

**PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA DO HOSPITAL DE SANTO
ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO, ILHA TERCEIRA:
CONTRIBUTOS PARA A URGÊNCIA HOSPITALAR NA
REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES**

LÚCIA DE FÁTIMA DUTRA ANDRADE

Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe

LÚCIA DE FÁTIMA DUTRA ANDRADE

**PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA DO HOSPITAL DE SANTO
ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO, ILHA TERCEIRA:
CONTRIBUTOS PARA A URGÊNCIA HOSPITALAR NA REGIÃO
AUTÓNOMA DOS AÇORES**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Medicina de Catástrofe submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto

Orientador: Doutor João Carlos Carreiro Nunes

Categoria: Prof. Auxiliar (Nomeação Definitiva)

Afiliação: Departamento de Geociências da
Universidade dos Açores

ÍNDICE

SIGLAS.....	4
AGRADECIMENTOS.....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	11
RESUMÉ.....	14
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	18
2. ENQUADRAMENTO E OBJECTIVOS.....	21
3. METODOLOGIA E ESTRUTURA.....	23
4. CONCEITOS-CHAVE / TERMINOLOGIA.....	25
5. CARACTERIZAÇÃO DA ILHA TERCEIRA.....	27
5.1. LOCALIZAÇÃO e ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO.....	27
5.2. RECURSOS ECONÓMICOS.....	30
5.3. INFRA-ESTRUTURAS BÁSICAS.....	30
5.3.1. Sistema de Abastecimento de Água.....	30
5.3.2. Sistema de Abastecimento de Energia.....	31
5.3.3. Sistema de Telecomunicações.....	31
5.3.4. Rede Rodoviária.....	31
5.3.5. Aeroporto e Heliporto.....	31
5.3.6. Portos e Varadouros.....	32
5.4. MEIOS DISPONÍVEIS EM CASO DE EMERGÊNCIA.....	33
5.4.1. Meios Humanos e Materiais.....	33
5.4.2. Segurança.....	35
6. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA.....	37
6.1. INTRODUÇÃO.....	37
6.2. CATÁLOGO DE RISCOS POTENCIAIS.....	39
6.2.1. Riscos de Origem Natural.....	39
6.2.1.1. Risco Sísmico.....	40
6.2.1.2. Risco Vulcânico.....	42
6.2.1.3. Risco de Inundações Costeiras.....	45
6.2.1.4. Risco de Temporais e Cheias.....	46
6.2.1.5. Risco de Movimentos de Massa de Vertente.....	46
6.2.2. Riscos Derivados do Desenvolvimento Tecnológico.....	47
6.2.2.1. Acidentes Aéreos.....	47

6.2.2.2. Acidentes NRBQ.....	48
6.2.2.3. Acidentes Marítimos/Marés Negras.....	48
6.2.2.4. Acidentes Industriais Graves.....	49
6.2.3. Catástrofes Relacionadas com o Comportamento Humano.....	49
6.3. CARACTERIZAÇÃO DO HSEAH-EPE.....	49
6.3.1. Comissão de Catástrofe.....	51
6.3.2. Catálogo de Recursos Humanos e Materiais.....	51
6.4. ACTIVAÇÃO DO PEE.....	56
6.4.1. Gabinete de Crise.....	56
6.4.2. Sistema de Activação.....	57
6.4.2.1. Activação do Nível I e Respectiva Organização Assistencial.....	59
6.4.2.2. Activação do Nível II e Respectiva Organização Assistencial.....	62
6.4.2.3. Activação do Nível III e Respectiva Organização Assistencial.....	66
6.4.2.4. Transferência Hospitalar Total ou Parcial.....	68
6.4.3. Modelo de Triagem de Prioridades.....	68
6.4.3.1. Processo Clínico.....	69
6.4.3.2. Registos de Sector.....	70
6.4.3.3. Tratamento de Dados.....	70
6.4.4. Contactos de Emergência.....	70
6.4.5. Ponto de Encontro e Recrutamento de Pessoal.....	74
6.4.6. Proposta de Circuitos Intra-hospitalares.....	75
6.4.7. Circuito se Necessário Ampliação Hospitalar.....	76
6.4.8. Serviços Farmacêuticos.....	76
6.4.9. Serviço de Imunohemoterapia.....	76
6.5. ORGANIZAÇÃO DO APOIO NÃO ASSISTENCIAL.....	77
6.5.1. Serviços Não Médicos.....	77
6.5.2. Armário de Catástrofe.....	77
6.5.3. Identificação Nominal das Vítimas.....	77
6.5.4. Gabinete de Comunicação Social.....	78
6.5.5. Gabinete de Acolhimento e Apoio aos Familiares das Vítimas.....	78
6.5.6. Sala de Autoridades.....	78
6.6. IMPLEMENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PEE.....	78
6.7. CARTÕES DE ACÇÃO.....	80
7. CONTRIBUTOS PARA A URGÊNCIA HOSPITALAR NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES.....	105
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS e APÊNDICES.....	115
ANEXOS.....	I
APÊNDICES.....	LXXIII

SIGLAS

- AAM: Auxiliar de Acção Médica
- AHBVAH: Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Angra do Heroísmo
- AMS: Auto-maca de Serviço
- AMT: Auto-maca de Transporte
- AMTM: Auto-maca de Transporte Mútuo
- Anest.: Anestesia
- ASM: Auto-sapador Médio
- BA4: Base Aérea nº 4
- BI: Bilhete de Identidade
- BO: Bloco Operatório
- BVAH: Bombeiros Voluntários de Angra do Heroísmo
- C. vasc.: Cirurgia Vascular
- CA: Conselho de Administração do Hospital
- CC: Comissão de Catástrofe
- CCIH: Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar
- Cir I: Cirurgia Homens
- Cir II: Cirurgia Mulheres
- CMAH: Câmara Municipal de Angra do Heroísmo
- CMPC: Centro Municipal de Protecção Civil
- Coord: Coordenador
- COA: Comando Operacional dos Açores
- CSAH: Centro de Saúde de Angra do Heroísmo
- CSPV: Centro de Saúde da Praia da Vitória
- CVP: Cruz Vermelha Portuguesa
- DRS: Direcção Regional de Saúde

- ECG: Electrocardiograma
- Enf^a: Enfermeira
- Enf^o: Enfermeiro
- ESA: Esquadra de Segurança Aeroportuária
- ESEnfAH: Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores
- ESJEA: Escola Secundária Jerónimo Emiliano de Andrade
- Especial.: Especialidades
- Estomat.: Estomatologia
- FAA: Forças Armadas
- Gastro: Gastroenterologia
- GC: Gabinete de Crise
- HSEAH-EPE: Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo – Entidade Pública Empresarial
- ICBAS: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- INOP: Inoperável
- Lab. Anal.: Laboratório de Análises
- LIMOP: Limitadas
- Med I: Medicina Homens
- Med II: Medicina Mulheres
- Med III: Medicina III
- Nefro.: Nefrologia
- NRBQ: Nucleares, Radiológicos, Biológicos ou Químicos
- Obstet.: Obstetrícia
- Oftl.: Oftalmologia
- ORL.: Otorrinolaringologia
- PE: Plano de Emergência

- PEE: Plano de Emergência Externa
- PEI: Plano de Emergência Interna
- PMAH: Polícia Marítima de Angra do Heroísmo
- Pneumo.: Pneumologia
- PROTA: Plano Regional do Ordenamento do Território dos Açores
- PSM: Pronto-socorro Médio
- PSP: Polícia de Segurança Pública
- RAA: Região Autónoma dos Açores
- RCA: Rádio Club de Angra
- RG1: Regimento de Guarnição nº 1
- RHA: Rádio Horizonte dos Açores
- SIE: Serviços, Instalações e Equipamentos
- SO: Serviço de Observação
- SRPCBA: Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores
- SU: Serviço de Urgência
- SUCH: Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
- TA: Tensão Arterial
- UCIC: Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
- UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- URA: União de Rádio Amadores

AGRADECIMENTOS

Ao longo do processo de elaboração desta tese, momentos houve em que este processo foi solitário. No entanto, desde o início do mestrado, contei com a confiança e o apoio de várias pessoas e instituições, e recebi contributos diversos sem os quais não teria sido possível concluir este trabalho e que importa agora salientar:

- Ao Professor Doutor João Carlos Nunes, orientador da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada pelo contínuo acompanhamento desta nada fácil caminhada;
- Às dezenas de enfermeiros, médicos e elementos da Comissão de Catástrofe do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, que prescindiram de algum do seu precioso tempo para me ajudarem, e aos responsáveis organizacionais, que autorizaram a realização do estudo: a todos, o meu muito obrigada;
- Um agradecimento especial à enfermeira Gilberta Jarroca, pelo enorme interesse e disposição em colaborar sempre que solicitada a sua ajuda. A sua larga experiência e capacidade analítica da realidade hospitalar foram particularmente úteis no trabalho de campo levado a efeito no HSEAH-EPE;
- Aos Bombeiros Voluntários Portuenses, pela boa vontade de, através do SRPCBA, permitirem a minha permanência nas suas instalações durante as minhas deslocações semanais para a frequência do mestrado, bem como o transporte desde o Quartel ao Aeroporto;
- Sou muito grata à minha mãe, filhos e irmãs, pelo incentivo recebido ao longo destes anos: obrigada pelo amor, alegria e atenção, sem reservas...
- Por último, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a concretização deste trabalho e contínuos estímulos intelectuais e emocionais.

RESUMO

O Plano de Emergência Externa agora apresentado pretende ser um contributo válido para, em geral, a urgência hospitalar na RAA e, em particular, melhorar a resposta do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo-EPE face à ocorrência de uma situação de catástrofe ou acidente grave.

Bandeira (2008), fazendo referência ao relatório elaborado pelo Hospital e pelo responsável da Cruz Vermelha Portuguesa aquando do sismo de 1 de Janeiro de 1980, constata que, embora estando o Hospital localizado numa zona sísmica, de elevado risco e muito vulnerável a uma catástrofe, não havia, no âmbito da Medicina de Catástrofe, planeamento ou programação prévia. Neste sentido, o presente trabalho procura dar resposta à inexistência de um documento estruturado desta natureza, de modo a que o Hospital possa dar uma resposta eficaz face a uma situação de multivítimas.

Optou-se por uma metodologia quantitativa, na vertente de pesquisa exploratória e, simultaneamente, pesquisa acção, baseada no levantamento bibliográfico e documental, em entrevistas a pessoas que tiveram experiências práticas com o tema pesquisado e, ainda, à realização de reuniões conjuntas e análise de exemplos elucidativos.

Nos capítulos introdutórios são apresentados aspectos relativos à Medicina de Catástrofe e à necessidade de dotar o HSEAH-EPE dos adequados mecanismos de resposta face à ocorrência de uma situação de catástrofe, designadamente através de uma intervenção previamente planeada e organizada, desencadeando uma cadeia de comando devidamente estruturada e mobilizando um conjunto de meios e infra-estruturas que permitam o precoce e eficaz socorro numa situação de multivítimas.

Neste trabalho são especificados alguns conceitos chave em Medicina de Catástrofe, incluindo de acidente grave, catástrofe, emergência e acidente catastrófico de efeitos limitados. Faz-se, também, uma caracterização geral da ilha Terceira, para os concelhos de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória, com especial destaque, tendo em conta o âmbito da tese, aos recursos e infra-estruturas existentes, bem como os meios disponíveis em caso de emergência, no que respeita a recursos humanos, materiais e de segurança.

Sendo o Plano Hospitalar de Emergência um conjunto de acções a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido, e existindo uma relação directa entre este plano e o levantamento dos riscos potenciais, de origem natural, derivados do desenvolvimento tecnológico ou relacionadas com o comportamento humano, faz-se uma análise destes riscos na ilha Terceira.

A caracterização do HSEAH-EPE inclui uma referência à criação e composição da sua Comissão de Catástrofe, bem como do Catálogo de Recursos Humanos e Materiais, que elenca os meios disponíveis permanentemente, disponíveis em situações especiais e disponíveis e mobilizáveis em situações de urgência no Hospital, tendo como linhas orientadoras as indicadas em Alves e Redondo (1999). Apresenta-se, também, a estrutura do Gabinete de Crise e dos grupos de apoio que integram os sub-gabinetes (cf. fluxogramas A e B).

O Sistema de Activação deste plano, exequível apenas com a interdisciplinaridade institucional com o SRPCBA, PSP, CSAH, CSPV, CMPC, ESEnfAH e CVP, prevê a activação de três níveis (Nível I, Nível II ou Nível III), correlacionados com a fase de execução e respectiva organização do apoio assistencial e não assistencial.

Afim de facilitar a operacionalidade da activação do PEE e a reorganização dos recursos existentes, estabelecem-se dois períodos chaves, de acordo com os respectivos horários: i) 08:30h às 20:30h e ii) 20:30h às 08:30h.

Assim, criou-se especificamente uma inter-relação entre vítimas e recursos humanos disponíveis, quer para vítimas adultas, quer para pediátricas, bem como para o local destinado às vítimas triadas pelo sistema de triagem primária de Manchester.

De acordo com a prioridade atribuída nesta triagem, facilmente identificada pela cor da pulseira colocada (vermelho, amarelo, verde, ou cinzenta), estudaram-se os melhores espaços físicos e respectivos circuitos, quer inter, quer extra hospitalares, incluindo a transferência hospitalar total ou parcial para o RG1.

O processo clínico das vítimas está acondicionado no Armário de Catástrofe, a ser localizado provavelmente no Gabinete de Enfermagem do SU, e está numerado de 1 a 100 para adultos, e de 101 a 150 para crianças até 12 anos de idade, sendo a numeração ímpar destinada às vítimas da triagem A e a numeração par às da triagem B.

Os principais contactos de emergência inerentes a uma situação de catástrofe estão devidamente contemplados no presente documento, bem como o ponto de encontro, o modo de recrutamento de pessoal, a proposta de circuitos para escadas, saídas de emergência e uso dos elevadores, as normativas de funcionamento dos serviços farmacêuticos e, ainda, os *stocks* de sangue disponíveis por parte do serviço de Imunohematoterapia.

Do mesmo modo, são devidamente analisados e estruturados diversos aspectos relativos à organização do apoio não assistencial, designadamente em termos de lavandaria, cozinha, identificação nominal das vítimas, gabinete de comunicação social e gabinete de acolhimento e apoio aos familiares das vítimas, este último a funcionar com a presença

de equipa multidisciplinar garantida pelo hospital e com a afixação de listas seriadas sobre admissão e localização das vítimas (da responsabilidade do sub-gabinete de comunicação, que as envia ao SRPCBA). A sala de autoridades funcionará no primeiro piso do Bloco D e será comum aos três níveis de activação do PEE.

Na medida em que não se pretende, nem é exequível, que todos os elementos do HSEAH-EPE implicados saibam todo o Plano de Emergência Externa (Alves e Redondo, 1999), criaram-se “Cartões de Acção”, os quais sintetizam as acções a desempenhar por cada interveniente, ou sector, hospitalar; a alguns destes Cartões de Acção foram estrategicamente acoplados documentos próprios, especificamente produzidos para o efeito (cf. Anexos).

Do mesmo modo, para o registo de dados de diferentes tipos, incluindo para posterior tratamento de dados, foram, igualmente, elaborados documentos próprios, identificados como Modelos Nº 1 a Nº 17 (cf. Apêndice C).

Atendendo a que o sucesso do desencadear das actividades ao longo de uma real situação de catástrofe está directamente ligado ao treino de todas as pessoas intervenientes no PEE, no presente documento dá-se conta da participação do HSEAH-EPE no simulacro “Açor 92”, que decorreu entre 28 de Outubro e 1 de Novembro de 2009. Para o efeito, foi considerado como cenário hipotético a ocorrência de um furacão, que atinge com maior intensidade a zona noroeste da ilha Terceira, resultando numa situação de multi-vítimas, tendo-se testado duas componentes importantes do PEE: i) a gestão e operacionalidade das equipas de triagem A e B, e ii) a evacuação do parque automóvel do Hospital para o Estádio João Paulo II, de modo a que as ambulâncias e viaturas de maior porte pudessem circular sem dificuldades. Este simulacro permitiu ao HSEAH-EPE testar o plano apresentado no presente documento, bem como promover a respectiva harmonização com os planos de diferentes instituições envolvidas, nomeadamente o SRPCBA, as CMPC, a PSP, a CVP, o Estádio João Paulo II e a URA.

