reguladas no despacho nº 14041/2012, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 209, 29 de Outubro de 2012.

2.2. Modelo organizacional e de gestão da emergência externa em Portugal

Em nossa opinião, e tendo em conta toda a temática, seria pertinente procurar perceber como se organizam as várias entidades. No entanto, vamo-nos suportar no Manual de Situações de Exceção do INEM, no qual vem contemplado o planeamento e atuação em diferentes cenários de emergência externa a nível nacional, na medida em que tivemos acesso a este documento.

Atualmente, relativamente ao termo situação de exceção, verifica-se uma ausência de definição e de enquadramento legislativo relativo a este conceito, encontrando-se apenas estipulado/definido os conceitos de acidente grave e de catástrofe (Lei de bases da Proteção Civil).

Apesar de não ser frequente, em território nacional, a declaração de acidente grave ou catástrofe, é frequente a existência de situações de exceção. Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.

É, por sua vez, esta desigualdade que vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento.

Como exemplo de Situações de Exceção em Portugal há acidentes com elevado número de vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais e intoxicações, sendo também habitual embora, normalmente, sem grande número de vítimas, fenómenos naturais como aluviões, cheias e/ou inundações, ondas de calor e vagas de frio.

Na tabela seguinte é feita uma comparação da magnitude dos eventos em situação de acidentes, crises, desastre e catástrofe relativamente ao número de feridos e vítimas mortais, danos, impactos geográficos, recursos disponíveis, elementos de resposta e tempo de recuperação:

Tabela 2 – Comparação de magnitude dos eventos

Fonte adaptada: Situação de exceção, INEM.

	ACIDENTES	CRISES	DESASTRE	CATÁSTROFE
FERIDOS	Poucos	Muitos	Múltiplos	Centenas Milhares
VÍTIMAS MORTAIS	Poucos	Muitos	Múltiplos	Centenas Milhares
DANOS	Fracos	Moderados	Elevados	Severos
IMPACTOS GEOGRÁFICOS	Localizados	Dispersos	Dispersos Difusos	Difusos
RECURSOS DISPONÍVEIS	Elevados	Suficientes	Limitados	Escassos
ELEMENTOS DE RESPOSTA	Poucos	Muitos	Centenas	Centenas Milhares
TEMPO DE RECUPERAÇÃO	Minutos Horas Dias	Dias Semanas	Meses Anos	Anos Décadas

Após análise da tabela anterior, podemos verificar que dos quatro eventos apresentados, o que apresenta maior impacto em todos os parâmetros, é sem dúvida a situação de catástrofe.

Na situação de acidente grave ou catástrofe, ou no caso de perigo de ocorrência destes fenómenos, são desencadeadas operações de proteção civil em harmonia com os planos de emergência previamente elaborados, com o objetivo de promover a unidade de direção nas ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a alocar e a adequação das medidas de carácter excepcional a adotar.

São objetivos fundamentais da proteção civil, a prevenção dos riscos coletivos e as ocorrências deles resultantes; a atenuação dos riscos coletivos e o limitar dos seus efeitos no caso das ocorrências de acidente grave ou de catástrofe descritas; o socorro e a assistência a pessoas e outros seres vivos em perigo e proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público; o apoio na reposição da normalidade da vida das pessoas em áreas afetadas por acidente grave ou catástrofe.

3. As instituições e serviços de saúde na estrutura organizacional de emergência externa

São agentes de proteção civil, de acordo com as suas atribuições próprias:

- Os Corpos de Bombeiros (CB);
- As Forças de Segurança (FS);
- As Forças Armadas (FA);
- A Autoridade Marítima e Autoridade Aeronáutica;
- O INEM e demais serviços de saúde;
- Os Sapadores Florestais (SF).

A Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) exerce, em cooperação com os demais agentes e de harmonia com o seu estatuto próprio, funções de proteção civil nos domínios da intervenção, apoio, socorro e assistência sanitária e social.

Existe um especial dever de cooperação com os agentes de proteção civil sobre as seguintes entidades:

- Associações humanitárias de bombeiros voluntários;
- Serviços de segurança;
- Instituto Nacional de Medicina Legal;
- Instituições de segurança social;
- Instituições com fins de socorro e de solidariedade;
- Organismos responsáveis pelas florestas, conservação da natureza, indústria e energia, transportes, comunicações, recursos hídricos e meio ambiente;
- Serviços de segurança e socorro privativos das empresas públicas e privadas, dos portos e aeroportos.

Os agentes de proteção civil e as instituições referidas, sem prejuízo das suas estruturas de direção, comando e chefia, articulam-se operacionalmente nos termos do SIOPS.

O SIOPS é 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, conforme Decreto-Lei n.º 134/2006, de 25 de julho, visando responder a situações de iminência ou de ocorrência de acidente grave ou catástrofe.

O princípio do comando único assenta nas duas dimensões do sistema, a da coordenação institucional e a do comando operacional.

A coordenação institucional é assegurada, a nível nacional e a nível de cada distrito, pelos Centros de Coordenação Operacional (CCO), que integram representantes das entidades cuja intervenção se justifica em função de cada ocorrência em concreto. Os CCO são responsáveis pela gestão da participação operacional de cada força ou serviço nas operações de socorro a desencadear.

O Centro de Coordenação Operacional Nacional (CCON) assegura que todas as entidades e instituições de âmbito nacional imprescindíveis às operações de proteção e socorro, emergência e assistência previsíveis ou decorrentes de acidente grave ou catástrofe se articulam entre si, garantindo os meios considerados adequados à gestão da ocorrência em cada caso concreto.

São relevantes neste tema os seguintes aspetos:

Posto de Comando Operacional é o órgão diretor das operações no local da ocorrência destinado a apoiar o responsável das operações na preparação das decisões e na articulação dos meios no teatro de operações. Tem por missões genéricas a recolha e o tratamento operacional das informações; a preparação das ações a desenvolver; a transmissão de ordens e diretrizes; o controlo da execução das ordens; a manutenção das capacidades operacionais dos meios empregues; e a gestão dos meios de reserva.

Um TO organiza-se em setores a que correspondem zonas geográficas ou funcionais conforme o tipo de acidente e as opções estratégicas consideradas, sendo que, cada setor do TO tem um único responsável. As zonas de intervenção configuram-se como áreas circulares (muitas vezes virtuais), de amplitude variável e adaptadas às circunstâncias e à configuração do terreno, podendo compreender:

- **Zonas de sinistro (ZS):** Superfície na qual se desenvolve a ocorrência, de acesso restrito, onde se encontram exclusivamente os meios necessários à intervenção direta, sob a responsabilidade exclusiva do posto de comando operacional;
- **Zonas de apoio (ZA):** Zona adjacente à ZS, de acesso condicionado, onde se concentra os meios de apoio e logísticos estritamente necessários ao suporte dos meios de intervenção ou onde estacionam os meios de intervenção para resposta imediata;
- **Zonas de concentração e reserva (ZCR):** Zona onde se localizam temporariamente meios e recursos disponíveis sem missão imediata, de apoio logístico e assistência pré-hospitalar e onde têm lugar as concentrações e trocas de recursos pelo posto de comando operacional;
- **Zonas de receção de reforços (ZRR):** Zona de controlo e apoio logístico, sob a responsabilidade do centro de coordenação de operações distrital da área do sinistro, onde se dirigem os meios de reforço atribuídos pelo CCON antes de atingirem a ZCR do TO.

O INEM é o organismo do MS responsável por coordenar, em território continental, o SIEM. Em matéria de proteção civil, deve orientar a atuação coordenada dos agentes da saúde nas situações de acidente grave ou de catástrofe, integrando a organização definida nos planos de emergência:

- Coordena todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e evacuações primárias e secundárias, referenciação e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de postos médicos avançados;
- Executa a triagem e o apoio psicológico a prestar às vítimas no local da ocorrência, com vista à sua estabilização emocional e posterior referenciação para as entidades adequadas;

- Assegura um sistema de registo de vítimas desde o TO até às unidades de saúde de destino.

O INEM, enquanto agente de proteção civil, através dos seus oficiais de ligação, integra estruturas de direção e coordenação, nomeadamente, a CNPC; as Comissões Distritais de Proteção Civil (CDPC); o CCON; os Centros de Coordenação Operacionais Distritais (CCOD), bem como, os Postos de Comando Operacionais Conjuntos (PCOC) instalados nos locais das ocorrências.

O CODU é uma estrutura com carácter permanente e contínuo que assegura a interligação entre entidades, Bombeiros, CVP, FS, ANPC e INEM, para que equipas multidisciplinares e diferenciadas cheguem em tempo útil aos teatros de operações.

Se nas situações diárias é fundamental a estreita colaboração entre as diversas entidades, em ocorrências de maior complexidade esta interligação deverá ser reforçada e ampliada, de forma a garantir uma gestão de informação eficiente que garanta uma resposta concertada, organizada e adequada.

De forma simples e objetiva, aos CODU compete:

- Receber os pedidos de ajuda/socorro;
- Acionar recursos adequados que irão intervir, no âmbito da saúde, no local da ocorrência;
- Articular a gestão da ocorrência com as Salas de Situação de outras entidades: CDOS; Policia se Segurança Pública (PSP); Guarda Nacional Republicana (GNR), entre outros;
- Garantir o início de um sistema de gestão de operações eficaz;
- Reforçar o TO sempre que se justifique;
- Garantir o acompanhamento técnico às equipas no TO;
- Efetuar o adequado levantamento de vagas hospitalares.

O CODU procede ainda, de acordo com a ocorrência em causa e de acordo com as normas internas em vigor, à execução de algumas medidas excepcionais, nomeadamente, a notificação da estrutura hierárquica do INEM, informando o Conselho Diretivo, o Diretor Regional respetivo, o Diretor de Emergência Médica, o Centro de Intervenção e Planeamento de Situações de Exceção e o Gabinete de Marketing e Comunicação.

O princípio da coordenação: perante situações de exceção, importa estabelecer linhas orientadoras para a intervenção inicial, uma vez que, a sua aplicação converge para qualquer intervenção em acidente grave ou catástrofe.

Sempre que uma força de socorro de uma qualquer das organizações integrantes do SIOPS seja acionada para uma ocorrência, o chefe da primeira força a chegar ao local assume de imediato o comando da operação e garante a construção de um sistema evolutivo de comando e controlo da mesma operação.

O sistema de gestão de operações é uma forma de organização operacional que se desenvolve de uma forma modular de acordo com a importância e o tipo de ocorrência.

O primeiro meio do INEM a chegar ao local assume, por inerência, a coordenação das ações em matéria de saúde, competindo ao elemento mais diferenciado a interligação com o Comandante das Operações de Socorro (COS).

Uma vez que a coordenação estratégica de qualquer cenário evolui em função da complexidade e tipo de ocorrência, importa perceber, quando e como, no âmbito do SIEM/INEM, esta alteração de coordenação estratégica acontece:

- Por indicação do CODU;
- Por indicação do Diretor Regional;
- Por indicação do Diretor de Emergência Médica;
- Por indicação do Presidente do INEM.

Quando, por determinação superior, sejam enviados recursos de exceção para qualquer ocorrência, o responsável da equipa, por inerência, assume a coordenação estratégica da ação em matéria de saúde; desde que uma ocorrência seja classificada pelas forças de segurança competentes como um Incidente Tático-Policial (ITP), estas chamarão a si a gestão da mesma.

As ações de gestão inicial devem prevalecer em detrimento das ações de prestação de cuidados de emergência imediatos, logo, é fundamental que a primeira equipa a chegar ao local da ocorrência resista à tentação, no que diz respeito à prestação de cuidados, e garanta sim, a gestão inicial da ocorrência.

Salvar o maior número de vítimas é o principal objetivo, e só será possível atingi-lo, com um processo de gestão organizado e eficiente.

A primeira equipa de emergência médica a chegar ao local de ocorrência, em articulação com o primeiro COS, deve iniciar uma avaliação sistematizada, por forma a estimar os danos e necessidades da ocorrência.

Recomenda-se a utilização do modelo “The Virginia 5`S Initial Action Set “ baseado na metodologia dos cinco S, aplicados à avaliação inicial de cenários de exceção: Safety (Segurança do cenário); Size up (Avaliar cenário); Send (Informar); Set up (Assumir comando) e Start (Triar).

Este processo encontra-se em curso, quando já existem equipas de emergência médica no TO, pelo que, a prioridade imediata será estabelecer contacto com quem está a assumir funções de coordenação (INEM) para receber orientação/missão e entrar no TO devidamente enquadrado.

Em qualquer ocorrência normal, a variável segurança é fator determinante para o sucesso da equipa, assim, num cenário de elevada complexidade a avaliação desta variável deverá ser mais abrangente, alargada e adequada à magnitude da ocorrência.

Devem ser consideradas as ameaças reais e no imediato, bem como, as eventuais ameaças que possam surgir no decorrer das ações de socorro.

A avaliação inicial e a informação obtida, é um passo fundamental para estabelecer um plano de ação, assim, devem ser focados os seguintes aspetos:

- Tipo e causa da ocorrência?
- Dimensão estimada da ocorrência e a sua gravidade?
- Número aproximado de feridos e a sua gravidade?
- Área envolvida e quais as suas acessibilidades?

Após a avaliação do cenário, é obrigatório que a informação recolhida, mesmo que sumária, seja passada de imediato ao CODU da área. Só assim será possível iniciar um processo de gestão planeado e articulado que permitirá o envio de recursos adicionais em tempo útil e de forma estruturada. É também com base na informação disponibilizada que o CODU iniciará o processo de levantamento de vagas hospitalares. Esta informação (que é diferente de uma passagem de dados) deverá ser concisa e muito objetiva, informando qual o número estimado de vítimas, qual o cenário encontrado e que reforços são necessários.

Nesta fase deve ser clarificada a forma como se irá proceder à triagem primária, nomeadamente, quem a faz e que algoritmo de triagem será usado, para que todos atuem de maneira semelhante, podendo ainda ser necessário efetuar uma adaptação do algoritmo a ser utilizado.

Logo que possível, os locais para onde serão enviadas vítimas e ilesos, bem como, os centros de receção de familiares, devem ser apoiados com equipas de psicólogos.

Deve também ficar definido se as equipas de emergência médica irão efetuar a triagem primária na ZS ou se, as equipas de busca e salvamento efetuarão o resgate de todas as vítimas para uma zona intermédia, e só aí, nesse local se efetuará a triagem primária. Este tipo de abordagem é aplicado quando existem muitas vítimas, por vezes até dispersas, e, os recursos de emergência médica são insuficientes.

As comunicações de emergência num cenário multivítimas assumem também um papel fundamental, o fluxo de informação deverá estar assente num plano de comunicações estruturado e organizado que garanta a troca de informação entre equipas e que permita também a troca de informação com níveis de decisão, não devendo este fluxo ser quebrado.

A nível operacional definem-se dois níveis de evacuação:

- Evacuação primária que corresponde à retirada da população da zona de risco para um local de segurança nas imediações;
- Evacuação secundária que compreende o deslocamento da população afetada do local de segurança para instalações de abrigo, onde poderão garantir as suas necessidades básicas (alimento, agasalho, e instalações sanitárias).

Cabe ao INEM, através dos CODU, coordenar a evacuação dos feridos para as Unidades de Saúde. Da decisão de evacuação secundária consta ainda a análise e opção pelo melhor meio de transporte disponível, que poderá ser o helicóptero ou uma ambulância. Para essa análise deverá contribuir a disponibilidade de meios, o tempo previsível do transporte, as condições de voo, a eventual existência de contraindicações clínicas para o aerotransporte, entre outras.

Um aspeto importante no transporte secundário, para além do tipo de meio, é o nível de acompanhamento das vítimas. Este deverá ser também analisado, estando dependente do nível de gravidade das vítimas a transportar versus o número de equipas diferenciadas disponíveis. Ideal será o acompanhamento por uma equipa médica de todos os doentes críticos. Os fatores acima mencionados, bem como a distância e tempo de transporte podem influenciar a decisão de transporte imediato.

Em suma, pode-se afirmar que, a gestão de emergência perante um cenário multivítimas está sempre a recomçar, a sua análise é permanente, a síntese é contínua e o seu método é cíclico.