O PEE do HSEAH-EPE agora apresentado, sendo um documento dinâmico, necessariamente objecto de actualizações, ajustamentos e processos de melhoria contínua, foi elaborado com o objectivo de dotar o Hospital com um documento orientador, de planeamento e de organização estrutural, tendo em conta, nomeadamente, os diferentes níveis de activação e o devido encaminhamento interno e externo de vítimas. Este Plano será tanto mais eficaz quanto maior tenha sido a antecedência da sua preparação, mais vezes tenha sido repetido e/ou simulado e tenha sido desencadeado em circunstâncias reais.

ABSTRACT

The External Emergency Plan (EEP) being represented here attempts to be a valid contribution, in general terms, to the hospital emergency in the Autonomous Region of the Azores, and, in particular, to improved the response of the Holy Spirit Hospital of Angra do Heroísmo-Public Enterprise (HSEAH-EPE) when faced with a disaster or catastrophic event.

Making reference to the reports done by the Hospital and by the director of the Portuguese Red Cross after the January 1st, 1980 earthquake, Bandeira (2008) stated that although the Hospital was located in a high-risk seismic zone, extremely vulnerable to a catastrophe, a prior plan in the scope of Disaster Medicine was non-existent. Therefore, this paper attempts to fill the void of a structured document of this nature so that the Hospital is able to respond efficiently in a multiple-victim situation.

A quantitative methodology was chosen in the scope of exploratory research, and action research, based on bibliographical and documental revision, interviews with people who have had practical experiences with the topic at hand, meetings with different persons, and analysis of elucidatory examples.

In the introductory chapters, some aspects relative to Disaster Medicine, and to the need to provide the HSEAH-EPE Hospital with the necessary mechanisms to respond to a disaster situation, are presented, specifically through a previously planned and organized intervention, that triggers a chain of command appropriately-structured and mobilize the resources and infra-structures that would allow an efficient, precocious rescue in a multiple-victim situation.

In this work, key concepts in Disaster Medicine are specified, including severe accident, disaster, emergency, and catastrophic accident with limited effects. It is also done a general description of the island of Terceira, for the municipalities of Angra do Heroísmo and Praia da Vitória, with, keeping in mind the scope of the thesis, a highlight on the currently existing resources and infra-structures, as well as the resources available in case of an emergency, with respect to human resources, equipment and security.

Because the Hospital Emergency Plan contains the set of actions to be done in order to respond to a catastrophic situation that the Hospital might be involved in, and because there is a direct relationship between this plan and the rise of potential risks (e.g. natural risks, derived from technological development or related to the human behavior), an analysis of these risks on the island of Terceira is made.

The description of the HSEAH-EPE Hospital includes a reference to the creation and composition of its Disaster Commission, as well as its Catalogue of Human Resources and Equipment following the recommendations of Alves and Redondo (1999), which indicates the permanent available resources, the resources available in special situations, and the resources available and to be mobilized in case of an Hospital emergency. A structure of the Crisis Office and of the aid groups that make up the sub-offices are presented (refer to flowcharts A and B).

The Activation System of this plan – feasible only through institutional interdisciplinary with the Regional Service for Civil Protection and Fire Department of the Azores (*SRPCBA*), the Public Security Police (*PSP*), the Angra do Heroísmo Health Center (*CSAH*), the Praia da Vitória Health Center (*CSPV*), the Civil Protection Municipal Centers (*CMPC*), the Nursing School of Angra do Heroísmo (*ESEnfAH*), and the Portuguese Red Cross (*CVP*) – permits the activation of three levels (Level I, Level II, or Level III), which are co-related with the execution phase and respective organization of the assistance and non-assistance aid.

To facilitate the operational activation of the EEP, and the reorganizing of the existing resources, two key periods are established, in agreement with the relevant timetable: i) 08:30h to 20:30h and ii) 20:30h to 08:30h.

Therefore, a relationship between victims and available human resources was specifically created, both for adult victims and pediatric victims, as well as for the area designated for the victims selected by the Manchester Triage System.

In agreement with the priority given in this triage, which is easily identifiable by the color of the bracelet given (red, yellow, green or gray), the best locations and relevant routes in and out of the Hospital are investigated, including the complete or partial hospital transfer to the Military Regiment Nr. 1 (*RG1*).

The clinical process for victims is conditioned in the Disaster Storage, to be located probably in the Nursing Office of the Emergency Service. It is numbered from 1 to 100 for adults, and from 101 to 150 for children up to 12 years of age, being odd numbers for triage A victims and even numbers for triage B victims.

The main emergency contacts inherent to a disaster situation are properly presented in this work, as well as the meeting point, the method of hiring staff, a proposal for stairway routes, emergency exits and the use of elevators, the norms for pharmaceutical services, and the blood stocks available by the immunology-and-blood service.

Also, diverse aspects relative to the organization of non-assistance aid are accurately analyzed and structured, specifically in terms of laundry services, food preparation,

nominal identification of victims, the media office, and the assistance and support to family victim's office. The later will work with a multi-disciplinary team of the Hospital and provide numbered lists about the admission and localization of the victims, lists that are a responsibility of the sub-office of communication (that sends them to the SRPCBA service). The authorities' headquarter will be located on the first floor of Block D and will be common throughout the three levels of activation of the EEP.

Because it is not feasible, and possible, that all elements of the HSEAH-EPE Hospital be familiar with the entire External Emergency Plan (Alves and Redondo, 1999), "*Action Cards*" were created which summarizes the actions to be implement by each element, or sector, of the Hospital. To some of these cards, documents that were specifically produced for these purposes are strategically coupled with their own (refer to Attachments).

In addition, the documents for registering different types of data, including the consequent treatment of data, were equally prepared and are identified here as Models 1-17 (see Appendix C).

Since the success of triggering these activities in a real-disaster situation is directly related to the training of all of the people involved in the EEP, this work reports the participation of the HSEAH-EPE Hospital in the simulation "*Açor 92*" which took place from October 28th to November 1st, 2009. The hypothetical scenario of that simulation was the occurrence of a hurricane that hits with higher intensity the north-east area of the island of Terceira, with a multiple-victim situation. Two important components of the External Emergency Plan were tested: i) the operation and management of the triage teams A and B, and ii) the evacuation of the Hospital parking lot to the João Paulo II stadium, allowing the ambulances and heavy vehicles to move without difficulties. This simulation allowed the HSEAH-EPE Hospital to test the EEP presented in this document, and to promote its compatibility with similar plans of the different institutions involved, namely the *SRPCBA*, the Municipal Centers of Civil Protection, the Police (*PSP*), the Portuguese Red Cross, the João Paulo II stadium and the Citizen's Band association (*URA*).

The EEP here presented, being a dynamic document, subdued to up-to-dates, adjustments and continuously improvement processes, was done with the main purpose to provide the HSEAH-EPE Hospital with a guideline document, of structural planning and organization, and keeping in mind the different levels of activation and the appropriate internal and external paths for the victims. The more times this plan is repeated or simulated, it is triggered in real circumstances and be prepared in advance, the more effective it will become.

RESUMÉ

Le Plan d'Urgence Externe (PUE) présenté ici souhaite apporter une contribution significative à l'urgence hospitalière aux Açores en général et plus particulièrement à l'amélioration de la réponse de l'Hôpital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo-EPE (*HSEAH-EPE*) face à l'éventualité d'une situation de catastrophe ou d'accident grave.

Bandeira (2008), faisant référence au rapport élaboré par l'Hôpital et par le responsable de la Croix Rouge Portugaise (CVP) lors du séisme du 1^{er} janvier 1980, constate que bien que l'Hôpital soit situé dans une zone sismique, à risque élevé et très vulnérable à une catastrophe, il n'y avait pas, dans le cadre de la Médecine de Catastrophe, une planification ou un programme prévu. Dans ce sens, cette étude cherche à répondre à l'inexistence d'un document structuré de cette nature, afin que l'Hôpital puisse répondre efficacement face à une situation présentant un grand nombre de victimes.

Une méthodologie quantitative fut choisie, avec d'un côté une recherche exploratrice et en même temps, une recherche d'action basée sur un relevé bibliographique et documentaire, sur des entretiens avec des personnes qui ont une expérience pratique sur le thème qui nous intéresse et aussi sur l'organisation de réunions conjointes et l'analyse d'exemples explicatifs.

Dans les chapitres initiales, on retrouve une présentation des aspects relatifs à la Médecine de Catastrophe et à la nécessité de doter l'*HSEAH-EPE* des mécanismes nécessaires de réponse face à l'éventualité d'une situation de catastrophe, nommément par une intervention prévue et organisée par anticipation, mettant en place une chaîne de commandement dûment structurée et mobilisant un ensemble de moyens et d'infrastructures qui permettent un secours rapide et efficace dans une situation présentant un grand nombre de victimes.

Dans ce travail, certains concepts clés en Médecine de Catastrophe sont spécifiés, comme les termes d'accident grave, catastrophe, urgence et accident catastrophique à effets limités. Une caractérisation de l'île de Terceira est également effectuée, pour les municipalités d'Angra do Heroísmo et Praia da Vitória, avec une attention spécifique prenant en compte le cadre de la thèse, aux ressources et infrastructures existantes, tout comme les moyens disponibles en cas d'urgence, en ce qui concerne les ressources humaines, matérielles et de sécurité.

Le Plan Hospitalier d'Urgence étant un ensemble d'actions à réaliser dans un ordre spécifique, pour répondre à une situation catastrophique dans laquelle l'Hôpital se trouve

partie prenante, et puisqu'il existe un lien direct entre ce plan et le relevé des risques potentiels, d'origine naturelle, dérivés du développement technologique ou liés aux comportements humains, une analyse de ces risques est effectuée pour l'île de Terceira.

La caractérisation du *HSEAH-EPE* inclut une référence à la création et à la composition de sa propre Commission de Catastrophe, tout comme d'un Catalogue des Ressources Humaines et Matérielles, qui établit les moyens disponibles en permanence, les moyens disponibles en situations spéciales et disponibles et mobilisables en cas de situation d'urgence à l'Hôpital, en se basant sur les lignes directrices indiquées par Alves et Redondo (1999). La structure du Bureau de Crise et des groupes de soutien qui intègrent les sous-bureaux sont aussi présentés (cf. organigrammes A et B).

Le Système d'Activation de ce plan, uniquement exécutable grâce à l'interdisciplinarité institutionnelle avec le Service Régional de Protection Civile et des Pompiers des Açores (*SRPCBA*), la Police (*PSP*), le Centre de Santé de Angra do Heroísmo (*CSAH*), le Centre de Santé de Praia da Vitoria (*CSPV*), les Commissions Municipales de Protection Civile (*CMPC*), l'Ecole Supérieure d'Infirmierie de Angra do Heroísmo (*ESEnfAH*) et la Croix Rouge Portugaise (*CVP*), prévu l'activation de trois niveaux (Niveau I, Niveau II ou Niveau III), en relation avec la phase d'exécution et respective organisation du soutien d'assistance et de non-assistance.

Afin de faciliter le fonctionnement de l'activation du PUE et de la réorganisation des ressources existantes, deux périodes clés sont établies, qui se répartissent selon les horaires suivants: i) de 08:30h à 20:30h et de ii) 20:30h à 08:30h.

Ainsi, une interrelation spécifique entre les victimes et les ressources humaines disponibles est établie, que ce soit pour les victimes adultes et pédiatriques, ainsi qu'entre le local destiné aux victimes triées par le système de premier tri de Manchester.

En accord avec la priorité attribuée lors de ce tri, facilement identifiable à la couleur du bracelet attaché à la victime (rouge, jaune, vert ou gris), les meilleurs emplacements physiques et circuits respectifs inter et extra hospitaliers ont été étudiés, incluant le transfert hospitalier total ou partiel vers la base militaire *RG1*.

Le procès clinique des victimes est entreposé dans l'Armoire de Catastrophe, qui doit être située dans le Bureau de l'Infirmierie du Service d'Urgence (*SU*) et il est numéroté de 1 à 100 pour les adultes et de 101 à 150 pour les enfants jusqu'à 12 ans; les numéros impairs sont destinés aux victimes du tri A et les numéros pairs aux victimes du tri B.

Les principaux contacts d'urgence inhérents à une situation de catastrophe sont dûment inventoriés dans le présent document, aussi bien que le point de rencontre, le mode de

recrutement du personnel, une propose des parcours pour les escaliers, sorties de secours et d'utilisation des ascenseurs, les normes de fonctionnement des services pharmaceutiques et les stocks de sang disponibles dans le service d'Immuno-hématothérapie.

De même, divers aspects liés à l'organisation du soutien de non-assistance sont dûment analysés et structurée, comme la blanchisserie, la cuisine, l'identification nominale des victimes, le bureau de communication sociale et le bureau d'accueil et de soutien aux familles des victimes, ce dernier fonctionne en présence d'une équipe multidisciplinaire garantie par l'Hôpital et avec l'affichage des listes lors de l'admission et la localisation des victimes (responsabilité du sous-bureau de communication qui les envoie au *SRPCBA*). La salle des autorités sera établie au premier étage du Bloc D et elle sera commune aux trois niveaux d'activation du PUE.

Dans la mesure où on ne prétend pas, et cela n'est pas une exigence, que tous les éléments du *HSEAH-EPE* impliqués connaissent l'ensemble du Plan d'Urgence Externe (Alves et Redondo, 1999), des "Cartes d'Action" ont été créées, lesquelles synthétisent les actions à réaliser par chaque intervenant, ou secteur, hospitalier; pour certains d'entre ces Cartes d'Action, des documents spécifiques et crée à cette fin son stratégiquement ajoutés (cf. les Annexes).

De même, pour le registre des données de différents types et pour un traitement ultérieur des données, des documents spécifiques, identifiés comme Modèles n°1 à n°7 (cf. l'Appendice C) furent élaborés.

Etant donné que le succès de la mise en place des activités lors d'une vraie situation de catastrophe est directement lié à la formation de toutes les personnes intervenant dans le PUE, dans ce présent document on retrouve le rapport sur la participation du *HSEAH-EPE* à la simulation "Açor 92", qui s'est déroulée du 28 octobre au 1^{er} novembre 2009. Pour cette simulation, le scénario hypothétique envisagé fut celui d'un ouragan qui touche avec une très forte intensité la zone nord-est de l'île de Terceira, aboutissant à une situation présentant un grand nombre de victimes, cherchant à tester deux composantes importantes du PUE: i) la gestion et la fonctionnalité des équipes de tri A et B, et ii) l'évacuation du parc automobile de l'Hôpital vers le Stade Jean-Paul II, afin que les ambulances et véhicules de plus grandes dimensions puissent circuler sans difficultés. Cette simulation a permis au *HSEAH-EPE* de tester le plan présenté dans ce document, tout comme de promouvoir la respective harmonisation avec les plans des différentes institutions parties prenantes, comme le *SRPCBA*, les *CMPC*, la *PSP*, la *CVP*, le Stade João Paulo II et l'association des radioamateurs (*URA*).

Le PUE du HSEAH-EPE présenté ici est un document dynamique et doit être objet de mises à jour, d'ajustements et d'un processus d'amélioration constante. Il fut élaboré avec l'objectif de doter l'Hôpital d'un document d'orientation, de planification et d'organisation structurelle, prenant en compte, notamment les différents niveaux d'activation et le cheminement interne et externe des victimes. Ce Plan sera d'autant plus efficace, qu'il sera préparé à l'avance, qu'il sera répété et/ou simulé et qu'il sera mis en place dans des situations réelles.

1. INTRODUÇÃO GERAL

São muitos e variados os factores naturais que potenciam a ocorrência de um acidente grave ou uma catástrofe no Mundo, tais como secas, inundações, pragas, sismos e vulcões. No entanto, o Homem e os factores antropogénicos estão entre os que maiores possibilidades têm de provocar danos que potenciem uma catástrofe (Atienza, 2006), incluindo aqueles de natureza comportamental como as guerras, corrupção e ausência de solidariedade, entre outros.

Por outro lado, a magnitude duma catástrofe e o aumento da vulnerabilidade associada é favorecida pela crescente concentração populacional, pelo aumento do parque habitacional, pela crescente dependência de meios altamente tecnológicos e pela maior relevância atribuída aos desastres ecológicos e às alterações climáticas.