3.1. Os níveis de intervenção nos planos de emergência

No ensino básico deve iniciar-se uma educação que passa pela execução de exercícios a nível local, regional e nacional. (Gandra, 1995)

Devem estabelecer-se planos prévios de intervenção, baseados na vulnerabilidade e nos mapas de risco. (Gandra, 1995)

Segundo o Regulamento Específico – Prevenção e Gestão de Riscos Naturais e Tecnológicos – Ações imateriais, são vários os critérios de seleção, nomeadamente a relevância regional do tipo de perigo considerado; operações que contemplem vários municípios; operações que privilegiem a análise multi-risco; entre outros.

No quadro logístico e regulamentar em vigor, estão, como foi referido anteriormente, previstos três níveis para os planos de emergência: local/municipal, regional e nacional.

3.1.1. Intervenção local/municipal

Estão referenciados e publicamente acessíveis, 109 planos municipais de emergência de proteção civil (PMEPC) elaborados de acordo com o previsto na Lei nº 65/2007 de 12 de Novembro, da Assembleia da Republica.

Os restantes 169 municípios existentes no território de Portugal Continental também possuem planos municipais de emergência elaborados de acordo com o quadro regulamentar anteriormente estabelecido e datado de 1994. Estes planos não se encontram disponíveis publicamente de acordo com a informação prestada pelos serviços da ANPC.

Destes planos disponíveis foram selecionados para análise os de Bragança, Braga e Matosinhos.

Não foi possível esta mesma análise para o município do Porto porque o seu plano de emergência, ainda elaborado de acordo com o anterior quadro legislativo e regulamentar, não está disponível.

Em primeiro lugar, regista-se que os três planos municipais analisados obedecem à mesma estrutura metodológica:

- ✓ Enquadramento geral do plano
- ✓ Organização da resposta
- ✓ Áreas de intervenção
- ✓ Informação complementar

O conteúdo destes planos apresenta algumas diferenças facilmente explicáveis pelas particularidades de cada território.

Por exemplo, o PMPC de Matosinhos dedica particular atenção aos riscos provenientes de um aeroporto nacional, de uma refinaria de petróleo existente e das atividades marítimas e portuárias.

Pelo contrário, o PMPC de Bragança confere maior relevância aos riscos associados a nevões e a incêndios florestais.

Finalmente o PMPC de Braga apresenta características intermédias entre os dois planos anteriores com clara prevalência dos incêndios urbanos e industriais e dos acidentes devido a substâncias perigosas utilizadas nos estabelecimentos industriais aí existentes.

3.1.2. Intervenção regional

Neste nível não nos foi possível identificar a existência de qualquer plano de emergência.

Contudo, foi possível verificar na Matriz de Prioridades de Inventariação Por Tipologia de Perigos na Região Norte, segundo o Regulamento Específico – Prevenção e Gestão de Riscos Naturais e Tecnológicos – Ações imateriais, prioridades muito elevadas e elevadas na seguinte tipologia de perigos desta região: movimentos de massa, incêndios florestais, cheias e inundações, erosão do litoral, secas, acidentes no transporte de substâncias perigosas, acidentes em estabelecimentos industriais perigosos, ondas de calor, degradação dos solos, incêndios urbanos e industriais, colapso de estruturas (barragens, diques, pontes e viadutos), desertificação, sismos e radiológicos.

3.1.3. Intervenção nacional

O PNEPC foi elaborado de acordo com as diretivas da CNPC e segue o disposto da Lei nº 27/2006 de 3 de julho.

Este plano tem como âmbito de aplicação todo o território continental e destina-se a coordenar a resposta à globalidade das situações previstas na Lei de Bases de Proteção Civil e no SIOPS:

- incêndios florestais;
- cheias e inundações;
- sismos;
- tsunamis;
- rutura de barragens;
- ondas de calor e vagas de frio;
- secas;
- acidentes graves de tráfego;
- nevões;
- destruição de praias e sistemas dunares;
- acidentes industriais;
- transporte de matérias perigosas por estradas, caminhos-de-ferro e conduta;
- deslizamento/ movimentos de vertentes;
- galgamento costeiros e erosão costeira;
- colapso de estruturas/ edifícios;

- incêndios urbanos;
- ciclones e ventos fortes;
- ameaças nucleares, radiológicas, biológicas e/ou químicas.

Este plano identifica o que se espera da atenção de agentes, organismos e entidades com competências ou capacidade de intervenção em situações de emergência.

O plano identifica as seguintes entidades:

- ANPC
- Câmaras Municipais
- Juntas de Freguesia
- Corpos de Bombeiros
- Guarda Nacional Republicana (GNR)
- Polícia de Segurança Pública (PSP)
- Forças Armadas (FA)
- Autoridade Marítima
- Instituto Nacional de Aviação Civil
- INEM
- Sapadores Florestais
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
- DGS
- Hospitais e Centros de Saúde
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST)
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE)
- CVP
- Outras

Dentro do âmbito deste trabalho revêem-se agora com mais detalho as áreas de intervenção dos organismos com competências nas áreas da saúde:

- INEM – compete ao INEM coordenar todas as atividades de saúde na fase pré-hospitalar, a triagem e evacuação primária e secundária, bem como a referenciação e o transporte das vítimas para as unidades de saúde. Compete-lhe ainda, a triagem e o apoio psicológico às vítimas no local, bem como assegurar o seu registo.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses – assumir toda a direção e coordenação de mortuárias, incluindo a articulação com as autoridades judiciais e policiais. Dirigir e coordenar as investigações forenses para identificação de corpos com vista à sua entrega aos familiares.
- DGS – coordena e assegura a vigilância epidemiológica de determinantes da saúde. Garantir a operacionalidade dos sistemas de alerta e resposta a emergências de saúde pública.
- Hospitais e Centros de Saúde – colaborar no controlo de doenças transmissíveis, minimizar perdas de vidas humanas, coordenar as transferências inter-hospitalares, prestar assistência médica e medicamentosa à população. Garantir os habituais serviços de urgência.
- INFARMED – garantir a acessibilidade aos medicamentos e dispositivos médicos necessários.
- INSA – coordenar a resposta laboratorial em situações que possam construir um risco para a saúde pública, colaborar na investigação de casos e surtos, tratar e fornecer os instrumentos e indicadores em saúde.
- IPST – determinar as necessidades em componentes de sangue, gerir as reservas existentes e acionar um plano de colheita.

3.2. O Plano Regional de Emergência Externa da saúde

De planos locais podem vir a desenvolver-se planos regionais com acordos de ajuda mútua, incluindo recursos de áreas fora da zona de catástrofe. Como tal, deve estar-se atento às características especiais da área geográfica em consideração. É necessário reunir dados geográficos e demográficos da região para depois calcular as probabilidades de situação de catástrofe que a história da região aponte como perigos potenciais, não só de causa natural mas também acidentes tecnológicos ou industriais, agitação social, etc... (Silva, 1993)

3.3. O que se entende por um Plano Regional de Emergência Externa da saúde

Os planos devem elaborar-se com base nos seguintes fatores e serem testados periodicamente:

1. Características de cada tipo de catástrofe potencial;
2. Número e gravidade previsível das potenciais baixas;
3. Sistema de alerta disponível;
4. Cálculo do tempo perdido na transmissão da informação;
5. Localização e mobilidade potencial dos recursos disponíveis.

Num planeamento a nível regional de acordos de cooperação entre instituições e estabelecimentos da área da saúde, tem sido reconhecido que só um grupo coordenador com autoridade e envolvendo todas as agências solucionaria a maior parte dos problemas no que respeita à falta de eficácia da comunidade no contra-ataque à catástrofe. (Silva, 1993)

Dentro do planeamento geral da resposta médica devem tomar-se em consideração pontos específicos e aspetos estratégicos. Nomeadamente, a necessidade de uma organização de base, que deve ser a forma mais eficiente de fazer face a uma catástrofe; identificação e coordenação de todos os recursos disponíveis; intercâmbio de informação sobre experiência de catástrofes no passado – banco de dados; devem implementar-se estudos de investigação sobre o impacto de alguns tipos de catástrofe no corpo; devem ser considerados os aspetos médico-legais, quer respeitantes ao problema da identificação da vítima, quer outros ligados à investigação médico-forense. Resumindo, a prevenção de catástrofes e o planeamento de uma resposta por fases devem ter por base as técnicas epidemiológicas. (Silva, 1993)

Pretende-se uma uniformização flexível dirigida a três objetivos:

1. Organização no local da catástrofe (triagem, cuidados imediatos);
 2. Transporte das vítimas e a sua distribuição pelas unidades de saúde das zonas vizinhas, de acordo com planos prévios (evacuação);
 3. Organização para catástrofe na própria unidade de saúde (tratamento definitivo).
- (Silva, 1993)

3.4. As regiões de saúde

As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias exigem que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daqui resulta a criação das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas.

Nos termos do artigo 4.º do novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (D. L. n.º 11/93, de 15 de Janeiro), publicado na sequência da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), foram criadas cinco Regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

O Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro, veio aprovar o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde. (ARS Norte, 2014)

A evolução qualitativa na prestação de cuidados de saúde, que constitui um imperativo nacional, exige a crescente eficácia da prestação de cuidados, a progressiva racionalização de estruturas e a criteriosa gestão dos recursos existentes. (Saúde, 1993)

A racionalização dos meios disponíveis para alcançar este desiderato presume uma eficaz descentralização acompanhada pela desconcentração da administração dos cuidados de saúde. (Saúde, 1993)

As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aconselham que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daí a regulamentação das administrações regionais de saúde com competências e atribuições reforçadas. (Saúde, 1993)

A eficácia técnica visada no Decreto-Lei n.º 335/93, implica apreciáveis benefícios na própria prestação de cuidados de saúde. (Saúde, 1993)

De acordo com o Decreto-Lei nº 22/2012, de 30 de janeiro, que veio reestruturar o modelo de funcionamento das ARS, a ARS-Norte (âmbito de aplicação do presente trabalho) tem por missão garantir à população da Região Norte o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção. (ARS Norte, 2014)

São ainda atribuições da ARS, de entre outras:

- Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;
- Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional;

- Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações;
- Assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projetos de investimento, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação;
- Elaborar, em consonância com as orientações definidas a nível nacional, a carta de instalações e equipamentos;
- Afectar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde;
- Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação;

Os Estatutos da ARS do Norte, foram aprovados pelas Portaria n.º 153/2012, 22 de Maio e Portaria n.º 213/2013, de 27 de Junho.

As Instituições da ARS do Norte são as seguintes (ARS Norte, 2014):

Hospitais:

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Centro Hospitalar Alto Ave, Centro Hospitalar Médio Ave, Centro Hospitalar Porto, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Centro Hospitalar Nordeste, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo Hospital Joaquim Urbano Hospital Magalhães Lemos, Hospital Santa Maria Maior, Barcelos Hospital S. João, Hospital de Braga Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.

Centros de saúde:

Centro de Saúde Aldoar, Centro de Saúde Alfândega da Fé, Centro de Saúde Alijó, Centro de Saúde Amarante, Centro de Saúde Amares, Centro de Saúde Arcos de Valdevez, Centro de Saúde Arcozelo/Boa Nova, Centro de Saúde Baião, Centro de Saúde Barão do Corvo, Centro de Saúde Barcelos/Barcelinhos, Centro de Saúde Barroelas, Centro de Saúde Batalha, Centro de Saúde Boticas, Centro de Saúde Braga Centro de Saúde Bragança, Centro de Saúde Cabeceiras de Basto, Centro de Saúde Caminha, Centro de Saúde Campanhã, Centro de Saúde Carraceda de Ansiães, Centro de Saúde Carvalhos.

Unidades Locais de Saúde:

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Agrupamentos Centros de Saúde, ACEs



Figura 1- Distritos da ARS Norte

Fonte adaptada: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte>

Nota: a ARS Norte abrange nove municípios do distrito de Viseu e sete municípios do distrito de Aveiro.

4. A missão do Médico Dentista em situação de emergência externa

O Médico Dentista é um profissional de saúde que trabalha numa área delicada, segundo o conhecimento que adquiriu após extensa formação e com responsabilidades profissionais, legais e éticas muito bem definidas, para com o público e para com a sua profissão.

O papel deste profissional de saúde constitui uma das mais nobres funções da sociedade humana desde os seus longínquos primórdios. A sublimação do valor da vida afirma-se como um dos mais sólidos pilares que sustenta o conceito de sociedade, constituindo um princípio de altruísmo, reciprocidade e união entre pares. (OMD, 2009)

4.1. Importância dos registos dentários

As peças dentárias humanas são extremamente resistentes, subsistindo ao efeito de forças externas originadas por fogo ou explosão e, para além disto, podem igualmente ser utilizadas para retirar amostras de ADN. No caso da tragédia de 2001 no *World Trade Center*, 80 % das vítimas foram identificadas por Médicos Dentistas forenses, através de examinação clínica e comparação de registos dentários prévios. Assim, os registos dentários e a Medicina Dentária forense afirmam-se como armas indispensáveis, de valor inquestionável na identificação das vítimas. (OMD, 2009)

Por outro lado, os dentes possuem uma estabilidade biológica, que devido a determinados hábitos ou patologias podem ao longo do seu desenvolvimento afetar os tecidos dentários e, neles ficam marcas únicas de forma permanente. (Couto, 2009)

A realização de um registo dentário eficaz é um processo importante na gestão da saúde oral dos doentes, pois permite arquivar os processos administrativos e clínico, exames complementares de diagnóstico e fotografias e desta forma providenciar informações no caso de ser necessário identificar um indivíduo. (Couto, 2009)

4.2. Contributo do Médico Dentista para avaliação da identidade numa catástrofe

Todo o processo de identificação pressupõe investigação e trabalho técnico-científico árduo, que requiere a participação de uma equipa multidisciplinar, especialista e experiente. (Gandra, 2005)

As entidades responsáveis pela segurança deverão estar preparadas em caso de catástrofe, com uma equipa de profissionais de saúde que deverá integrar Médicos Dentistas. (OMD, 2009)

Os profissionais de Medicina Dentária têm a responsabilidade de contribuir para a sua comunidade intervindo em casos em que a saúde pública seja posta em causa, como foram exemplo as trágicas catástrofes dos ataques terroristas ao *World Trade Center*, o Tsunami que se abateu no sudeste asiático e o furacão Katrina. Em todas estas catástrofes, onde um grande número de pessoas perdeu as suas vidas, os Médicos Dentistas desempenharam um papel crucial na identificação de vítimas de identidade indeterminada. (OMD, 2009)

4.3. Medicina Dentária Forense em Portugal

O Médico Dentista é hoje mais do que nunca elemento necessário ao socorro e ao auxílio civil em caso de catástrofe. Tem sido a Medicina Dentária que nos últimos tempos, atentos ao número elevado de catástrofes naturais, quem auxilia na identificação e socorro às populações vítimas dessas catástrofes. A Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar (APMDH) como associação de ação e intervenção no plano das Ciências Médicas defende a manutenção e a necessidade de formação específica na área da Medicina de Catástrofe, sendo que considera prioritário o seu investimento na formação dos Médicos Dentistas nesta área tão esquecida e cada vez mais relevante nos dias hoje.

A título exemplificativo, numa notícia “Médicos dentistas no auxílio às vítimas” publicada na Revista da Ordem dos Médicos Dentistas, junho 2010, uma equipa de médicos dentistas, através de registos clínicos, confirmou a identidade dos corpos de quatro das vítimas das cheias que atingiram a Madeira a 20 de fevereiro de 2010.

A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) disponibilizou-se para prestar auxílio com profissionais que poderiam colocar as suas competências técnicas ao dispor das autoridades de socorro. Cinco dias após as cheias, o secretário-regional dos Assuntos Sociais contactou a OMD, informando que a equipa de medicina legal necessitava da ajuda dos médicos dentistas.

A ação dos médicos dentistas possibilitou a identificação dos corpos, tendo a responsável pela equipa de medicina legal louvado a colaboração destes profissionais da saúde.

A mesma responsável lamentou, ainda, não ter tido conhecimento da disponibilidade dos médicos dentistas desde o início garantindo o propósito de intervir junto das entidades competentes no sentido de legislar a inclusão dos médicos dentistas nas equipas de medicina legal.

5. Quadro metodológico e investigação

5.1. Objetivos do trabalho

Com o presente trabalho pretende-se atingir os seguintes objetivos: saber se existe algum Plano Regional de Emergência Externa que coordene as atividades dos diferentes estabelecimentos de saúde em caso de grande catástrofe, cataclismo ou acidente grave; se não existir, saber a opinião de várias entidades sobre a necessidade de um tal Plano; identificar alguns aspetos essenciais da sua estrutura.