Sendo o caos uma das principais características das situações de crise, a Medicina de Catástrofe concentra esforços de modo a conseguir uma organização previamente planeada, desencadeando quer uma cadeia de comando *in situ* devidamente estruturada, quer a implementação de infra-estruturas que permitam o socorro precoce e eficaz.

Segundo Leiva (2005), a Medicina de Catástrofe é o conjunto de procedimentos organizativos e assistenciais que permite desenvolver actividades de saúde, de atendimento urgente no terreno, em condições precárias, assegurando o salvamento, o socorro e o transporte de cada vítima, de acordo com a sua gravidade. Por outro lado, de acordo com Leiva e Seda (2005), as várias definições de catástrofe têm como denominador comum a existência de uma desproporção, qualitativa e/ou quantitativa, relativamente às necessidades reais de organização, logística, evacuação e segurança, entre outras.

Neste contexto, é lícito inferir que o atendimento médico num cenário multivítimas é, sobretudo, um problema organizacional e não meramente um problema de saúde com atendimento urgente associado. Por estes motivos, a Medicina de Catástrofe não integra unicamente o âmbito médico, mas, pelo contrário, abarca o vasto leque de recursos sociais polivalentes a que o Médico deve atender, de modo a conseguir uma intervenção pluridisciplinar e polivalente. A Medicina de Catástrofe, não sendo uma especialidade nem uma competência que tenha surgido por diferenciação programada e específica, tem, assim, implícita uma noção de prioridade.

Sendo os aspectos organizacionais e de planeamento prioritários em Medicina de Catástrofe, esta pretende eliminar a improvisação e a falta de infra-estruturas, de recursos

humanos e materiais, bem como diminuir a desorganização dos serviços e, ainda, minimizar os impactes de condições meteorológicas adversas e hostis associadas a uma catástrofe e que, inevitavelmente, levam ao dramatismo, tensão humana e ambiental.

Alguns destes aspectos, associados à falta de organização dos serviços e a lacunas infra-estruturais e comportamentais, designadamente no Hospital de Angra do Heroísmo, foram identificados aquando da ocorrência do sismo de 1 de Janeiro de 1980, de magnitude $M=7,2$, que afectou em especial a ilha Terceira, causando 61 vítimas mortais e danos consideráveis e que corresponde ao mais forte e destrutivo abalo sísmico ocorrido no século XX nos Açores (Nunes *et al.*, 2001). Recorde-se que o Serviço de Urgência do Hospital de Angra do Heroísmo recebeu aproximadamente 400 feridos desde a ocorrência do sismo (às 16:42h TMG do dia 1 de Janeiro) até à madrugada do dia 2.

Bandeira (2008), relativamente à ocorrência do sismo de 1980, refere um aspecto peculiar mas muito comum em situações de catástrofe: a existência de rupturas no sistema de comunicações. Tal facto implicou, nas horas imediatas após o sismo, por exemplo, o recurso a estafetas para junto do Regimento de Guarnição N.º 1 se solicitar ajuda, nomeadamente no fornecimento de garrafas de oxigénio. Por outro lado, como não havia comunicações, e ignorando-se quando seriam restabelecidas, recorreu-se ao Hospital do Destacamento Americano, estacionado nas Lajes, que rapidamente respondeu ao apelo, repondo os artigos considerados vitais no tratamento imediato dos feridos, não se tendo verificado quaisquer rupturas.

Fazendo referência ao relatório elaborado pelo Hospital de Angra do Heroísmo e pelo responsável da Cruz Vermelha, nos quais consta que, embora estando o Hospital localizado numa zona sísmica, muito vulnerável a uma catástrofe, não havia, no âmbito da Medicina de Catástrofe, planeamento ou programação prévia, Bandeira (2008) analisa, ainda, outros aspectos associados à emergência hospitalar no Hospital de Angra do Heroísmo:

- A improvisação observada, patente na frase “se não fosse o auxílio americano, se não fossem os radioamadores, se não fosse o desembarço de um ou outro funcionário, se ...”;
- A necessidade de mais espaço e condições de armazenagem nos Serviços de Aprovisionamento, fulcrais na gestão e abastecimento de material de consumo clínico de modo a garantir o eficaz abastecimento em situações de crise, imediatamente pós-ocorrência;

- A necessidade de ser elaborado um Plano de Emergência para o Hospital, prevendo quatro vertentes fundamentais: i) pessoal e sua preparação técnica; ii) sistema de comunicações; iii) rede de transportes e, iv) instalações hospitalares.

Embora, à data, o pessoal hospitalar não possuísse qualquer preparação especial para lidar com situações desta índole, actualmente, e realisticamente, este Hospital ganhou alguma experiência e “aprendeu a lição” dos fatídicos acontecimentos da tarde de 1 de Janeiro de 1980. Entre outras, tem vindo a ser facilitada e promovida a preparação e a formação do pessoal em situações de multivítimas, procurando-se, deste modo, dar corpo à afirmação de Noto (1989, *in*: Bandeira, 2008) segundo o qual “uma má improvisação pode ser desastrosa e a boa vontade não valer-lhe”.

Mesmo considerando que não existe um Plano de Emergência perfeito e que é impossível que um dado plano se adapte a todos os hospitais, detalhando qualitativa e quantitativamente todos os requisitos necessários, existem, porém, linhas comuns de actuação que permitirão o desenvolvimento dos mesmos (Alves e Redondo, 1999).

2. ENQUADRAMENTO E OBJECTIVOS

A ilha Terceira, no Arquipélago dos Açores, possui um hospital que, além de servir a segunda ilha mais populosa dos Açores, constitui a unidade de saúde de referência para todas as sete ilhas dos grupos Central e Ocidental, servindo, assim, uma população que ascende a 105.116 pessoas, ou seja, cerca de 43% do total do arquipélago. Pontualmente, alguns doentes deste hospital são direccionados para o Hospital de Ponta Delgada, na ilha de São Miguel, sempre que há necessidade de cuidados especializados unicamente existentes neste último.

A relevância e importância do HSEAH-EPE no contexto regional e, paradoxalmente, a inexistência nesta instituição de um Plano de Emergência Externa, motivaram a realização do presente trabalho e justificam a elaboração do PEE do HSEAH-EPE no âmbito do Mestrado em Medicina de Catástrofe do ICBAS, na perspectiva de que aquele Plano possa constituir um instrumento operacional devidamente estruturado e eficaz, capaz de dar resposta a uma situação de catástrofe. Adicionalmente, espera-se que o presente trabalho contribua para uma maior consciencialização da importância da elaboração deste tipo de documento estruturante e, neste contexto, que o PEE produzido possa constituir uma referência para a realização de outros Planos de Emergência Hospitalar na Região Autónoma dos Açores.

Assim, os objectivos gerais a atingir com o presente estudo incluem:

- Responder a uma necessidade de saúde face à ocorrência de uma situação de multivítimas na ilha Terceira, no Arquipélago dos Açores;
- Criar um instrumento de resposta adequado para o HSEAH-EPE (cf. Plano de Emergência Externa) e, deste modo, contribuir para urgência hospitalar na RAA face uma situação de multivítimas.

Por seu turno, os principais objectivos específicos a atingir são:

- Identificar e caracterizar os potenciais riscos existentes na ilha Terceira, de origem natural, derivados do desenvolvimento tecnológico e relacionados com o comportamento humano;
- Elaborar o catálogo de recursos humanos e materiais disponíveis face à ocorrência de uma situação multivítimas em qualquer um dos concelhos da ilha Terceira;
- Garantir a implementação de normas e directrizes junto do pessoal hospitalar, que contribuam para uma actuação pronta e eficaz em caso de recepção de multivítimas;

- Definir a base de trabalho e os princípios orientadores que permitam uma colaboração estreita com as Forças Armadas Portuguesas no caso da estrutura hospitalar ser considerada inoperável, suportada, designadamente, em protocolos de cooperação com o Regimento de Guarnição N.º 1 e com a Base Aérea N.º 4;
- Realizar contactos e elaborar um protocolo de actuação entre as várias instituições intervenientes numa situação de multivítimas na ilha Terceira: SRPCBA, CMPCA, CSAH, CSPV, ESEnfAH, CVP, PSP, ESPJEA e URA.

3. METODOLOGIA E ESTRUTURA

A metodologia adoptada no presente trabalho segue uma abordagem quantitativa na perspectiva de Fortin (1996), a qual baseia-se num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Adicionalmente, sendo a elaboração do PEE do HSEAH-EPE o objectivo central deste trabalho, importa que esta abordagem assente numa pesquisa exploratória e, simultaneamente, numa pesquisa acção (Gil, 2008 e Gil, 2009), ou seja, assente não só num levantamento bibliográfico e documental aturados mas, sobretudo, em entrevistas a pessoas que tiveram experiências práticas com o tema pesquisado e, ainda, na análise de exemplos que estimulem a compreensão. Segundo Thiollent (1985, *in*: Gil, 2008), a pesquisa acção corresponde a uma pesquisa com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma acção ou a resolução de um problema colectivo, na qual os pesquisadores e participantes representativos da situação, ou do problema em estudo, estão envolvidos de modo cooperativo.

Tendo em conta estes pressupostos metodológicos, o trabalho desenvolvido, em especial a elaboração do Plano de Emergência Externo, baseou-se em: i) bibliografia de referência no âmbito da Medicina de Catástrofe; ii) normativos legais e orientações gerais; iii) consulta de documentos de primeira mão e de segunda mão (Gil, 2008) e, iv) entrevistas e reuniões sectoriais.

Estão enquadradas no primeiro caso, os trabalhos de Gandra (1995), Leiva (2005), Leiva e Seda (2005) e Atienza (2006), enquanto que a Lei de Bases da Protecção Civil (2006) e o trabalho de Alves e Redondo (1999), constituíram os principais suportes legais e normativos utilizados na elaboração do presente trabalho.

Os documentos de primeira mão utilizados incluíram memorandos de reuniões em que estiveram presentes representantes das diversas instituições envolvidas na elaboração e implementação do PEE do HSEAH-EPE, correspondência diversa relativa a contactos entre o Hospital e estas diferentes instituições e ainda, documentos anteriormente produzidos no HSEAH-EPE no contexto da emergência hospitalar (Direcção de Serviços de Enfermagem, 2001).

Os principais documentos de segunda mão utilizados incluem o Plano Regional de Ordenamento do Território para a Região Autónoma dos Açores (SRAM, 2007), o Plano Regional de Emergência de Protecção Civil para a Região Autónoma dos Açores (SRPCBA, 2007), os planos municipais de emergência para os concelhos de Angra do

Heroísmo (Valadão *et al.*, 2003) e de Praia da Vitória (Queiroz *et al.*, 2001) e os planos de emergência externa do Hospital do Barlavento Algarvio (Comissão de Catástrofe, 2004) e do Hospital Pedro Hispano (Ferreira, 2004).

Além da consulta daqueles documentos, realizaram-se entrevistas diversas, designadamente com os enfermeiros chefes e directores de serviço, afim de se proceder: i) ao levantamento dos recursos humanos por turno e por serviços; ii) ao levantamento dos recursos materiais disponíveis nos diferentes serviços do Hospital e que pudessem ser mobilizados para o atendimento às vítimas e, iii) o levantamento sumário do número de camas de internamento, macas e ventiladores por serviço. Fez-se, ainda, a identificação de zonas e circuitos de emergência, incluindo a verificação das condições de circulação nas escadas de emergência, que à data serviam para armazenamento de material diverso.

A estrutura do Plano de Emergência Externa do HSEAH-EPE seguiu, em termos gerais, as orientações de Alves e Redondo (1999), com as necessárias adaptações. Adicionalmente, elaboraram-se diferentes Cartões de Acção, que sintetizam as acções a desempenhar por cada interveniente, ou sector, hospitalar e que foram considerados como fundamentais ao PEE, tendo em conta o ganho de tempo e diminuição da probabilidade de erro, sobretudo no início do desempenho das tarefas, que permitem.

4. CONCEITOS-CHAVE/TERMINOLOGIA

Tal como acontece noutros domínios do Saber, importa recordar, aqui, a terminologia mais comumente utilizada em Medicina de Catástrofe. Assim:

- **Acidente Grave**: de acordo com o artigo 3º da Lei de Bases da Protecção Civil, Lei nº 27/2006, de 3 de Julho, é um acontecimento inusitado, com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.
- **Catástrofe**: de acordo com a mesma Lei de Bases da Protecção Civil, é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional.
- **Emergência**: é a situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer factor, que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que afectando-lhe, ou podendo potencialmente afectar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida (Leiva, 2005).
- **Medicina de Catástrofe**: é o conjunto de procedimentos organizativos e assistenciais que permitem desenvolver actividades de atenção sanitária urgente no terreno, em condições de precariedade, assegurando o salvamento, socorro e transporte de cada vítima, segundo a sua gravidade (Noto, 1989, *in*: Bandeira, 2008).
- **Plano de Emergência**: conjunto normalizado de acções reportadas a uma área concreta, cuja aplicação permite resolver uma situação de catástrofe, no menor espaço de tempo e com o menor dano possíveis (Atienza, 2006).
- **Plano de Emergência Hospitalar**: é o conjunto de acções a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido. Esta situação poderá ocorrer fora da área do hospital, sem o afectar directamente, definindo-se então como emergência externa; ou pode atingi-lo directamente, e nesse caso trata-se de uma emergência interna. O Plano de Emergência (Alves e Redondo, 1999) é constituído por dois documentos: o Plano de Emergência Externo (PEE) e o Plano de Emergência Interno (PEI).

- **Acidente Catastrófico de Efeitos Limitados (ACEL)**: segundo Gandra (1995), este conceito torna-se útil em todas as situações em que o Acidente Catastrófico é limitado no tempo (algumas horas), no espaço (confinado ao local onde se desencadeou, ou à sua proximidade) e é desprovido, em princípio, de riscos evolutivos. Não existem limites exactos para o número de vítimas envolvido nestas situações, mas este número não deve ser inferior a 10 nem superior a 100. Segundo Weber *et al.* (1993, *in*: Gandra, 1995) a noção de ACEL não prefigura o conceito clássico de catástrofe quanto aos meios imediatos a gerir.

5. CARACTERIZAÇÃO DA ILHA TERCEIRA

A ilha Terceira integra o Grupo Central do Arquipélago dos Açores e está dividida administrativamente nos concelhos de Angra do Heroísmo e de Praia da Vitória. Tendo em conta a natureza dos dados constantes dos documentos consultados (designadamente os trabalhos de Queiroz *et al.*, 2001 e Valadão *et al.*, 2003) e, em especial, o facto do HSEAH-EPE constituir a principal unidade de saúde da ilha, faz-se uma caracterização conjunta dos recursos económicos e das principais infra-estruturas disponíveis na ilha.

5.1. LOCALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO

Os Açores são constituídos por 9 ilhas, divididas em 3 grupos: as ilhas de Santa Maria e S. Miguel e os Ilhéus das Formigas integram o Grupo Oriental, as ilhas Terceira, S. Jorge, Graciosa, Pico e Faial integram o Grupo Central, enquanto que as ilhas de Flores e Corvo fazem parte do Grupo Ocidental (Figura 1).

A área total das ilhas dos Açores é de 2.322 km², correspondendo a 2,5% da superfície total de Portugal, sendo a distância entre as duas ilhas mais afastadas (Santa Maria e Corvo) de 620 km e a menor distância entre ilhas (Faial e Pico) de apenas 6 km (SRPCBA, 2007).