5.2. Métodos e técnicas utilizados

Na elaboração do trabalho recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica através dos motores de pesquisa *Pubmed*, *Science Direct*, *Scirus* e *B-on*. Foi também realizada uma pesquisa manual nas bibliotecas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa e da Biblioteca Nacional de Portugal. Foram contactadas algumas entidades, nomeadamente a ANPC, INEM, ARS Norte, DGS, assim como algumas pessoas envolvidas nesta temática, com a finalidade de responderem às questões colocadas num inquérito. Em alguns casos, procedeu-se à realização de reuniões com a finalidade de recolher toda a informação necessária disponível.

Para além da pesquisa bibliográfica nos motores de pesquisa referidos inicialmente, também se recorreu a *sites* como a ARS Norte, DGS, ANPC, entre outros. Foi solicitada a colaboração de algumas entidades no preenchimento de um inquérito com seis questões de resposta rápida com o objetivo de analisar o conhecimento sobre o tema em questão.

Foi cedida alguma bibliografia, que não se encontra disponível ao público em geral, tais como PEE de determinados hospitais, e manuais que dizem respeito apenas a determinados profissionais.

Recorreu-se a algum trabalho de campo baseado em reuniões e entrevistas semiestruturadas, com a finalidade de contactar pessoalmente profissionais ligados ao tema do trabalho.

6. A investigação

A procura de resposta para uma questão que constitui o objeto do presente trabalho implica uma investigação desenvolvida em gabinete através da análise dos diplomas legais com relevância na matéria em estudo e por trabalho de campo constituído pelas diligências efetuadas junto de diversas entidades da competência na matéria e de pessoas que se considerou terem especial conhecimento neste assunto. Essas diligências foram precedidas da elaboração de um inquérito oportunamente remetido a essas entidades e pessoas.

6.1. Análise dos diplomas legais

O decreto-lei 134/2006 cria o sistema integrado de operações de proteção e socorro, este decreto-lei define também quais as entidades que nele têm competência e que não dependem organicamente da ANPC.

A componente local do enquadramento institucional da Proteção Civil é estabelecida na lei nº 65/2007 da Assembleia da República de 12 de novembro, a qual estabelece a organização dos serviços municipais da Proteção Civil e prevê a sua articulação com as autoridades locais de Proteção Civil de saúde, de segurança social e de solidariedade.

São ainda relevantes os diplomas legais que estabelecem a organização e as competências dos organismos a quem estão cometidas funções neste âmbito.

A lei nº27 de 2006, Lei de Bases de Proteção Civil, o decreto-lei nº 34/2012 de 14 de fevereiro que aprova a orgânica do INEM.

Na vertente operacional refere-se em primeiro lugar o decreto-lei nº 220/2008 de 12 de novembro, onde se determina que os estabelecimentos da saúde deverão possuir medidas de auto proteção, nas quais se incluem os planos de emergência interna e os planos de prevenção, entre outros.

O enquadramento legal dos planos de emergência decorre do estipulado no artigo 50º da Lei de Bases da Proteção Civil aprovada pela lei nº 27/2006 de 3 de Julho, onde se preconiza a existência de um plano nacional de emergência de proteção civil (PNPC), o qual foi aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros nº 87/2013 de 11 de dezembro.

Há ainda a referir o decreto regulamentar nº 66/2007 de 29 de maio na redação dada pelo decreto regulamentar nº 21/2008 de 2 de dezembro, no qual a DGS recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaboração de um Plano de Emergência Médica, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”. Este documento estabelece orientações para elaboração do Plano de Emergência, reforçando a noção da importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, consideradas peças estruturais necessárias a uma ação coordenadora, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise.

É ainda relevante nesta matéria o despacho nº 14041/2012 do INEM, onde se prevê a existência, missão e atividade dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Finalmente, e no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), o despacho nº 1498/2011 de 3 de novembro do INEM, define os meios de emergência pré-hospitalar de suporte avançado e imediato de vida do INEM.

Nos vários diplomas legais relevantes, são referenciados simultaneamente estruturas de âmbito distrital e de âmbito regional.

A coexistência destes dois níveis é causa de confusão, uma vez que os limites regionais não respeitam as delimitações dos distritos. Cita-se como exemplo a área de competência da ARS do Norte, que engloba alguns municípios dos distritos de Aveiro e Viseu.

6.2. Diligências efetuadas junto de diversas entidades e pessoas

Um PREE no âmbito da saúde insere-se num tema mais vasto de proteção civil. Foram assim efetuados contactos e diligências necessárias à compreensão da articulação entre entidades que coordenam as ações de proteção civil e as instituições e estabelecimentos que especificamente têm competências no âmbito da saúde.

Optou-se assim por não abordar as questões ligadas às áreas de intervenção dos corpos de bombeiros, CVP, forças policiais, entre outras; entidades igualmente importantes, mas devido ao tempo limite para a realização deste trabalho, obrigou-nos a uma seleção de apenas algumas e não todas as entidades envolvidas neste tema.

O âmbito do trabalho e a disponibilidade em tempo para a sua realização, como já foi referido, obrigaram à tomada de opções daí resultando que a pesquisa de campo se centrou em três tipos de contactos: contactos com entidades ou especialistas no âmbito mais vasto de proteção civil; entidades e especialidades no âmbito da saúde; e, outros especialistas com testemunho relevante nesta matéria.

Âmbito de proteção civil:

- Tenente-General Manuel Mateus Costa da Silva Couto, Presidente da ANPC.
- Dr. Carlos Mendes, Diretor da Unidade de Planeamento da ANPC;

 **Âmbito da saúde:**

- Tenente-Coronel Manuel Carvalho, Consultor de Segurança do Hospital São João;
- Dr. Humberto Machado, Diretor do serviço de Anestesiologia do Hospital Geral de Santo António, Centro Hospitalar do Porto;
- Dra. Ângela Garcia Alves, autora do Manual “Plano de Emergência Hospitalar”;
- Dr. Francisco George, Diretor-Geral da DGS;
- Dra. Cristina Abreu dos Santos, Chefe da Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergência em Saúde Pública;
- Dr. Castanheira Nunes, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte;
- Dra. Maria Neto, Delegada de Saúde Regional do Norte, Diretora do Departamento de Saúde Pública da ARS Norte;
- Dra. Regina Pimentel, Presidente do Conselho Diretivo do INEM;
- Enf. Rui Campos, Enfermeiro Coordenador Regional do INEM
- Prof. Dra. Maria José Pinto da Costa, Médica Legista no Instituto de Medicina Legal do Porto;

 **Outros especialistas:**

- Dra. Lígia Monteiro, Técnica de Saúde Ambiental, Controlo de Infecção, Interlocutor de Risco, Delegada Sindical TDT, ACES Porto Oriental, Unidade de Saúde Pública;
- Dr. Manuel de Sampaio Pimentel, Vereador da Câmara Municipal do Porto
- Dra. Isabel Almeida, Câmara Municipal de São João da Madeira
- Dra. Carla Dias, Técnica Superior de Higiene e Segurança no Trabalho, ARS Norte;
- Prof. Dr. Romero Manuel Bandeira Gandra, Autor do Livro “Medicina de Catástrofe, da Exemplificação Histórica à Iatroética”;
- Comandante Artur Magalhães Teixeira, Divisão de Proteção Civil e Segurança do Município de Gondomar.

6.3. O inquérito

O inquérito que se apresenta em anexo constitui o que se considerou ser a forma mais eficaz de contacto com os organismos oficiais que têm competências em matéria de proteção civil e de intervenção no âmbito da saúde em caso de catástrofe ou outras situações de emergência.

Este inquérito é constituído por duas partes: os pontos 1, 2 e 3 colocam questões onde se põe em dúvida que exista algum plano de emergência externa no âmbito da saúde a nível regional e, concretamente, caso exista ou venha a existir, quem deverá coordenar tal plano. A segunda parte do inquérito, questões 4, 5 e 6, questiona qual o âmbito, estrutura e meios que tal entidade coordenadora a nível regional deveria possuir.