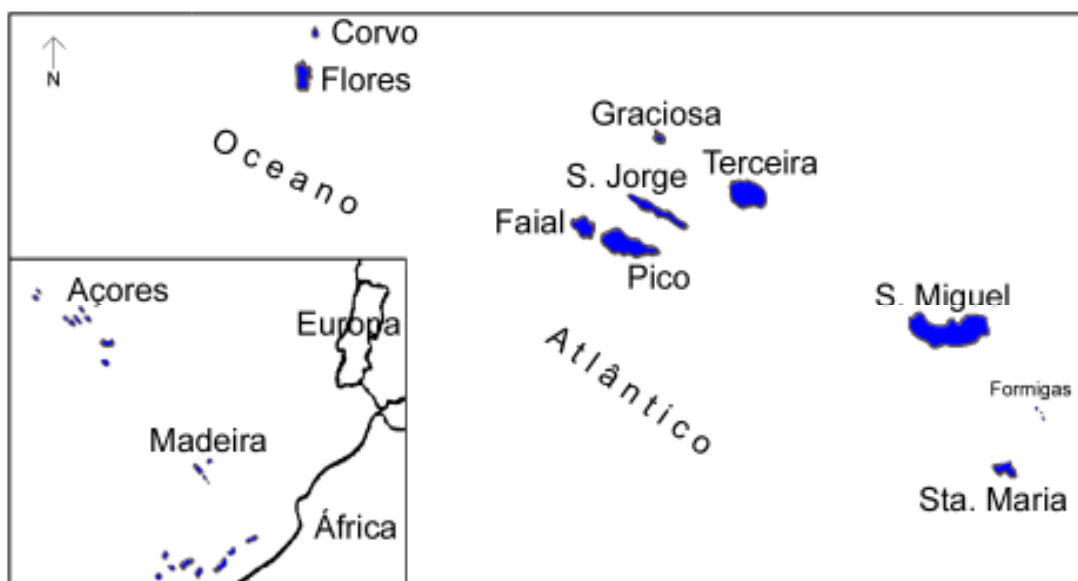


Figura 1. Enquadramento geográfico do Arquipélago dos Açores e da ilha Terceira.

A ilha Terceira ocupa uma área de 400 km², com uma configuração alongada segundo uma orientação geral Este-Oeste, tem um comprimento máximo de 30 km, uma largura de 19 km e o seu ponto mais elevado (de 1021 m) localiza-se no marco geodésico de Santa Bárbara.

De acordo com os Censos de 2001, a ilha Terceira possui uma população residente de 55.833 habitantes (ou seja, 23% da população total do arquipélago), dividida pelos concelhos de Angra do Heroísmo e de Praia da Vitória, com a densidade populacional indicada na Figura 2.

O Concelho de Angra do Heroísmo ocupa a parte Sul e Oeste da ilha Terceira, abrangendo uma área de 241 km² e possui 35.581 habitantes (Censos, 2001). Em termos administrativos, este concelho compreende 19 freguesias (Figuras 3 e 4), onde estão identificados 11.787 edifícios e 12.848 alojamentos, para um total de 10.957 famílias (Valadão *et al.*, 2003). O Concelho de Angra do Heroísmo possui um Centro de Saúde e um hospital, o Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, que assegura cuidados de saúde não só à população do concelho e da ilha, como é um hospital de referência para algumas das ilhas do grupo central (e.g. Graciosa de S. Jorge), em parceria com o Hospital da Horta, localizado na ilha do Faial.

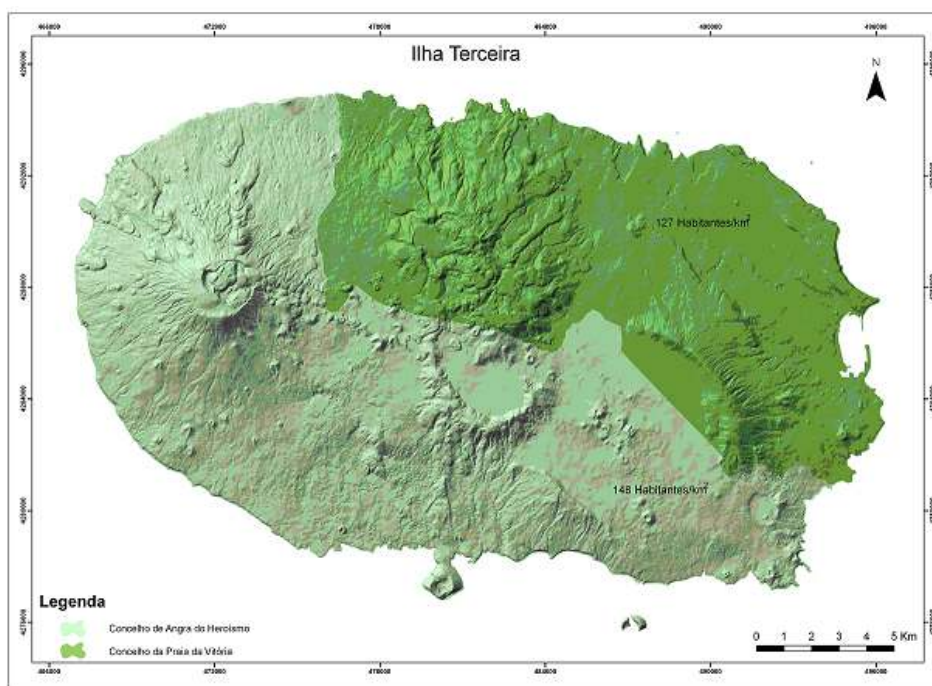


Figura 2. Concelhos da ilha Terceira e respectiva densidade populacional (adaptado de Atlas Básico dos Açores, 2004).

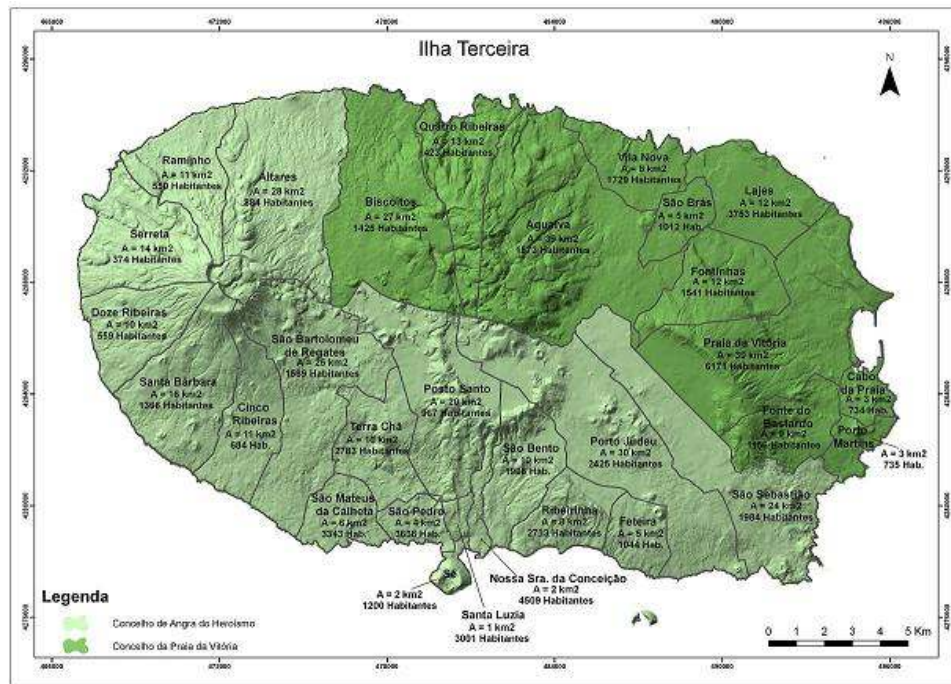


Figura 3. Área e número de habitantes das freguesias da ilha Terceira (adaptado de Atlas Básico dos Açores, 2004).

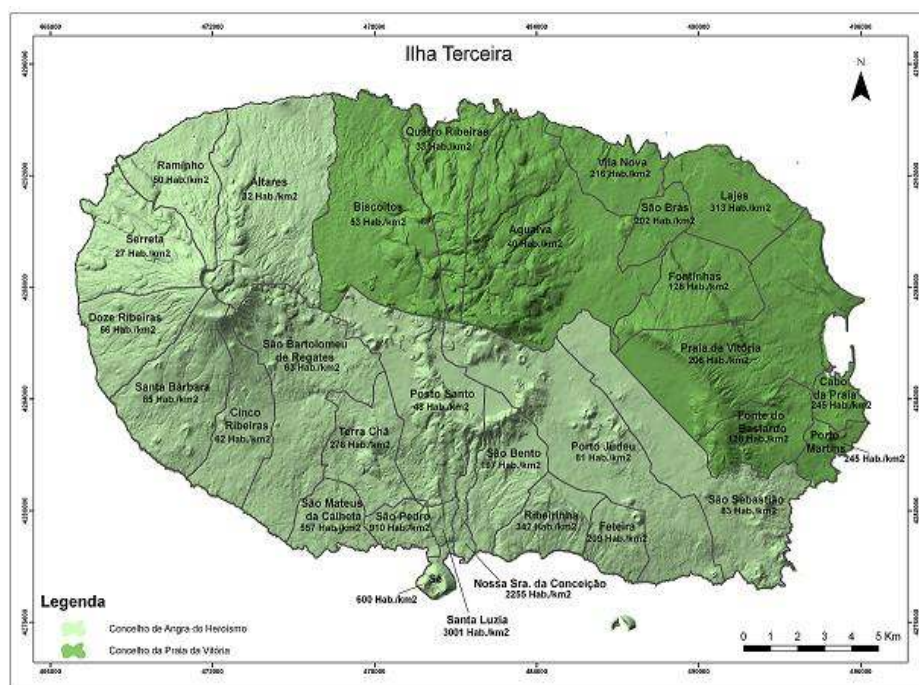


Figura 4. Densidade populacional das freguesias da ilha Terceira (adaptado de Atlas Básico dos Açores, 2004).

O Concelho de Praia da Vitória ocupa a zona nascente e Norte da ilha Terceira, abrangendo uma área de 159 km² e possui 20.252 habitantes (Censos, 2001). Em termos administrativos, este concelho compreende 10 freguesias (Figuras 3 e 4), onde existem 8.003 edifícios e 8.659 alojamentos, para um total de 6.921 famílias (Queiroz *et al.*, 2001). O Concelho de Praia da Vitória possui um Centro de Saúde com Serviço de Atendimento Permanente entre as 9 e as 24 horas.

5.2. RECURSOS ECONÓMICOS

Sem uma forte implementação industrial e tradicionalmente sustentadas no sector primário (agricultura e pecuária), as actividades económicas da ilha têm vindo a alterar-se nas últimas décadas, com o sector terciário a assumir uma crescente importância e a ser responsável pelo emprego de uma grande parte da população activa, em especial nas áreas da administração pública local e regional: segurança social, defesa, transportes e comunicações, educação e saúde, no Concelho de Angra do Heroísmo, e transportes portuários e aeroportuários, no Concelho da Praia da Vitória, são os domínios com maior representatividade.

De acordo com os Censos de 2004, a população residente empregada em ambos os concelhos encontra-se distribuída do seguinte modo:

- Sector primário: 2.118 indivíduos;
- Sector secundário: 5.087 indivíduos;
- Sector terciário: 15.073 indivíduos.

5.3. INFRA-ESTRUTURAS BÁSICAS

5.3.1. SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

A rede de abastecimento de água de ambos os concelhos, à excepção de alguns troços, encontra-se em bom estado, sendo o fornecimento assegurado pela captação de nascentes e furos.

No Concelho de Praia da Vitória existem 9 furos e 27 nascentes que estão a ser usadas no abastecimento de água às populações. Existem ainda dois *boosters* e um total de 24 reservatórios distribuídos por todo o concelho. Adicionalmente, a rede de abastecimento de Praia da Vitória inclui a Estação Elevatória do Juncal.

No Concelho de Angra do Heroísmo, são captadas 33 nascentes para consumo humano e 29 nascentes para o abastecimento agrícola. A rede de abastecimento de água é complementada com 4 furos de captação, várias lagoas artificiais para abastecimento público e agrícola e inclui, ainda, 32 reservatórios de água distribuídos pelo concelho.

5.3.2. SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ENERGIA

O abastecimento de energia à ilha é assegurado pela EDA – Empresa de Electricidade dos Açores. De acordo com esta entidade existem na ilha 3 centrais hidroelétricas e dois centros de produção térmica. A rede de distribuição de energia é na sua maioria aérea, complementada por diversos postos de transformação nos dois concelhos.

5.3.3. SISTEMAS DE TELECOMUNICAÇÕES

A ilha é servida por centrais telefónicas da Portugal Telecom e pelas redes móveis digitais (TMN, Vodafone e Optimus), com boa cobertura nas áreas habitacionais.

Os canais de televisão (RTPA e RTP1) cobrem praticamente toda a ilha e existem diversas redes de rádio, incluindo os canais destinados ao SRPCBA.

5.3.4. REDE RODOVIÁRIA

A Figura 5 mostra a rede viária principal e secundária da ilha Terceira, onde é evidente a maior densidade de vias de comunicação nas zonas Sul e Oriente da ilha, uma vez que na parte NO e na zona centro-norte da ilha a respectiva orografia não facilita a implantação e traçado de vias principais e secundárias.

As principais vias da ilha Terceira incluem um anel de estradas regionais (E.R.) pavimentadas em torno de toda a ilha, relativamente próximo do litoral, e a VVN – Via Vitorino Nemésio, que une as cidades de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória em via rápida, numa distância de cerca de 22 km, recentemente remodelada.

5.3.5. AEROPORTO E HELIPORTO

O único aeroporto da ilha situa-se na freguesia das Lajes, concelho de Praia da Vitória, no extremo NE da ilha. Além da aerogare civil, esta infra-estrutura inclui uma área militar, onde se encontram estacionadas as forças militares portuguesas e americanas.

No que diz respeito a incêndios, o aeroporto das Lajes está classificado como de categoria 9, tendo disponível uma quantidade mínima de agentes extintores de incêndios de 36.400 L de água e 450 kg de pó químico. A área civil possui 3 veículos de combate a incêndios disponíveis e na Unidade da FAP existem 4 veículos deste tipo.

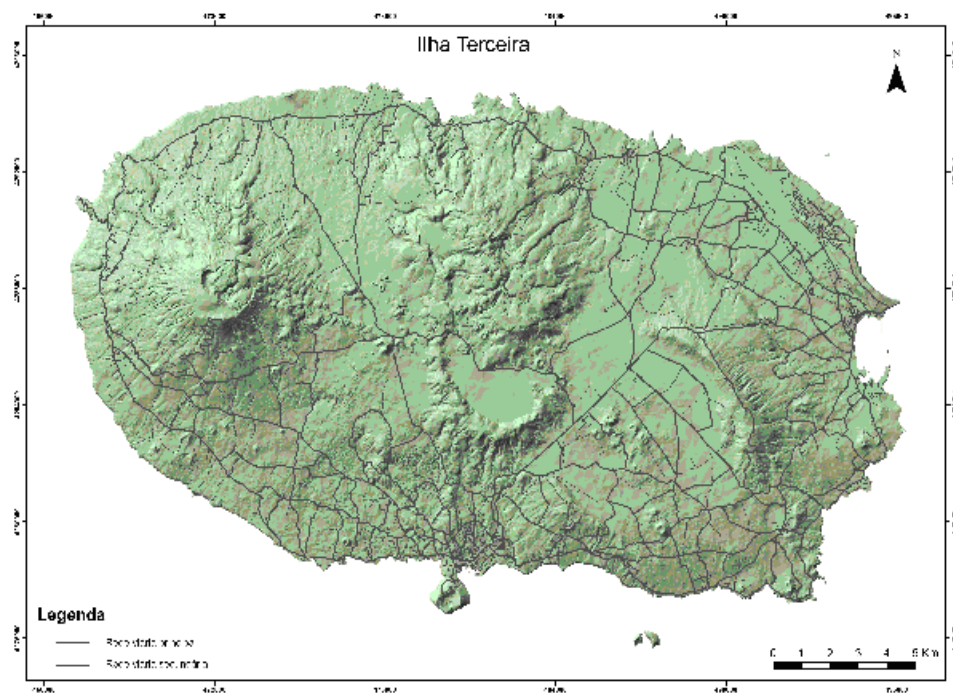


Figura 5. Rede viária principal e secundária da ilha Terceira (adaptado de Atlas Básico dos Açores, 2004).

A aerogare civil possui dois terminais, um para voos internacionais, com capacidade para processamento de 400 passageiros de 2/2 horas, e um para voos domésticos, com capacidade para 250 passageiros de 2/2 horas. A título informativo refira-se que no ano de 2005 registou-se um total de 4.600 voos no aeroporto das Lajes.

O Concelho de Angra do Heroísmo dispõe de um heliporto localizado no perímetro das instalações do Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores. Em condições excepcionais, durante o dia e com boas condições atmosféricas, poderão operar helicópteros noutros locais do concelho e da ilha.