6.4. Os resultados e discussão

Tabela 3. Respostas das Entidades e Especialistas na área da Proteção Civil no âmbito da Saúde ao Inquérito apresentado

Entidades e Especialistas na área da Proteção Civil no âmbito da Saúde								
Questões	INEM	ANPC	ARS Norte	DGS	Dra. Lígia Monteiro	Enf. Rui Campos	Dr. Humberto Machado	Comandante Artur Teixeira
1.	Sim	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	Não	Não respondeu	Não	Não
2.	ANPC	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	Não aplicável	Não respondeu	Não aplicável	Não aplicável
3.	Não é aplicável	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	Sim	Não respondeu	Sim	Sim
4.	ANPC	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	ANPC	Não respondeu	Outra Entidade	ARS Norte
5.1.	Âmbito nacional ANPC	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	Deveria abranger apenas os Concelhos envolvidos	Não respondeu	Região de Saúde do Norte	Região de Saúde do Norte
5.2.	ANPC	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	ANPC, que preside, ARS Norte, elementos das Comissões e Catástrofe dos Estabel. de Saúde	Não respondeu	ANPC, que preside, ARS Norte, elementos das Comissões e Catástrofe dos Estabel. de Saúde	ANPC, que preside, ARS Norte, elementos das Comissões e Catástrofe dos Estabel. de Saúde
6.	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	Não respondeu	Todas	Não respondeu	Todas	Só algumas

Verifica-se com alguma perplexidade que as entidades de âmbito nacional têm claramente perspetivas diversas sobre este tema, que não é consensual.

O INEM pretende centrar todas as responsabilidades no nível nacional confiando toda a coordenação à ANPC.

Contudo, em reunião com o Enfermeiro Rui Campos, Enfermeiro Coordenador Regional do INEM, este informou que o PREE no âmbito da saúde não existe. Nesta reunião foi amavelmente facultado o manual “Situação de Exceção”, publicação interna do INEM, o qual se revelou bastante útil na elaboração deste trabalho.

Por outro lado, a ANPC limita-se a remissões à legislação, não manifestando quaisquer opções concretas, designadamente no que respeita às questões aplicáveis ao nível regional, tendo respondido o seguinte:

“À escala nacional, a resposta a acidentes graves ou catástrofes em Portugal Continental encontra-se definida no PNEPC - Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 87/2013, de 11 de dezembro), o qual se constitui como um instrumento de suporte às operações de proteção civil, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excecional a adotar.”

“No âmbito do PNEPC, encontram-se definidas as missões de um vasto conjunto de agentes de proteção civil e de organismos e entidades de apoio, incluindo os serviços de saúde (Parte II). De igual modo, o PNEPC dedica um capítulo à Área de Intervenção de Serviços Médicos e Transporte de Vítimas, a qual é coordenada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (Parte III). Assim, no contexto de uma ativação do PNEPC, numa situação de ocorrência de acidente grave ou catástrofe, a coordenação das atividades dos diferentes estabelecimentos de saúde será realizada na Célula de

Resposta Técnica do Centro de Coordenação Operacional Nacional, sempre em estreita articulação com o INEM, enquanto entidade coordenadora. Isto, independentemente de as entidades intervenientes no PNEPC possuírem os seus próprios planos setoriais para fazer face ao cumprimento das instruções e procedimentos instituídos no Plano.”

“Deste modo os únicos planos de emergência de proteção civil existentes em Portugal são os elaborados ao abrigo da legislação atrás mencionada. Neste sentido, outros planos, como os aludidos “Planos Institucionais de Emergência Externa”, não se inserem na tipologia de planos de emergência de proteção civil e resultarão de instrumentos legais específicos, não competindo à ANPC pronunciar-se sobre os mesmos.”

Portanto, a ANPC entendeu não se pronunciar concretamente sobre questões relativas a PREE no âmbito da saúde.

Ainda no âmbito de proteção civil, considerou-se relevante o contacto com o Dr. Carlos Mendes, Diretor da Unidade de Planeamento da ANPC, o qual indicou que todos os municípios têm planos de emergência de proteção civil, embora apenas 109 desses municípios estejam elaborados segundo os moldes previstos na legislação atualmente em vigor. Os restantes municípios possuem planos de emergência elaborados de acordo com a legislação anterior e por essa razão não estão disponíveis ao público.

Relativamente à DGS foram várias as tentativas de contacto com esta entidade e, apesar da boa vontade da Dra. Cristina Abreu Santos, Chefe da Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública da DGS, até à presente data, 11 de Junho de 2014, não foi fornecida qualquer resposta às questões colocadas no inquérito. No entanto, esta responsável deu a conhecer uma troca interna de correspondência onde é claramente mencionado que “Ao nível global, os Planos Regionais deste tipo (catástrofes, cataclismos ou acidentes graves) são coordenados pela Autoridade Nacional de Proteção Civil, não sendo conhecido nenhum Plano específico para coordenação de estabelecimentos de saúde”.

Perante esta situação, pode-se concluir que, possivelmente, ainda não houve oportunidade de esclarecimento desta lacuna.

A ARS Norte também não respondeu ao inquérito indicando apenas por escrito que “Conforme solicitado, não existe nenhuma informação sobre esta temática neste Departamento!”

O desenvolvimento dos trabalhos e a ausência de respostas concretas por parte das autoridades com competências nesta matéria levou a que se consultassem pessoas indicadas como especialistas nesta matéria. Foi o caso da Dra. Lígia Monteiro, Técnica de Saúde Ambiental no ACES Porto Oriental, e do Dr. Humberto Machado, Diretor do Serviço de Anestesiologia no Centro Hospitalar do Porto. Estes dois responsáveis de saúde apresentaram claramente a mesma visão sobre as questões colocadas. Salienta-se a muito clara afirmação de que não existe qualquer plano regional de emergência externa no âmbito da saúde, que tal plano deveria agregar os organismos e entidades com competências e capacidades operacionais: ANPC, ARS Norte e todos os estabelecimentos de saúde da região Norte.

Em reunião com o Dr. Humberto Machado, este especialista informou ainda que a elaboração de um PREE já tinha sido tema de discussão no âmbito de coordenação regional entre vários estabelecimentos de saúde, nomeadamente aquando da realização em Portugal do “Euro 2004”. Por ocasião deste evento desportivo, devido ao potencial risco de segurança e possível ocorrência de catástrofe que toda esta situação poderia envolver, foi elaborado um plano de resposta a multivítimas, tendo tido a virtualidade de alinhar por um caderno de encargos comum a vários hospitais, sob a coordenação de ARS Norte.

Note-se ainda a aparente contradição entre este testemunho e a informação prestada pela ARS Norte, a qual se deverá provavelmente à descontinuidade na direção desta ARS, da qual está a resultar perda de informação histórica.

O Tenente-Coronel Manuel Carvalho, Consultor de Segurança do Hospital São João, indicou que as unidades de saúde que possuem os PEE não estão sujeitos a qualquer coordenação a nível regional.

O Dr. Manuel de Sampaio Pimentel, Vereador da Câmara Municipal do Porto, foi contactado para esclarecer dúvidas sobre a constituição e funcionamento da Comissão Municipal de Proteção Civil (CMPC), prevista no Artigo 3º da Lei nº 65/2007, no município do Porto; uma vez, que por esta via se poderia eventualmente apurar a existência de alguma forma de coordenação do plano de emergência a nível supramunicipal.

Este autarca indicou que, de acordo com o seu regimento, a CMPC reúne em sessão ordinária, uma vez por ano, e extraordinariamente sempre que o seu presidente o entenda necessário. Indicou ainda que a autoridade de saúde do município se encontra representada na CMPC através de um delegado do INEM e outro da ARS; sendo que o representante designado pelo director-geral da Saúde seria o delegado da ARS.

Como tal, foi contactada mais uma vez a ARS Norte, e desta vez a Dra. Maria Neto, que prontamente informou que a representante da área da saúde na CMPC seria a Dra. Delfina Antunes, Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde de Porto Ocidental ou sua representante.

A Prof. Dra. Maria José Pinto da Costa, Médica Legista no Instituto de Medicina Legal do Porto, informou em reunião que apenas pontualmente são agregados médicos dentistas em equipas de Medicina Forense em situação de catástrofe.

A Dra. Isabel Almeida, da Câmara Municipal São João da Madeira, disponibilizou a Lista de Riscos (Regulamento Específico: Prevenção e Gestão de Riscos Naturais e Tecnológicos), a qual faz parte do regulamento de concursos para fundos europeus Quadro de Referência Estratégico Nacional.