5.3.6. PORTOS E VARADOUROS

O principal porto da ilha situa-se na Praia da Vitória, segundo um porto com funções de entreposto comercial, com cerca de 400 m de cais acostável e com as seguintes estruturas:

- Terminal de Contentores, com 350 m de comprimento, dividido em 12 parques, com ampla galeria destinada à instalação de condutas de combustível;
- Terminal de Carga Geral e Passageiros, com 150 m de comprimento e uma ampla galeria destinada à instalação de condutas de combustível;
- Terminal Cimenteiro, com 2 duques d'Alba de acostagem e 2 silos para armazenagem, num total de 7.000 ton. de cimento;
- Gare de Passageiros, segundo um módulo pré-fabricado com capacidade para 50 pessoas, com sala de espera, instalações sanitárias e gabinetes de apoio;
- Armazém, com uma área de 2000 m², reservado a mercadorias;
- Edifício Polivalente, de 2 pisos, com gabinetes de escritórios;
- Núcleo de Pesca, constituído por diversas zonas acostáveis, rampa de varadouro, elevador de navios, casas de aprestos, armazéns para grossistas e edifício da Lotação, entre outros.

No Concelho de Angra do Heroísmo localizam-se o Porto de Pipas, com funções mistas de pequeno comércio e apoio ao recreio náutico, incluindo uma marina, e o Porto de S. Mateus, de vocação piscatória.

Na ilha Terceira existem, ainda, diversos varadouros ou portos de pequena dimensão, essencialmente vocacionados para a actividade piscatória artesanal, como são os casos dos portos dos Biscoitos, na costa Norte e de Porto Martins, na costa SE.

5.4. MEIOS DISPONÍVEIS EM CASO DE EMERGÊNCIA

No presente capítulo enumeram-se os principais meios de emergência disponíveis na ilha Terceira no que respeita a meios humanos e materiais e de segurança, com exclusão daqueles na dependência das forças armadas.

5.4.1 MEIOS HUMANOS E MATERIAIS

Instituição:	SRPCBA (Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores)
Pessoa de Contacto:	Eng.º Pedro Carvalho (Inspector Regional)
Contactos:	295 401 401 - 918 821 671
Meios:	- 24 efectivos (operacionais e gestão de operações)

	- 1 reboque multivítimas helitransportável - 4 jeeps - 1 viatura de transporte geral e equipamento - 1 reboque de comando táctico - diversas tendas de campanha <u>Nota:</u> todas as viaturas estão equipadas com sistema de comunicações
--	---

Instituição:	Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Angra do Heroísmo
Pessoa de Contacto:	Enfº Luis Picanço (Comandante)
Contactos:	295 204 110 - 295 204 118 - 295 212 333 - 917 951 021
Meios:	- 56 efectivos - 4 viaturas AMS - 1 viatura AMTM de 6 lugares e 2 cadeiras de rodas - 1 viatura ASM

Instituição:	Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Angra do Heroísmo – Secção dos Altares
Pessoa de Contacto:	Teófilo Cota
Contactos:	295 908 333
Meios:	- 18 efectivos - 1 ambulância - 1 viatura PSM com funções de salvamento e desencarceramento

Instituição:	Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Praia da Vitória
Pessoa de Contacto:	Eduardo Arruda (Comandante)
Contactos:	295 540 222 - 295 540 220 - 917 284 384
Meios:	- 53 efectivos - 5 viaturas AMS - 1 viatura AMTM - 1 viatura AMT - 1 embarcação tipo “semi-rígida”

Instituição:	Cruz Vermelha Portuguesa
Pessoa de Contacto:	Octávio Teixeira (Comandante)
Contactos:	295 212 669 - 295 212 204 - 962 425 788
Meios:	- 71 efectivos - 2 viaturas AMS - 1 viatura AMTM de 7 lugares e 2 cadeiras de rodas - 1 viatura AMTM de 6 lugares e 2 cadeiras de rodas - 1 embarcação do tipo “zebro 3” - 1 embarcação de fibra (6 pessoas) - 10 tendas de campanha P5 (5 pessoas cada);

Instituição:	União Radioamadores dos Açores
Pessoa de Contacto:	Pedro Pereira (Responsável)
Contactos:	295 628 869 - 967 183 327
Meios:	rede de comunicações

5.4.2. SEGURANÇA

Instituição:	PSP – 1ª Esquadra (Angra do Heroísmo)
Pessoa de Contacto:	Pedro Almeida (Comissário)
Contactos:	295 212 022 – 927 430 612
Meios:	Pessoal: 138 efectivos

Instituição:	PSP – 2ª Esquadra (Praia da Vitória)
Pessoa de Contacto:	Manuel Filipe Moutinho (Chefe)
Contactos:	295 545 480 - 295 545 484 - 969 845 160
Meios:	Pessoal: 46 efectivos

Instituição:	Destacamento Fiscal de Angra do Heroísmo (GNR)
Pessoa de Contacto:	Tiago Lopes (Capitão)
Contactos:	295 206 970 - 964 547 419
Meios:	Pessoal: 44 efectivos

Instituição:	Destacamento Fiscal de Praia da Vitória (GNR)
Pessoa de Contacto:	João Bretão (1º Sargento)
Contactos:	295 513 626 - 967 263 898
Meios:	Pessoal: 1 efectivo

Instituição:	Polícia Marítima de Angra do Heroísmo
Pessoa de Contacto:	Diogo Vieira Branco (Comandante)
Contactos:	295 204 570
Meios:	1 embarcação tipo “semi-rígida”

Instituição:	Polícia Marítima de Praia da Vitória
Pessoa de Contacto:	Diogo Vieira Branco (Comandante)
Contactos:	295 542 500/1 912 344 795 - Piquete
Meios:	1 embarcação tipo “semi-rígida”

Instituição:	Esquadra de Segurança Aeroportuária (ESA), Aerogare Civil das Lajes
Pessoa de Contacto:	Humberto Goulart Martins
Contactos:	295 512 021
Meios:	Pessoal: 42 efectivos

6. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA

6.1. INTRODUÇÃO

O Plano Hospitalar de Emergência é um conjunto de acções a realizar ordenadamente, para dar resposta a uma situação de emergência/catástrofe em que um hospital se encontre envolvido.

Este é constituído por duas vertentes:

- Plano de Emergência Externa (PEE) – objecto da presente abordagem – quando o sinistro ocorre fora do hospital e este tem de estar preparado para receber um elevado número de vítimas;
- Plano de Emergência Interno (PEI), quando o sinistro ocorre dentro do hospital.

As acções a desencadear e desenvolver deverão, então, dar corpo aos princípios da Medicina de Catástrofe, nos quais é prioritário dar atenção ao maior número possível de sobreviventes (Alves e Redondo, 1999). Tal implica uma alteração da ética e prática médicas habituais na Medicina de Emergência (em que se utilizam recursos máximos para um único doente), para as associadas a uma Situação de Catástrofe, em que a colectividade “tem prioridade” face ao indivíduo, colocando-se os recursos mínimos ao serviço de um número máximo de doentes.

O presente PEE foi elaborado tendo por base o trabalho de Alves e Redondo (1999) publicado pelo Ministério da Saúde e, dada a sua natureza, tem carácter não definitivo e está aberto a alterações, devendo as mesmas ser comunicadas a qualquer elemento da Comissão de Catástrofe (CC).

Os principais objectivos deste documento são:

- Garantir ao Hospital uma organização capaz de reduzir a mortalidade e morbilidade, perante uma situação de catástrofe localizada. Refira-se que em caso de catástrofe generalizada será activado o Plano Municipal de Emergência;
- Assegurar, a todo pessoal envolvido, um guia de actuação e procedimentos standardizados e simplificados, de forma a dar a melhor resposta ao maior número de vítimas.

Tendo em conta este último objectivo, o presente documento pretende, ainda, contribuir para consciencializar cada funcionário do HSEAH-EPE para um código de conduta centrado numa actuação em situação de catástrofe.

Sendo cada funcionário responsável pela sua segurança, e a de terceiros, dentro do Hospital, deverá assegurar o cumprimento das Normas de Segurança da instituição. Neste contexto, importa realçar que:

- Em situação de emergência a cadeia hierárquica habitual pode ser alterada;
- É obrigatório respeitar a cadeia de comando, controlo e coordenação;
- Um funcionário, ao tomar conhecimento de uma situação de catástrofe, deverá permanecer na Instituição e contactar os seus superiores hierárquicos, certificando-se que os seus serviços são, ou não, necessários (mesmo após terminar o seu período normal de trabalho);
- Em situação de emergência, qualquer funcionário poderá ser requisitado fora do seu horário de trabalho (normal ou extraordinário);
- A mobilização de pessoal deve efectuar-se preferencialmente por categorias;
- Os meios de comunicação, nomeadamente o telemóvel/telefone, deverão ser utilizados o menor número de vezes possível;
- Todos os funcionários devem participar regularmente em exercícios de simulação;
- Qualquer funcionário tem o dever de informar qualquer membro da CC sobre qualquer anomalia que possa vir a comprometer a segurança;
- Todos os funcionários devem efectuar diligências no sentido de conhecer devidamente o Plano de Emergência Externa, contido em “dossier vermelho” disponível em local seguro e permanentemente acessível em todos os serviços/sectores;
- Em caso de activação do Nível III, os funcionários contactados deverão dirigir-se ao Ponto de Encontro, localizado na ESEnfAH, onde receberão as devidas instruções;
- Todos os funcionários devem garantir a presença, em local visível na sua viatura, do cartão de identificação fornecido pelo HSEAH-EPE (de modo a facilitar o contacto em caso de activação do PE) e disponibilizar, sempre que estiver a trabalhar, uma dupla chave da viatura no porta-chaves fornecido previamente pelo Hospital, no qual consta a marca, cor e matrícula da viatura.

6.2. CATÁLOGO DE RISCOS POTENCIAIS

A situação geográfica, as características geológicas e as condições climáticas da ilha Terceira e de Angra do Heroísmo e, ainda, as actividades socioeconómicas ligadas à indústria ou aos transportes em geral, condicionam o tipo de acidentes graves ou de catástrofes a que está sujeita, as quais poderão causar um número elevado de vítimas e consideráveis danos materiais em edifícios e outras infra-estruturas, no património cultural e no património natural. A gravidade destas catástrofes depende, essencialmente, do tipo e magnitude do fenómeno em curso, da vulnerabilidade da zona atingida e dos elementos em risco, nomeadamente a população, o edificado, as infra-estruturas existentes e as actividades económicas afectadas (Nunes et al., 2004b). Neste contexto, a avaliação de riscos e a elaboração de cartas de risco, sobre as quais se deverá basear o planeamento das acções, contribuem decisivamente para a prevenção e a minimização dos danos expectáveis. A memória colectiva, os registos históricos existentes e a elaboração de estudos técnico-científicos permitem identificar os riscos potenciais, analisar as suas causas e, ainda, perspectivar as suas consequências.

Na elaboração do Plano de Emergência Externa, e tendo em conta que o HSEAH-EPE cobre determinadas necessidades hospitalares dos grupos Central e Ocidental do arquipélago dos Açores, importa considerar três tipos de riscos (Alves e Redondo, 1999):

- Riscos de origem natural;
- Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico;
- Catástrofes relacionadas com o comportamento humano.

Apresenta-se, de seguida, uma análise sumária destes riscos, parcialmente baseada nos elementos disponibilizados no Plano Regional de Emergência, da responsabilidade do SRPCBA e datado de 2007, no Plano Municipal de Emergência do Concelho de Angra do Heroísmo, de 2003 e no Plano Municipal de Emergência do Concelho da Praia da Vitória, datado de 2001.

6.2.1. RISCOS DE ORIGEM NATURAL

As ameaças de origem natural mais significativas nos municípios da ilha Terceira, em termos de probabilidade de ocorrência ou de gravidade das suas consequências, são: sismos, erupções vulcânicas, inundações costeiras (tempestades e tsunamis), ciclones e movimentos de massa de vertente (e.g. quebradas, escorregamentos). Nos pontos seguintes procede-se a uma análise sumária dos principais riscos de origem natural.

6.2.1.1. Risco Sísmico

Dada a natureza vulcânica das ilhas e, em especial, o seu peculiar enquadramento geotectónico (na junção tripla das placas Euroasiática, Norte Americana e Africana – Figura 6), o arquipélago dos Açores é sede de uma importante actividade sísmica, bem documentada nos acervos históricos e pela sismicidade instrumental. Esta manifesta-se sob a forma de uma actividade microssísmica quase contínua, pontualmente intercalada por fenómenos sísmicos mais energéticos, os quais afectam uma ou mais ilhas, causando, por vezes, danos importantes (Quadro 1).

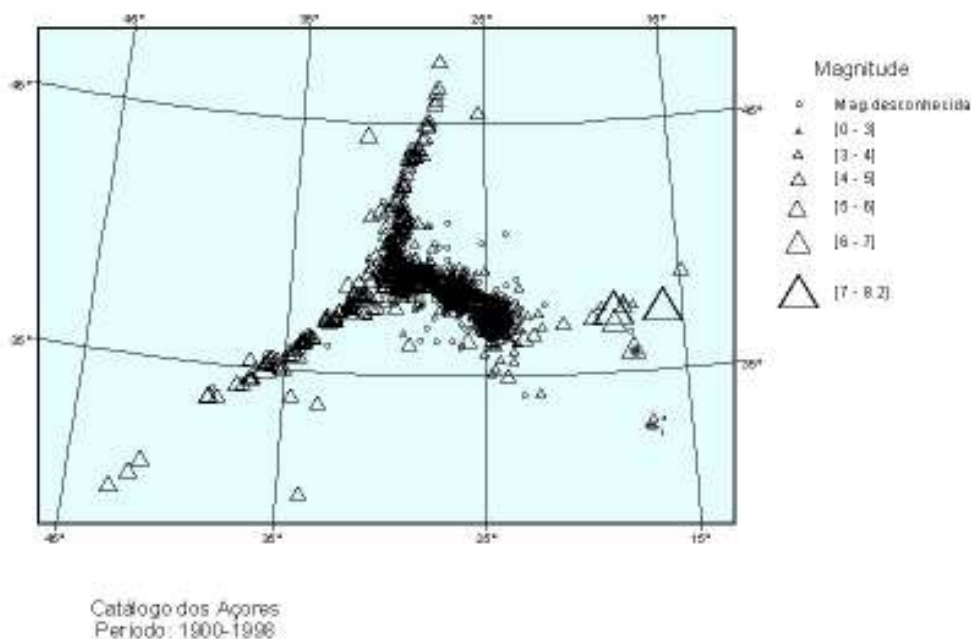


Figura 6. Carta de epicentros para a região dos Açores, referente ao período 1900-1998. *In*: Nunes et al. (2004a).

De entre os sismos mais destrutivos ocorridos na ilha Terceira destaca-se os sismos de Maio de 1614, Janeiro de 1801, Junho de 1841 e o sismo de 1 de Janeiro de 1980, o sismo de maior magnitude ($M=7,2$) ocorrido nos Açores no Século XX (Quadro 1), que causou grandes destruições no parque edificado da ilha Terceira, avultados estragos materiais e 61 vítimas mortais. O processo de reconstrução que se seguiu ao abalo de 1980 melhorou em muito o parque edificado da ilha Terceira, não obstante ainda subsistirem na ilha algumas infra-estruturas (incluindo habitações) constituídos por paredes de pedra solta sem elemento ligante.

A ocorrência de eventos sísmicos mais energéticos, além de danos nas habitações e vítimas mortais, poderão causar danos significativos em infra-estruturas relacionadas com o abastecimento de água, energia e telecomunicações, com implicações importantes em termos de planeamento de acções de emergência e socorro.

Quadro 1. Sismos de intensidade $\geq$ VII ocorridos no Arquipélago dos Açores (Nunes et al., 2001).

Data	Localidade/Ilha mais afectada	Epicentro Prof.	Máxima Int. Obs.	Vítimas Mortais	Observações
1522/10/22	V. Franca / S. Miguel	37,7°N/25,4°W 12 km	X	4000 a 5000	~02h T.L.; ~ 20 000 habitantes
1547/05/17	zona N / Terceira		VII/VIII	> 3	11-12h T.L.
1571/08/??	? / Terceira		VII ?		
1591/07/26	V. Franca / S. Miguel		VIII/IX	"muitas"	
1614/05/24	P. Vitória / Terceira	a Este de Praia da Vitória	IX	> 200	15:15h T.L.
1713/12/08	Ginetes / S. Miguel		VIII		
1730/06/13	Luz / Graciosa	Caldeira	VIII/IX ?		
1757/07/09	Calheta / S. Jorge	38,6°N/28,0°W 10,7 km	XI	1046	23:45h T.L.; ~ 5000 hab. <i>tsunami</i> de fraca amplitude; M=7,4; E~5x10 ²⁴ ergs
1800/06/24	Praia da Vitória Terceira	a Este da Terceira	VII/VIII	0	13:45h T.L.
1801/01/26	S. Sebastião / Terceira	a Este da Terceira	VIII	2	15:30h T.L.
1837/01/21	Guadalupe e S. Cruz Graciosa		IX ?	3	
1841/06/15	P. Vitória / Terceira	a Este de Praia da Vitória	IX	0	
1852/04/16	Rib. Grande / S. Miguel		VIII	9 a 12	22:05 T.L.
1881/02/09	Povoação / Miguel		VII ?	1	
1912/01/26	A. Heroísmo / Terceira		VII		
1912/11/06	P. Vitória / Terceira		VII/VIII		21:00h
1926/08/31	Horta / Faial	38,5°N/28,6°W 1,6-4,8 km	X	9	10:42h TMG Mb=5,3-5,9 21:24h TMG; I ₀ =IX
1932/08/05	Povoação / S. Miguel	37,8°N/25,1°W	VII		
1935/04/27	Povoação / S. Miguel	37,7°N/25,4°W	VII	1	
1937/11/21	S. Espírito / S. Maria	36,8°N/26,1°W	VII		
1939/05/08	S. Espírito / S. Maria	37,0°N/24,5°W	VII		I ₀ =X; Mb=7,0-7,1
	Rib. Quente / S. Miguel				
1945/06/15	Capelo / Faial		VII		01:40h
1946/12/27	Serreta / Terceira		VII/VIII		18:30h
1950/12/29	Agualva/Terceira	38,7°N/27,2°W	VII		16:03h TMG
1952/06/26	Povoação e R. Quente S. Miguel	37,7°N/25,3°W	VII		13:06h TMG
1952/06/26	Rib. Quente / S. Miguel	37,7°N/25,3°W	VIII		15:32h TMG
1958/05/13	Praia Norte e R. Funda Faial	38,6°N/28,8°W 1 km	VIII/IX		
1964/02/21	Rosais / S. Jorge	38,7°N/28,2°W 9 km	VIII		17:14h TMG; Mb=5,5; I ₀ =VIII/IX
1967/08/10	M. Escuro / S. Miguel	37,8°N/25,4°W	VII		05:26h TMG; M=4,6
1968/06/17	Várzea / S. Miguel	37,7°N/25,9°W	VII		17:22h TMG; M=4,6
1973/11/23	Bandeiras / Pico	38,5°N/28,4°W 16 km	VII/VIII		13:36h TMG; Mb=5,0
1980/01/01	Doze Rib. / Terceira	38,8°N/27,8°W 10 km	VIII/IX	61	16:42h TMG; I ₀ =XI; M=7,2
1998/07/09	Ribeirinha / Faial	38,7°N/28,5°W 1,2 km	VIII/IX	8	05:19h TMG; Mb=5,8

Por outro lado, efeitos indirectos da acção sísmica (como a ocorrência de movimentos de massa de vertente, de maior ou menor magnitude, e o colapso de edifícios, queda de muros ou árvores de porte médio e elevado), poderão ser responsáveis pelo aumento do número de vítimas e levar ao corte (total ou parcial) de estradas e caminhos, condicionando ou impedindo as acções de socorro imediato.

6.2.1.2. Risco Vulcânico

A avaliação dos riscos vulcânicos deve assentar na definição da história eruptiva de um dado aparelho, ou região vulcânica, na medida em que a melhor maneira de se estimar o comportamento futuro de um vulcão, passa por se conhecer a sua actividade no passado (Nunes *et al.*, 2004b). Essa avaliação, que pressupõe considerar-se a probabilidade de ocorrência de um fenómeno de natureza vulcânica numa determinada área e num determinado período de tempo, será tanto mais precisa, quanto mais pormenorizado for o conhecimento da actividade vulcânica passada.

A análise dos sistemas vulcânicos e dos diferentes produtos que constituem a ilha Terceira mostra que podem ocorrer nesta ilha, ou na zona marinha imediata, erupções efusivas e/ou explosivas, de natureza basáltica *s.l.* ou traquítica *s.l.*, incluindo do tipo hidrovulcânico (Queiroz *et al.*, 2001).

As diversas erupções vulcânicas recentes, de idade Holocénica, isto é, ocorridas nos últimos 10.000 anos (como é o caso das escoadas lávicas do Algar do Carvão – Figura 7) e históricas, ou seja, ocorridas após a descoberta e povoamento da ilha Terceira, atestam do vulcanismo activo que caracteriza uma parte significativa dos vulcões da ilha. As erupções históricas incluem a erupção de 1761, nos Mistérios Negros, a Norte de Biscoitos e as erupções submarinas de 1867 e 1998-2001, ao largo da Serreta (Valadão *et al.*, 2003).

Os principais riscos vulcânicos da ilha Terceira estão relacionados com a provável ocorrência de escoadas lávicas, piroclastos de trajectória balística, cinzas e *lapilli* de queda, escoadas piroclásticas e *surges*, escoadas de lama/*lahars* e emissão de gases vulcânicos, genericamente retratados nos diferentes níveis de alerta que constituem o Código de Alerta Científico para a caracterização da actividade vulcânica na Região dos Açores (Figura 8).

Ambos os concelhos da ilha Terceira são vulneráveis à ocorrência destes fenómenos (Valadão *et al.*, 2003 e Queiroz *et al.*, 2001), designadamente na dependência do Vulcão do Pico Alto, do Vulcão de Santa Bárbara e da Zona Basáltica Fissural (ver Figura 7).

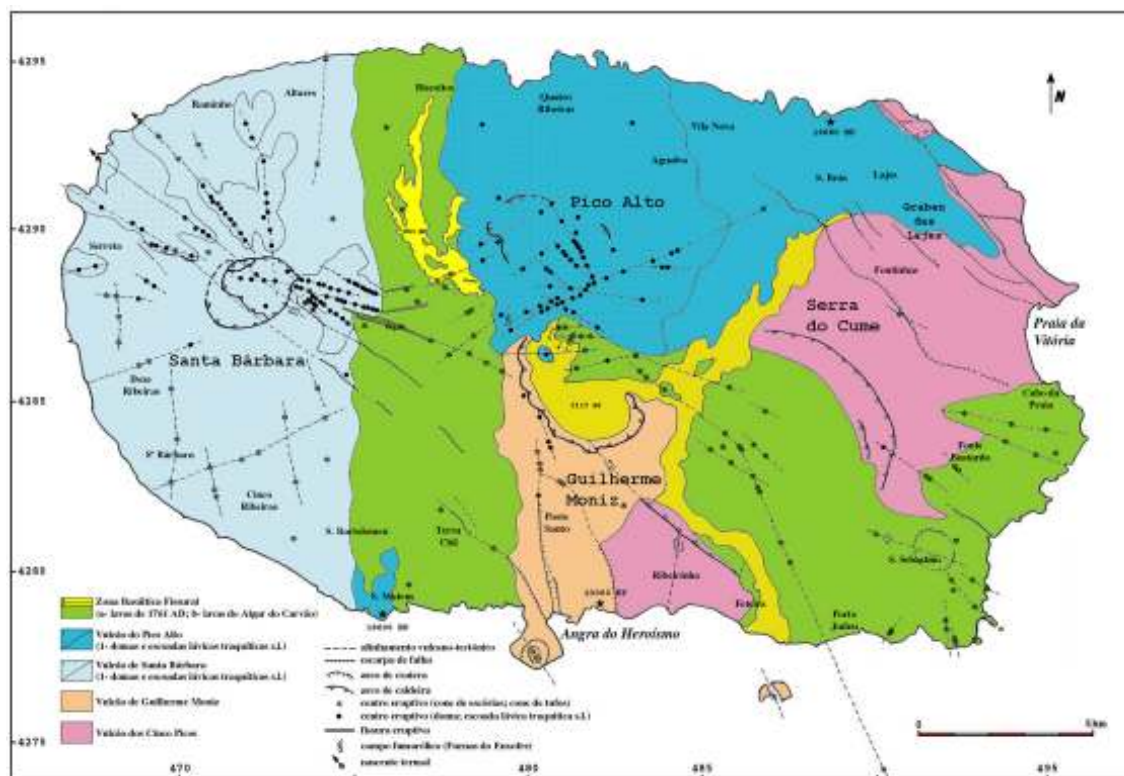


Figura 7. Esboço vulcano-tectónico da ilha Terceira (Nunes, 2000).

NÍVEL DE ALERTA	FENÓMENO INDICATIVO	ESTADO DO SISTEMA VULCÂNICO	PERIGOS GEOLÓGICOS
V0	Actividade dentro do intervalo de referência base. Parâmetros geofísicos e geoquímicos de acordo com os valores normais.	Estado de repouso.	Sismos
V1	Parâmetros geofísicos ou geoquímicos ligeiramente acima dos valores normais.	Sinais de fraca actividade. Nenhuma ameaça de erupção vulcânica.	Gases vulcânicos
V2	Parâmetros geofísicos e/ou geoquímicos claramente acima dos valores normais ou detecção de variações eventualmente correlacionáveis.	Possível reactivação do sistema. Nenhuma ameaça de erupção vulcânica.	Explosões hidrotermais
V3	Aumento do número e/ou da intensidade dos indicadores geofísicos e/ou geoquímicos.	Confirmação da reactivação do sistema vulcânico. Ameaça de erupção vulcânica.	Movimentos de massa
V4	Acentuado incremento da intensidade dos indicadores geofísicos e/ou geoquímicos. Eventual observação de efeitos superficiais no vulcão e/ou zonas adjacentes.	Sinais de franca actividade. Possibilidade real de uma erupção vulcânica.	Tsunamis
V5	Erupção magmática ou hidromagmática. Manutenção dos indicadores geofísicos e geoquímicos a níveis elevados. Possível observação de efeitos superficiais para além da zona activa.	Erupção vulcânica em curso. Possibilidade de uma fase paroxismal.	+ Escoadas lávicas Projecteis de trajectória balística Escoadas piroclásticas Surges Escoadas de lama
V6	Destruição de uma extensa área para além da zona activa.	Erupção vulcânica paroxismal em curso.	

Figura 8. Código de Alerta Científico para a caracterização da actividade vulcânica no Arquipélago dos Açores, segundo J.L. Gaspar e G. Queiroz (Centro de Vulcanologia e Avaliação de Riscos Geológicos, Universidade dos Açores).

As escoadas lávicas raramente constituem uma ameaça directa para a vida humana, uma vez que se movimentam a velocidades que permitem evacuar atempadamente as

povoações em risco. Os prejuízos directos e, também, permanentes relacionam-se normalmente com a destruição de casas, infra-estruturas diversas e propriedades.

Os piroclastos de trajectória balística (vulgo bombas vulcânicas) podem originar lesões diversas (escoriações, fracturas e queimaduras) ou mesmo a perda de vidas, principalmente a pessoas que observam o fenómeno vulcânico a curta distância (e.g. fotógrafos e cientistas). A queda dos fragmentos piroclásticos pode ser responsável por avultados danos em edifícios e outras estruturas, em especial àqueles localizados próximo dos focos eruptivos.

É pouco significativo o número de mortes directamente resultante com a queda de cinzas e lapilli. As possibilidades de sobrevivência são bastante elevadas se os tectos dos edifícios se mantiverem intactos e não ocorrerem, simultaneamente, emissões de gases tóxicos. Assim, infecções oculares e/ou no aparelho respiratório são alguns dos problemas evidenciados por pessoas expostas a atmosferas repletas de cinzas e poeiras vulcânicas e os principais prejuízos causados relacionam-se com o colapso de estruturas e com a cobertura de solos agrícolas produtivos.

De um modo geral, todas as freguesias da ilha são vulneráveis a este tipo de perigo, com maior ou menor incidência em função da força e orientação do vento e a queda de chuva, factores climáticos que condicionam a orientação dos eixos de dispersão dos depósitos de *lapilli* e de cinzas associados.

Salienta-se, neste contexto, o efeito das cinzas e poeiras vulcânicas nos motores de veículos, aviões e helicópteros e nos sistemas de comunicações, incluindo o encerramento de aeroportos, situações estas que podem condicionar significativamente o desenvolvimento das operações de emergência. Os recentes acontecimentos associados à erupção do vulcão Eyafjallajokull da Islândia atestam da importância destes fenómenos vulcânicos.

O perigo associado a escoadas piroclásticas e surges (vulgarmente conhecidos como “nuvens ardentes”) resulta da sobreexposição a ambientes de alta temperatura e/ou da ocorrência de casos de asfixia por inalação de cinzas ou gases tóxicos. As possibilidades de sobrevivência à passagem destas nuvens piroclásticas, de elevado poder destrutivo, são praticamente nulas, pelo que a única possibilidade de sobrevivência reside na atempada evacuação de pessoas e animais. Estes fenómenos vulcânicos, além de provocarem a destruição (por vezes total) da vegetação, infligem graves danos em habitações e outros tipos de estruturas existentes no seu trajecto.

As escoadas de lama/lahars (associadas aos depósitos de enxurrada) podem originar casos de asfixia, fracturas e queimaduras, em pessoas e animais. Contudo, as suas consequências

mais nefastas fazem-se sentir sobretudo ao nível da destruição e ruptura de infra-estruturas básicas (e.g. redes de estradas, distribuição de água e electricidade) e edifícios e na cobertura de solos produtivos, nas zonas em que se estas escoadas se movimentam, primordialmente zonas depressionárias como vales fluviais e planícies aluvionares.

No decorrer de uma erupção vulcânica, um dos potenciais perigos associados deriva da emissão de gases vulcânicos, por vezes tóxicos e que constituem uma série ameaça para a vida. Estes gases provocam a morte, lesões graves na pele e no sistema respiratório, afectam a visão e podem liquidar populações animais e vegetais, danificar culturas e conduzir à ocorrência de mortes indirectas, por ingestão de produtos contaminados.

6.2.1.3. Risco de Inundações Costeiras

As inundações costeiras são um fenómeno usual nas ilhas dos Açores, quer na dependência directa da ocorrência de tempestades, quer de *tsunamis*. As tempestades marítimas constituem uma importante ameaça para a segurança e o bem-estar das populações ribeirinhas, bem como para a saúde pública, na medida em que, em situações de temporal marítimo, com vagas de altura superior a 5 m, ocorrem por vezes avultados prejuízos materiais e humanos (Nunes *et al.*, 2004b). Os *tsunamis*, por seu turno, são ondas de água que resultam, na sua maioria, da deslocação abrupta do fundo oceânico em consequência de actividade sísmica, ou por perturbações associadas ao vulcanismo explosivo, aos escorregamentos (submarinos ou subaéreos) e ao impacto de meteoritos com os oceanos.

A ilha Terceira, tal como as restantes ilhas dos grupos central e oriental, está sujeita à ocorrência de *tsunamis*, sobretudo associados a sismos regionais ou atlânticos, como foi o caso do *tsunamis* associado ao terramoto de 1755, que atingiu a cidade de Angra do Heroísmo e o Sul do Concelho da Praia da Vitória (Guedes e Oliveira, 1997).

As zonas mais vulneráveis à ocorrência de inundações costeiras são os centros populacionais que se desenvolvem próximo de costas baixas, as praias e os espaços de lazer à beira mar, os portos de pesca e outras infra-estruturas portuárias. No que respeita às zonas de lazer ribeirinhas, na avaliação do risco associado importa considerar a sazonalidade da ocupação humana derivada da actividade turística (Valadão *et al.*, 2003; Queiroz *et al.*, 2001).

6.2.1.4. Risco de Temporais e Cheias

Dada a sua localização, o arquipélago dos Açores é frequentemente afectado por temporais, com ventos fortes e precipitação elevada. Os ciclones tropicais, ou os furações, surgem usualmente entre os meses de Agosto e Outubro, mas podem também ocorrer desde Junho até meados de Dezembro (Plano Regional de Emergência, 2007). Embora muito ocasionalmente causem vítimas, os ventos fortes e as precipitações muito intensas podem causar grandes destruições e avultados prejuízos materiais, especialmente quando atingem áreas habitacionais. O ciclone “Tânia”, que afectou os Açores em finais de Outubro de 1995, com rajadas até 168 km/h, e o furação “Jeanne”, no início de Outubro de 1998, que provocou cheias, inundações e deslocação de pessoas na ilha de S. Miguel, estão entre os principais temporais que afectaram a Região dos Açores nos últimos anos.