A Dra. Carla Dias, Técnica Superior de Higiene e Segurança no Trabalho da ARS Norte, que em reunião no ACES Porto Ocidental, confirmou a não existência de um PREE no âmbito da saúde.

O Prof. Dr. Romero Manuel Bandeira Gandra, Autor do Livro “Medicina de Catástrofe, da Exemplificação Histórica à Iatroética”, em reunião no ICBAS, também confirmou a não existência de um PREE no âmbito da saúde.

Desta forma, é patente a coerência e convicção das respostas dadas pelos especialistas ligados à saúde no que respeita à inexistência de um plano regional de emergência externa no âmbito da saúde.

Estes especialistas indicaram que esta lacuna deve ser preenchida para que em situação de grande catástrofe, a articulação entre os vários estabelecimentos de saúde possa proporcionar uma resposta mais eficaz em termos de assistência às vítimas envolvidas.

Pelo contrário, os representantes das entidades de âmbito nacional foram sempre extremamente cautelosos e restringiram o âmbito das suas respostas aos textos legais e às obrigações e competências que lhes são atribuídas.

6.5. A proposta

Os resultados das diligências realizadas e das respostas ao inquérito elaborado permitiram concluir claramente que, por parte dos especialistas ligados à saúde, existe a percepção de que é necessário melhorar o conhecimento e a coordenação dos meios de resposta em caso de emergência externa das unidades de saúde num âmbito regional é prioritário.

As situações de emergência colocam sempre a questão da adequação da resposta por parte das entidades e organismos envolvidos.

Em situação de emergência externa pode considerar-se que nenhum estabelecimento está por si só preparado para acorrer a todas as situações urgentes que ocorrem. Por outro lado, em caso de emergência de grande amplitude, coloca-se desde logo a questão da distribuição das vítimas pelos vários estabelecimentos de saúde.

Há ainda a considerar a necessidade de efetuar o encaminhamento para unidades de saúde devidamente equipadas e preparadas para receber determinadas vítimas que obrigam a uma especialidade médica diferenciada como, por exemplo, os queimados.

Assim sendo, verifica-se a necessidade de planear uma resposta regional baseada fundamentalmente nos seguintes pontos:

1. A resposta em capacidade de receção de vítimas: há que, para cada zona de acidente, definida a nível municipal ou eventualmente intermunicipal estabelecer critérios de distribuição das vítimas de acordo com a triagem.
2. Cada estabelecimento de saúde possui algumas especialidades diferenciadas que outros não possuem ou que possuem em menor grau. Sendo necessário por isso efetuar-se um levantamento atualizado dessas capacidades e valências tendo em atenção dois objetivos: em primeiro lugar, um planeamento de ações mais rigoroso e o melhor conhecimento das situações por forma a permitir decisões mais rápidas e mais seguras; em segundo lugar, este levantamento permitirá identificar necessidades induzidas pela limitação de meios e de capacidades que atualmente se verificam em todos os aspetos da vida nacional, e isso, inclui a área da saúde.

3. Finalmente e embora em principio tais situações estejam já tipificadas, há que estabelecer a nível regional uma “carta de decisões” a assumir para determinadas tipologias clínicas.

Todas estas questões justificam as preocupações demonstradas pelos especialistas da área da saúde cujo testemunho foi possível obter.

A elaboração de PREE no âmbito da saúde constitui uma necessidade urgente à qual é necessário conferir a devida prioridade atendendo a que o rigor exigido na gestão dos meios atualmente disponíveis na área da saúde é crescente.

Propõe-se assim a existência de um PREE no âmbito da saúde que articulem a ação dos estabelecimentos de saúde em cada região, e concretamente na região Norte, sob a coordenação de cada ARS e em articulação com a ANPC, que permita coordenar eficazmente as funções de cada unidade de saúde em situação de emergência.

A elaboração destes planos terá de ser obrigatoriamente precedida das seguintes ações e estudos:

1. Existência de um catálogo de riscos regionais;
2. Inventariação dos recursos de saúde disponíveis;
3. Conhecimento e compatibilização dos PEE das unidades de saúde da Região de Saúde;
4. Definição do circuito e do modo de atuação coordenado das unidades de saúde;
5. Convocar de imediato a Comissão em caso de catástrofe;
6. Definição do tipo de informações a recolher de imediato junto das unidades de saúde;

7. Definição do tipo de informação a disponibilizar à comunicação social;
8. Acompanhamento das atividades de emergência e decisão sobre aspetos de coordenação entre unidades de saúde.

Propõe-se finalmente que este plano seja constituído por duas partes. A primeira será institucional e regulamentadora das relações entre entidades e respetivos procedimentos a adotar em caso de emergência externa. Uma segunda parte deverá ser constituída por anexos operacionais dos quais se destacam a lista de estabelecimentos abrangidos e as suas disponibilidades e valências; as articulações operacionais entre as diversas entidades envolvidas e os estabelecimentos de saúde.

Estes anexos, ao contrário da primeira parte que contem as disposições, deverão ser regularmente revistos e sempre que necessário, mas com atualização anual obrigatória.

III – CONCLUSÃO

As respostas (ou não respostas) por parte das entidades de administração pública com competências legalmente designadas nestas matérias, nomeadamente ANPC, DGS, ARS do Norte e INEM permitiram verificar preocupantes diferenças de entendimento sobre estas questões, especialmente quanto à articulação entre estabelecimentos de saúde de uma região em situação de emergência.

Da amostra submetida ao inquérito, metade não respondeu ao inquérito.

Dos que responderam ao inquérito, apenas uma entidade afirmou a existência de um PEE no âmbito da saúde que coordena as atividades dos diferentes estabelecimentos de saúde em caso de catástrofe.

Na opinião destas entidades que responderam ao inquéritos, todas afirmaram que deveria existir uma entidade que coordena-se o Plano, e a maioria respondeu que a mais adequada seria a ANPC.

No que respeita ao tipo de âmbito e estrutura que deveria ter “Outra entidade”, a maioria respondeu que deveria abranger toda a Região de Saúde do Norte e que a sua estrutura seria constituída por uma Comissão integrada pela ANPC, pela ARS Norte e por elementos da Comissão de Catástrofe de cada estabelecimento de saúde, dirigida pela ANPC.

Criou-se assim, uma situação de impasse temporário uma vez que estava instalada a dúvida sobre a situação real vigente no país quanto à questão que constituía o objeto principal deste trabalho: a atuação coordenada e eficiente dos vários estabelecimentos de saúde em caso de emergência externa, ou seja, um sistema regional que responda às necessidades da população nestas circunstâncias.

O desenvolvimento das pesquisas e do presente trabalho levou à percepção de que existem nesta matéria vários planos de ação, dos quais se destacam a proteção civil propriamente dita (Forças de Segurança, Bombeiros,...) e a ação no âmbito da saúde (INEM, Estabelecimentos de Saúde,...).

Tendo em conta as respostas recebidas inicialmente enviadas às diversas entidades, tornou-se pertinente a realização de entrevistas numa segunda fase da investigação. Esta opção revelou-se muito eficaz, uma vez que permitiu a clarificação das questões colocadas neste trabalho e, claramente, atingir pelo menos qualitativamente os objetivos propostos.

Todas as entidades entrevistadas (quer a nível individual ou representando determinada organização) ligadas direta ou indiretamente à saúde, foram unânimes em afirmar que apesar de vários estabelecimentos de saúde possuírem planos de emergência externa, não existe qualquer plano regional que os articule e que estabeleça uma coordenação eficiente entre essas unidades de saúde.

As entrevistas realizadas permitiram aferir que a coordenação desses planos quando existirem, deveriam ficar sob a alçada da ANPC ou à ARS Norte ou outra entidade, demonstrando que só através de equipas pluridisciplinares se poderá assegurar uma resposta adequada perante uma situação de catástrofe.

Como resultado destas diligências, foi possível realizar uma proposta de estrutura e de conteúdos mínimos para planos regionais de emergência externa no âmbito da saúde e, também, identificar claramente o contributo da Medicina Dentária nestas matérias através de registos dentários cuidadosamente anotados e a ação de campo dos médicos dentistas na identificação das vítimas resultantes das catástrofes.