A ocorrência de cheias é um fenómeno usual nas ilhas dos Açores e está associado essencialmente a situações hidrológicas extremas, nomeadamente a ocorrência de elevados índices de precipitação (Nunes *et al.*, 2004b), com transbordo dos cursos de água. Os riscos derivados destas situações são maiores em face da declividade acentuada de algumas bacias hidrográficas, do seu regime torrencial e a acções humanas que contribuem para um incremento do perigo de cheias e, consequentemente, dos riscos associados.

Com efeito, na ilha Terceira, como na generalidade do arquipélago, a implantação, por razões históricas, de aglomerados habitacionais na proximidade de cursos de água (e em especial nos respectivos leitos de cheia), constitui, por si só, um risco acrescido para pessoas e bens. A falta de limpeza das ribeiras, a alteração das condições de escorrência superficial dos terrenos (e.g. arroteamentos) e a redução da secção natural dos cursos de água, quer mediante a edificação de pontes e outras infra-estruturas sub-dimensionadas (no caso do atravessamento por vias de comunicação), quer devido a movimentações de terrenos adjacentes ao curso de água, constituem factores de risco acrescidos.

6.2.1.5. Risco de Movimentos de Massa de Vertente

As regiões vulcânicas estão sujeitas a diferentes tipos de movimentos de massa (e.g. deslizamentos e desabamentos), na sequência de condições de instabilidade geradas nas vertentes dos edifícios vulcânicos, incluindo no interior de crateras e de caldeiras e nas falésias costeiras, os quais apresentam magnitude e tipologias variáveis, em função da morfologia da região, das litologias presentes e da maior ou menor contribuição de

água (Nunes *et al.*, 2004b). Por outro lado, a geração de movimentos de massa está dependente de diversos factores, quer naturais, quer antropogénicos. Estão no primeiro caso, a actividade vulcânica, a ocorrência de sismos moderados a fortes e condições meteorológicas anormais, com chuvas torrenciais e ventos fortes, enquanto que modificações na rede hidrográfica e no uso do solo de uma região, deficiente ocupação e ordenamento do território, construção de vias de comunicação e existência de muros e de taludes incorrectamente dimensionados, são algumas das acções humanas que podem originar estes movimentos de massa de vertente.

Os movimentos de massa, mesmo aqueles de pequena magnitude, poderão constituir e causar importantes perturbações ao bem-estar das populações e no tecido sócio-económico da ilha Terceira, designadamente pelo corte de estradas e outras vias de comunicação devido a quebradas, alterações à paisagem e coberto vegetal, interferência com a rede de drenagem da região e danos importantes nas redes de abastecimento de água, energia eléctrica e comunicações. Por outro lado, algumas habitações e infra-estruturas básicas estão implantadas na proximidade de taludes elevados e vertentes instáveis, que representam riscos acrescidos.

6.2.2. RISCOS DERIVADOS DO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

Nas sociedades modernas vêm aumentando os riscos industriais e tecnológicos associados a fenómenos de natureza antrópica, face ao desenvolvimento industrial, ao incremento nos transportes e à construção de grandes obras, aos quais se podem associar, ainda, os riscos associados a eventuais negligências humanas (Nunes *et al.*, 2004b).

As catástrofes mais significativas provocadas pelo Homem, em termos de probabilidade de ocorrência ou de gravidade das suas consequências, incluem, entre outros, os acidentes graves de tráfego (aéreo, marítimo ou terrestre), os incêndios, o transporte de mercadorias perigosas, o colapso de estruturas, as epidemias, as marés negras e as explosões. Analisa-se, em seguida, os riscos mais significativos na ilha Terceira derivados do desenvolvimento tecnológico.

6.2.2.1. Acidentes Aéreos

No Concelho da Praia da Vitória localiza-se o único aeroporto da ilha Terceira e a Base Militar das Lajes (bases americana e portuguesa), onde a queda ou acidentes com

aeronaves e a frequente movimentação de veículos de combustível para abastecimento dos aviões representam uma real possibilidade de ocorrência de acidente grave ou catástrofe.

O facto do Aeroporto das Lajes registar um tráfego significativo (com cerca de 30.000 movimentos/ano), a operação de aeronaves militares nacionais e estrangeiras com armamento real e a existência de um complexo de depósitos de combustível e a implantação da cidade de Praia da Vitória localizados no enfiamento do eixo das pistas, traduzem-se, inequivocamente, numa potencial ocorrência de acidentes aéreos. Acrescem a estes riscos, aqueles intrínsecos à operação de meios aéreos e a potencial ocorrência de condições meteorológicas adversas.

Refira-se, neste âmbito, que, em caso de desastre aéreo, existe um Plano Específico de Emergência a implementar no Aeroporto das Lajes e no seu perímetro.

6.2.2.2. Acidentes NRBQ (Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos)

Os agentes nucleares, radiológicos, biológicos e químicos dispersam-se no ar, na água e nas superfícies de contacto, entrando no organismo por inalação, contacto dérmico ou ingestão, o que pode causar danos irreversíveis e até mesmo a morte. As principais vias de condução dos agentes NRBQ estão associadas ao transporte de mercadorias perigosas (para os agentes químicos), ao movimento aéreo e marítimo de microorganismos (para os agentes biológicos) e ao transporte de material nuclear altamente radioactivo, à queda de satélite com reactor nuclear e ao transporte marítimo de combustível nuclear (para os agentes nucleares e radiológicos).

A Região Autónoma dos Açores, e nomeadamente a ilha Terceira, poderá ser vulnerável a Acidentes Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos (Acidentes NRBQ), devido não só à sua localização geográfica mas, sobretudo, devido ao movimento de aeronaves e embarcações, em especial daquelas relacionadas com a existência do destacamento militar permanente do EUA e da Força Aérea Portuguesa na Base Aérea das Lajes.

Tendo em conta a conjuntura actual, a probabilidade de ocorrência de acidentes deste tipo nos Açores, e na ilha Terceira em particular, não sendo nula, será contudo, muito reduzida.

6.2.2.3. Acidentes Marítimos/Marés Negras

O aumento das rotas comerciais e da capacidade de transporte dos navios aumenta a possibilidade de ocorrência de uma catástrofe associada a um acidente marítimo, cuja principal ameaça é a de uma maré negra. A natureza insular da RAA, as rotas

transatlânticas e as condições, por vezes, muito adversas do Atlântico Norte, potenciam a ocorrência destes acidentes.

6.2.2.4. Acidentes Industriais Graves

Pese embora o facto do Arquipélago dos Açores, em geral, e a ilha Terceira, em particular, não constituírem zonas industriais por natureza, onde estão, por isso, ausentes indústrias pesadas, perigosas e poluidoras (como é o caso das indústrias metalomecânica e petroquímica), poderão ocorrer acidentes industriais graves envolvendo, sobretudo, substâncias perigosas.

É no Porto da Praia da Vitória, onde se localiza o parque industrial, em especial o Parque de Combustíveis da ilha Terceira (com abastecimento por viaduto marítimo e terrestre), a fábrica de cimentos (Cimentaçor) e a fábrica de transformação de pescado, que pode ocorrer algum sinistro nas instalações existentes, incluindo o risco de explosão nas caldeiras. Por seu turno, o Porto de Angra do Heroísmo encontra-se presentemente vocacionado sobretudo para actividades piscatórias e turísticas (e.g. marina).

6.2.3. CATÁSTROFES RELACIONADAS COM O COMPORTAMENTO HUMANO

Nesta categoria, devem ser considerados os acidentes colectivos que não se enquadram em acidentes do tipo industrial ou de tráfego (Alves e Redondo, 1999), como é o caso das provas desportivas motorizadas (rallies, raids, etc.), de espectáculos pirotécnicos e dos ajuntamentos de pessoas, mesmo que normalmente não perigosos.

No caso da ilha Terceira, dado o espírito festivo da sua população e as diversas festas sazonais existentes, podem considerar-se como acontecimentos potencialmente perigosos as concentrações de indivíduos no decorrer de concertos, circos, touradas à corda e de praça, provas desportivas, etc., em especial durante as festividades locais, bem como o uso e manipulação de material pirotécnico durante estas festividades.

Hipoteticamente, poderão, ainda, ocorrer actos de terrorismo derivados da presença da Base Americana no Aeroporto das Lajes.

6.3. CARACTERIZAÇÃO DO HSEAH-EPE

O Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo foi fundado em 15 de Março de 1492 por alvará régio emitido a pedido de João Vaz Corte Real. As suas primeiras instalações

localizavam-se junto ao Pátio de Alfândega, englobando vários edifícios da actual Rua de Santo Espírito. O Hospital da ilha Terceira é simultaneamente o mais antigo das ilhas dos Açores e o primeiro construído por europeus fora do continente europeu.

O actual edifício do HSEAH foi construído pela Santa Casa da Misericórdia de Angra do Heroísmo e foi inaugurado em Agosto de 1961, sito à Rua Professor Augusto Monjardino (Figura 9). Está instalado em edifícios cujas primeiras construções (Bloco B) remontam a meados do séc. XX, tendo vindo a sofrer diversas ampliações e alterações nestes últimos 47 anos. O HSEAH passou a Entidade Pública Empresarial (EPE) a 1 de Janeiro de 2007.

É constituído por um conjunto principal de edifícios interligados entre si (Blocos A, B e C) e por vários edifícios anexos de apoio à actividade, onde se localizam o Laboratório de Patologia Clínica, a Casa Mortuária, as consultas externas, farmácia, armazéns, áreas técnicas, serviços administrativos, administração e, ainda, um edifício, já fora do perímetro do Hospital, onde funciona a Medicina Legal.



Figura 9. Entrada principal do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo – EPE.

O HSEAH-EPE dispõe de áreas destinadas a internamento, cuidados intensivos polivalente, locais de intervenção cirúrgica e áreas de tratamento e diagnóstico, com um total de 239 camas.

Adicionalmente existem áreas afectas a serviços técnicos (posto de transformação, grupos geradores de emergência, central de gases, quadros eléctricos, quadro geral de baixa tensão, etc.).

6.3.1. COMISSÃO DE CATÁSTROFE

É nomeada pelo Conselho de Administração e fica encarregue de assessorar a Direcção do Hospital relativamente ao planeamento, divulgação e actualização do PEE.

A Comissão de Catástrofe do HSEAH-EPE é constituída por:

Presidente: Presidente do Conselho de Administração

Coordenador: Dr. José António Sousa

Vogais: Dr.^a Marta Guinot

Dr.^a Daniela Garcia

Enf.^a Lúcia Andrade

Enf.^a Gilberta Jarroca

Sra. Graça Pereira

Eng^o António Neves

Sr. Hernâni Melo

6.3.2. CATÁLOGO DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Tendo em conta as necessidades implicadas em cada um dos níveis do sistema de activação do PEE (ver ponto 6.4.2.), elaborou-se o catálogo de recursos potenciais, agrupados de acordo com três tipos de recursos e tendo como referência o modelo de quadro indicado em Alves e Redondo (1999):

- Recursos Disponíveis Permanentemente;
- Recursos Disponíveis em Situações Especiais;
- Recursos Disponíveis e Mobilizáveis em Situações de Urgência.

Assim, o Quadro 2 apresenta a tipologia do catálogo de recursos humanos e materiais disponíveis de acordo com Alves e Redondo (1999), enquanto que no Quadro 3 apresenta-se a distribuição das camas, macas e ventiladores pelas diferentes áreas. No Quadro 4 faz-se a categorização dos recursos humanos disponíveis permanentemente, no que diz respeito a médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos e administrativos.

Em relação ao equipamento disponível nos serviços que pode ser mobilizado para o atendimento das vítimas nas diferentes áreas, remete-se para a consulta das listas de inventariação dos equipamentos apresentada no Anexo I, a qual faz parte integrante do catálogo de recursos materiais.

Quadro 2. Tipologia do catálogo de recursos humanos e materiais disponíveis, segundo Alves e Redondo (1999).

	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS DISPONÍVEIS		
	PERMANENTEMENTE	EM SITUAÇÕES ESPECIAIS	EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA
HUMANOS	Todos os postos de trabalho Empresas contratadas	Funcionários em prevenção	Pessoal de saúde da área do hospital
CAPACIDADE HOSPITALAR	Camas de internamento Blocos Operários	Áreas habitualmente não destinadas a internamento	Possíveis zonas de expansão na área do hospital
AUTONOMIA DOS SERVIÇOS	Disponibilidade de: Serviço Farmacêutico Serviço de Sangue Gases medicinais Material médico Rouparia Electricidade e Água Alimentos	Informações sobre os fornecedores habituais Lista de dadores de sangue	Na área do hospital: Farmácias Indústrias farmacêuticas Casas comerciais de material médico Supermercados e armazéns
RECURSOS TÉCNICOS	Material cirúrgico Aparelhos de radiologia Sistemas de esterilização Ventiladores	Existências nos armazéns Fornecedores habituais	Alternativas aos fornecedores habituais
SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO	Central telefónica Telefones directos Telefones celulares Intercomunicadores Rádio Telex Fax	Mensageiros	Radioamadores Emissoras de rádio
MEIOS DE TRANSPORTE	Ambulâncias do hospital Heliportos Zonas de parques Acessos	Ambulâncias habitualmente contratadas Heliportos e parques nas redondezas	Empresas privadas Bombeiros voluntários Forças de Ordem

Quadro 3. Levantamento das camas, macas e ventiladores por serviços.

SERVIÇO		Camas	Macas	Ventilador
Bloco A Piso 0	- SU	4	5	1 portátil
Bloco B Piso 2	- Especialidades:		2	
	. Gastroenterologia	9		
	. Oftalmologia	6		
	. ORL	9		
Piso 3	- Medicina II:	10	1	
	- Unidade de cuidados anestésicos			
	- Cirurgia I:			
	. Cirurgia geral	18	1	1 portátil
	. Urologia	3		
	. Cirurgia Vascular	3		
	- Cirurgia II:			
	. Cirurgia geral	18	2	
	. Urologia	3		
	. Cirurgia Vascular	3		
Piso 4	- Medicina I:		2	
	. Medicina Interna	17		
	. Pneumologia	3		
	. Neurologia	3		
	. Nefrologia	3		
	. Dermatologia	1		
	. Oncologia	3		
	- Medicina II:		2	
	. Medicina Interna	17		
	. Pneumologia	3		
	. Neurologia	3		
	. Nefrologia	3		
	. Dermatologia	1		
	. Oncologia	3		
Bloco B Piso 5	- Cardiologia	15	1	1 portátil
	. Unidade intermédia	2		
	. UCIC	4	1	1 fixo
	- Pediatria	12		
	. Neonatologia	8		
	. Isolamento	1		
Bloco C	- UCIP	5	2	5 fixos + 1 portátil
Piso 3	- Ortopedia:	11	2	
	. Estomatologia	3		
Piso 2	- Obstetrícia	18	3	
	. Ginecologia	6		
	. Bloco de partos	4		
	- BO (com 3 salas)			3 fixos
Piso 1	- Oncologia Médica	4		
Piso 0	- Consulta Externa		1	
Piso 1	- Hemodiálise		1	
TOTAL		239	26	4 portáteis + 9 fixos

Quadro 4. Categorização dos recursos humanos disponíveis permanentemente: M- Médicos; E- Enfermeiros; Au- Auxiliares; T- Técnicos; Ad- Administrativos.