IV - BIBLIOGRAFIA

Alves, A.; Redondo, J. (1999). *Plano de Emergência Hospitalar*. Ed. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica, Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência.

Andrade, L. (2010). *Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira: Contributo para a urgência hospitalar na Região Autónoma dos Açores*. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Bragança, C. (2012). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Bragança*. Ed. Autoridade Nacional de Proteção Civil.

Carvalho, M.; Silva, E. (2011). *Segurança hospitalar/Emergência Hospitalar: Plano de Catástrofe ou de Emergência Externa*. Ed. Hospital São João.

Civil, C. (2008). *Resolução n.º 25/2008*. Diário da Republica, 138.

Civil, Autoridade (2009). *Glossário de Proteção Civil*. Disponível em http://www.prociv.pt/GLOSSARIO/Documents/GLOSSARIO31_Mar_09.pdf
[Consultado 2014-06-12].

Couto, M. (2009). *Importância dos Registos Dentários em Situações de Grandes Catástrofes*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Dentistas, O. (2009). Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2009/04/responsabilidade-social-medicina>>.[Consultado 2014-06-12].

Dentistas, O. (2010). *Cheias na Madeira: Médicos Dentistas no Auxílio às Vítimas*. Revista da Ordem dos Médicos Dentistas. Revista número 6, Página 15.

Garcia, A; Correia, A. (2007). *Pandemia de Gripe: Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

Geotributo, *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Braga*. Ed. Autoridade Nacional de Proteção Civil

Gomes, T.; Oliveira, M. (2010). *Guia Geral Para a Elaboração de Um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão de Qualidade Clínica e Organizacional.

Gandra, R. (1995). *Medicina da Catástrofe da Exemplificação histórica à Iatroética*. Tese de Doutoramento em Medicina da Catástrofe submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Gandra, S. (2005). *Importância da Medicina Legal em Situações de Catástrofe: A Queda da Ponte Hintze Ribeiro*. Tese de Mestrado em Medicina da Catástrofe submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Infopédia [Em linha]. (2003-2014). *Catástrofes Naturais*. Porto: Porto Editora, Disponível em [www:<URL:http://www.infopedia.pt/\\$catastrofes-naturais>](http://www.infopedia.pt/$catastrofes-naturais).[Consult. 2014-06-30].

Interna, M. (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Ed. Autoridade Nacional de Proteção Civil.

Interna, M. (2006). *Decreto-Lei n.º 134/2006 de 25 de julho*. Diário da República, 142.

Interna, M. (2008). *Decreto-Lei n.º 220/2008 de 12 de novembro*. Diário da República, 142.

Esteves, P.; Barbosa, P. (2010). *Plano de Resposta a Multivítimas*. Ed. Hospital Geral Santo António do Porto.

Matosinhos, C. (2010). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Matosinhos*. Ed. Autoridade Nacional de Proteção Civil.

Ministros, P. (2013). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 87/2013*. Diário da República, 240.

Nacional, Q. (2009). *Regulamento Específico – Prevenção e Gestão de Riscos Naturais e Tecnológicos – Ações imateriais*. Comissão Ministerial de Coordenação.

Norte, P. (2014). Disponível em <<http://www.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte>>. [Consultado 2014-04-28].

Silva, F.; Henriques, J. (1993). *Manual de Medicina da Catástrofe*. Lisboa, Ed. Instituto Nacional de Emergência Médica.

Oliveira, M.; Meira, L. (2012). *Situação de Exceção*. Instituto Nacional de Emergência Médica.

República, A. (2006). *Lei n.º 27/2006 de 3 de julho*. Diário da República, 126.

República, A. (2007). *Lei n.º 65/2007 de 12 de novembro*. Diário da República, 117.

República, A. (2009). *Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto*. Diário da República, 162.

Saúde, D. (2008). *Decreto Regulamentar n.º 21/2008 de 2 de Dezembro*. Diário da República, 233.

Saúde, M. (2012). *Portaria n.º 153/2012*. Diário da República, 99.

Saúde, M. (1993). *Decreto-Lei n.º 335/93 de 29 de setembro*. Diário da República, 229.

Saúde, M. (2007). *Decreto-Regulamentar n.º 67/2007 de 29 de maio*. Diário da República, 103.

Saúde, M. (2011). *Despacho n.º 14898/2011*. Diário da República, 211.

Saúde, M. (2011). *Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro*. Diário da República, 249.

Saúde, M. (2012). *Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro*. Diário da República, 32.

Saúde, M. (2012). *Despacho n.º 13794/2012*. Diário da República, 206.

Saúde, M. (2012). *Despacho n.º 14041/2012*. Diário da República, 209.

Saúde, M. (2012). *Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro*. Diário da República, 21.

Saúde, M. (2013). *Portaria n.º 213/2013 de 27 de junho*. Diário da República, 122.

Silva, F. (1993). *Manual de Medicina da Catástrofe*. Ed. INEM.

Wikipedia. (2014). *Triagem* Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Triagem>. [Consultado 2014-04-20].

ANEXOS

Anexo I – Carta de apresentação do inquérito

Exmo(a). Sr(a).

No âmbito do trabalho final de curso da disciplina de Projeto de Pós-Graduação, tendo como orientador o Sr. Prof. Dr. Aguiar Coelho e como co-orientadora a Sra. Dra. Mestre Maria Gabriel Queirós, venho por este meio solicitar a vossa colaboração nas questões que a seguir são colocadas, para as quais peço resposta com vista à elaboração obrigatória de uma tese para conclusão do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

Os três objetivos gerais do presente inquérito são:

- 1.º) saber se existe algum Plano Regional de Emergência Externa que coordene as atividades dos diferentes estabelecimentos de saúde em caso de grande catástrofe, cataclismo ou acidente grave;
- 2.º) Se não existir, saber a opinião de V. Ex.^a sobre a necessidade de tal Plano;
- 3.º) Caso considere que tal Plano é necessário, identificar alguns aspetos essenciais da sua estrutura.

Sabendo-se que diferentes estabelecimentos de saúde já elaboraram os respectivos Planos Institucionais de Emergência Externa (v.g., Centro Hospitalar de S. João, Centro Hospitalar do Norte, Unidade Local de S. de Matosinhos, Instituto Português de Oncologia) venho junto de V. Ex.^a solicitar a contribuição das vossas respostas ao inquérito que segue em anexo.

Aguardo o vosso apoio.
Com os melhores cumprimentos,

Margarida Silva

Anexo II – **Inquérito**

INQUÉRITO

1. Existe algum Plano de Emergência Externa (PEE) no âmbito da saúde que coordene as atividades dos diferentes estabelecimentos de saúde em caso de grande catástrofe, cataclismo ou acidente grave?

Sim

Não

Não sei

2. Se respondeu sim, diga, por favor, que entidade coordena o Plano:

Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC)

Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte)

Outra entidade

Qual? _____

3. Se respondeu não, em sua opinião, deveria existir uma tal entidade?

Sim

Não

Não tenho opinião

4. Se pensa que deveria existir uma entidade para coordenar a atividade dos estabelecimentos de saúde (ES), que tipo de entidade lhe parece a mais adequada

A ANPC

A ARS Norte

Outra entidade

5. Que tipo de âmbito e de estrutura deveria ter *Outra entidade*?

5.1. Âmbito

Abranger toda a Região de Saúde do Norte

Abranger apenas os concelhos envolvidos

Outro âmbito

Qual? _____

5.2. Estrutura

Comissão integrada pela ANPC, pela ARS Norte e por elemento da Comissão de Catástrofe de cada estabelecimento de saúde, dirigida pela ANPC

Comissão constituída apenas pela ARS Norte e por cada estabelecimento de saúde

Outra estrutura

Qual? _____

6. Que tipo de funções deve ter esta estrutura (assinalar todas as que julgar adequadas)?

- Dispor de um catálogo de riscos regionais
- Inventariar os recursos de saúde disponíveis
- Conhecer e compatibilizar os PEE dos ES da Região de Saúde
- Definir o circuito e o modo de actuação coordenado dos ES
- Convocar de imediato a Comissão em caso de catástrofe
- Definir o tipo de informações a recolher de imediato junto dos ES
- Definir o tipo de informação a disponibilizar à comunicação social
- Acompanhar as atividades de emergência e decidir sobre aspetos de coordenação entre ES
- Outras
 - Quais?