	Pessoal															Horário
Serviço	Turno da Manhã					Turno da Tarde					Turno da Noite					
	M	E	Au	T	Ad	M	E	Au	T	Ad	M	E	Au	T	Ad	
Urgência	5	5	3	-	2	4	6	4	-	2	2	3	1	-	1	24-24h
Laboratório de Cardiologia	-	-	1	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1 *	-	* Nota 1
Esterilização	-	3	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-18h
Lavandaria e Costura	-	-	14	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	8-20h
Núcleo Formação Permanente e Biblioteca	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9-16h
Pediatria e Neonatologia	5	6	3	1	1	1	3	3	1	-	1	2	2	-	-	24-24h
Cardiologia e UCIC	3	6	4	-	1	-	3	3	-	-	-	3	2	-	-	24-24h
Medicina I	5	6	3	-	2	-	3	2	-	-	-	2	1	-	-	24-24h
Medicina II		5	3	-		-	3	2	-	-	-	2	1	-	-	24-24h
Cirurgia I	6	5	3	-	2	-	2	2	-	-	-	2	1	-	-	24-24h
Cirurgia II		4	3	-		-	2	2	-	-	-	2	1	-	-	24-24h
BO	5	8	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Anestesia e Unidade de Cuidados Anestésicos	-	2	1	-		-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina III	1	3	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	24-24h
Imagiologia	4	-	4	7	3	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	8-24h
Gastroentologia	3	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Especialidades	-	4	3 *	-	1	-	3	3 *	-	-	-	2	1	-	-	copeiras 24-24h
Consulta Externa - Ginecologia	* 1	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Consulta Externa - Pediatria	* 1	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-18h
Consulta Externa - ORL	3	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-17h
Assistência Social	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9-17h
Portaria	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	7-20h
Cozinha	-	-	8	3	2	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	7-20h

Farmácia	-	-	2	8	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9-16h
Informática	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9-16h
Deslocação de Doentes	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Ortopedia	2	3	2	-	1	-	2	1	-	-	-	2	1	-	-	24-24h
UCIP	1	4	5	-	1	-	3	2	-	-	-	3	1	-	-	24-24h
Obstetrícia e Ginecologia	6	5	5	-	2	1	3	3	-	-	1	3	2	-	-	24-24h
Fisioterapia	-	-	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Reabilitação e Função Respiratória	3	6	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16:30h
Hemato Oncologia - Hospital de Dia	1	3	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Chefe Serviços Gerais	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
CCIH	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Reprografia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Secção Pessoal	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Contabilidade	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Portaria	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Arquivo	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Adictologia	1	3	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8-19h
Telefonistas	-	-	-	2	-	-	-	2 *	-	-	-	-	-	-	1	* a partir das 17h
Aprovisionamento	-	-	8	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
SIE	-	-	9	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Serviço Imunohemoterapia	1	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-17h
Nefrologia/Diálise	2	5	3	-	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	8-24h (2ª a sáb)
Laboratório Patologia Clínica	3	-	3	7	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	8-24h
Consulta Externa	7	8	3	2	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-18h
Anatomia Patológica	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Psicologia/Medicina Legal	-	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Motoristas	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Morgue	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
Nutrição/Dietética	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8-16h
TOTAL	75	106	65	72	66	7	39	46	3	2	4	26	15	2	1	8-16h

Nota 1: Técnico de prevenção das 16-08h (2ª a 6ª) e das 00-08h (fins-de-semana e feriados)

6.4. ACTIVAÇÃO DO PEE

Uma das tarefas desenvolvidas pela CC do HSEAH-EPE foi a criação do Gabinete de Crise, que em caso de acidente grave ou catástrofe é o verdadeiro organismo de comando do Hospital.

O GC é activado independentemente do Nível e no momento em que achar oportuno tem a capacidade e o poder de alterar ou finalizar a aplicação do Plano.

Relativamente às comunicações, o Hospital possui linhas fixas independentes da central telefónica e em caso de activação do PEE recorre-se ao uso das mesmas.

6.4.1. GABINETE DE CRISE

Este gabinete é o órgão máximo em caso da ocorrência de acidente grave ou catástrofe, recebe as informações de todos os sectores 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 ao Hospital. Tem como local de actuação o gabinete do Presidente do CA.

De acordo com o Fluxograma A da Figura 10, o GC é composto por:

- O Gabinete do Comando (a funcionar no gabinete do Presidente do CA e no gabinete do Administrador Delegado) de que é responsável o Presidente do CA;
- O Sub-Gabinete Operacional inclui o Chefe de Equipa do SU e o Enfermeiro Chefe do SU;

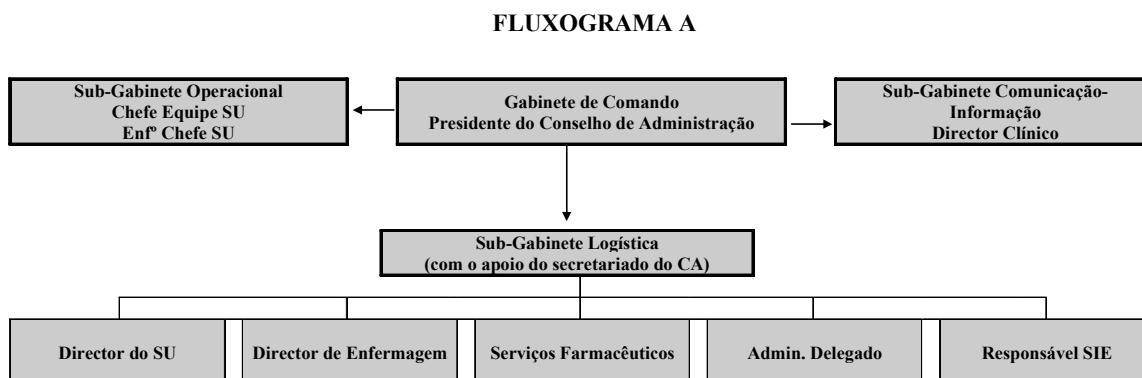


Figura 10. Fluxograma A: composição do Gabinete de Crise.

- O Sub-Gabinete de Comunicação e Informação é composto e funciona no gabinete do Director Clínico;
- O Sub-Gabinete de Logística inclui o Director do SU, o Director de Enfermagem, os Serviços Farmacêuticos, o Administrador Delegado e o Responsável pelo SIE.

Cada elemento que integra os sub-gabinetes é responsável pela activação e articulação dos respectivos grupos de apoio pré-definidos, conforme indicado na Figura 11.

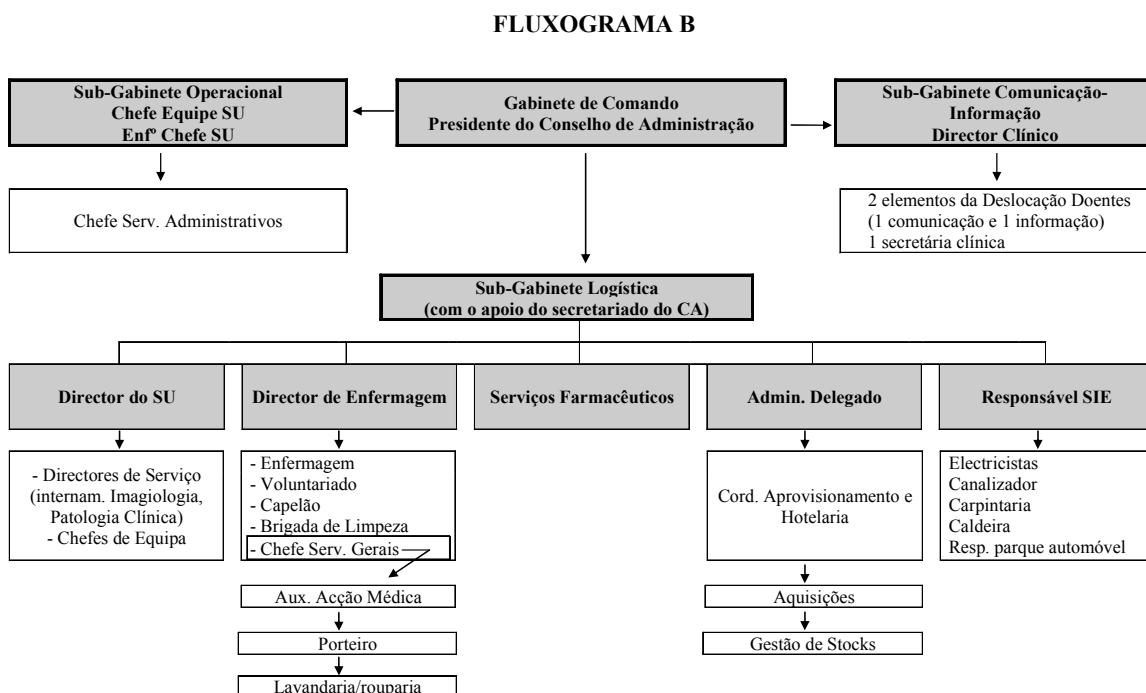


Figura 11. Fluxograma B: elementos e grupos de apoio que integram sub-gabinetes.

6.4.2. SISTEMA DE ACTIVAÇÃO

O sistema de activação compreende três fases:

Fase de Alerta: qualquer que seja o meio utilizado na comunicação da existência de catástrofe externa ao hospital, esta deve ser comunicada de imediato à telefonista, que procede ao registo do Modelo 1, logo após comunicar o evento ao chefe de equipa do SU ou Director do mesmo serviço. Este, por sua vez, procede ao preenchimento do registo do Modelo 2, mediante a confirmação do acontecimento através do SRPCBA, via rádio que existe neste Serviço, telefone ou outra forma.

O SRPCBA é a entidade que comunicará, via telefone, a ocorrência de catástrofe ao Chefe de Equipa do SU e, em caso deste estar ocupado, comunicará a quem atender o telefone, como primeiro recurso, e como segundo recurso, via rádio ou via estafeta. Refira-se que no Nível III (ver abaixo), independentemente da hora a que ocorra a catástrofe, a activação da PSP e dos CSAH e CSPV, é também da responsabilidade do SRPCBA.

Seguidamente, o chefe de equipa deve colher informação sobre o tipo de situação, estimativa do número de vítimas, hora prevista de chegada, entre outras, para posterior determinação do Nível a activar.

De salientar a obrigatoriedade do rádio do SU permanecer unicamente no Canal BVAH e, se for necessário contactar via rádio os Centros de Saúde, deverá ser solicitada autorização à Estação Açor.

Com base na informação recolhida, o chefe de equipa convoca do GC e avança para a fase de Alarme.

Fase de Alarme: o GC reúne-se na sala de reuniões do CA, onde serão organizadas e coordenadas todas as acções dirigidas à resolução deste acontecimento, de acordo com o Nível declarado, incluindo a imediata disponibilização do médico para o Centro Coordenador, cuja localização é da responsabilidade do SRPCBA.

De acordo com a catástrofe ocorrida, a resposta hospitalar consta de três Níveis (I, II e III), cabendo unicamente ao chefe de equipa, ou médico mais graduado do SU, a autoridade para a activação e ou alteração do Nível adequado à resposta do Hospital, dando de imediato conhecimento ao Presidente do CA e, na sua ausência, à Direcção Clínica e, na ausência de ambos, ao Director do SU. Os três níveis referidos são:

Nível I: mobiliza os meios permanentemente disponíveis (e.g. pessoal de serviço), reorganizando os meios humanos e materiais existentes. Este Nível deverá estar estruturado de forma a verificar-se uma interferência mínima na actividade normal do hospital;

Nível II: é uma extensão do Nível I e prepara o hospital para receber um maior número de vítimas. Esta resposta conta com os meios activáveis em situações especiais (e.g. os recursos humanos em prevenção). Preparam-se a UCIP, Blocos Operatórios, Centros de Informação e outras áreas especializadas. Deve-se organizar e orientar a localização e mobilização de pessoal, derivação de doentes, ampliação do hospital e informação às autoridades sanitárias;

Nível III: é uma extensão do Nível II e prepara o hospital 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 ao hospital, designadamente das FAA, BA4, RG1, CMPC, SRPCBA, CVP, ESEnfAH (instalações e alunos dos 3º e 4º anos), CSAH e CSPV.

Fase de Execução: o GC notifica as diferentes áreas do Hospital da situação em que este se encontra, dando instruções para a execução dos aspectos de emergência externos específicos para cada área.

Afim de facilitar a operacionalidade da activação do PEE e da reorganização dos recursos existentes, estabeleceu-se dois períodos chaves de acordo com os respectivos horários:

- 08h30m às 20h30m;
- 20h30m às 08h30m.

Independentemente do Nível, as utentes de obstetrícia não vítimas de trauma seguem o seu circuito instituído, de admissão directa no serviço de Obstetrícia/Ginecologia.

6.4.2.1 Activação do Nível I e Respectiva Organização Assistencial

Como referido, neste nível mobilizam-se os meios permanentemente disponíveis, reorganizando os meios humanos e materiais existentes e este nível deverá estar estruturado de forma a verificar-se uma interferência mínima na actividade normal do hospital (ver Quadros 5 a 7).

Assim, entre as 08h30m e as 20h30m:

- **Verdes:** as vítimas, adulta e pediátrica, serão atendidas nos Balcões do SU;
- **Vermelhas:** as vítimas, adulta ou pediátrica, serão atendidas na Sala de Emergência (Anexo II);
- **Amarelas:** as vítimas adultas serão atendidas nos dois SO; as vítimas de Pediatria serão atendidas no respectivo SO, dotado com duas rampas de O₂ (Anexo III).

Entre as 20h30m e as 08h30m:

- a triagem primária é assegurada, dentro das instalações do SU, pelo médico que atenderá às vítimas verdes e com o apoio do pessoal referenciado no Quadro 6;
- **Verdes:** as vítimas, adulta e pediátrica, serão atendidas nos respectivos Balcões (Anexo IV);

Quadro 5. Mobilização dos recursos humanos dos vários Serviços para o SU: Nível I (08h30m-20h30m); ENF.- Enfermeiros; AAM- Auxiliares de Acção Médica; ADM.- Administrativos.

SERVIÇO	MÉDICOS	ENF.	AAM	ADM.	SEGURANÇA	PORTEIROS
SU	4	4	3	2	1	1
Pediatria		1	1			
Cardiologia		1	1			
Medicina I		1	1			
Medicina II		1	1			
Cirurgia I		1	1			
Cirurgia II		1	1			
Ortopedia		1	-			
UCIP		-	1			
Especialidades		1	1			
Obstetrícia		1	1			
Nefrologia		1	1			
Medicina III		1	1			
Total	4	15	14	2	1	1

Nota: Esta mobilização só é feita se a mesma não puser em causa os cuidados mínimos indispensáveis ao normal funcionamento dos serviços

Quadro 6. Mobilização dos recursos humanos dos vários Serviços para o SU: Nível I (20h30m-08h30m); ENF.- Enfermeiros; AAM- Auxiliares de Acção Médica; ADM.- Administrativos.

SERVIÇO	MÉDICOS	ENF.	AAM	ADM.	SEGURANÇA	PORTEIROS
SU	2	2	1	1	1	1
Pediatria		-	1			
Cardiologia		1	-			
Medicina I		1	-			
Medicina II		1	-			
Cirurgia I		1	-			
Cirurgia II		1	-			
Medicina III		-	-			
Ortopedia		1	-			
UCIP		-	-			
Especialidades		1	-			
Obstetrícia	1	1	-			
Total	3	10	2	1	1	1

Nota: Esta mobilização só é feita se a mesma não puser em causa os cuidados mínimos indispensáveis ao normal funcionamento dos serviços

Quadro 7. Distribuição de vítimas e pessoal por áreas: Nível I (08h30m-20h30m e 20h30m-08h30m). ENF.- Enfermeiros.

		08h30m-20h30m				20h30m-08h30m			
Zona Triagem A		1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Administrativo				Não há equipa para assegurar esta triagem			
Zona Triagem B		1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Administrativo				1 Médico (dentro do SU)			
		Vítimas	Médicos	ENF.	AAM	Vítimas	Médicos	ENF.	AAM
Área vermelha	Adulto ou Pediatria	1	1 Chefe Equipa e Coordenador ou Pediatra*	2	1	1	1	2	1
Área amarela	Adulto	3	1 Coordenador	1 Coordenador	1	1	0	0	0
	Pediatria	2	Pediatra*	1 Coordenador	1	0			
Área verde	Adulto		1 Coordenador	1 Coordenador			1		
	Pediatria		Pediatra*						

*A ser contactado para o Serviço de Pediatria pelo Médico chefe de equipa, afim de assegurar o atendimento pediátrico na Urgência

- **Vermelhas:** as vítimas adultas serão atendidas na Sala de Emergência. Se der entrada uma vítima vermelha pediátrica, será activado o Nível II, na medida em que a partir das 20h30m não existe pediatra em presença física (Anexo IV);
- **Amarelas:** em caso da existência de vítimas amarelas além de uma vítima vermelha, passar-se-á do Nível I para o Nível II, na medida em que a partir das 00h00m apenas estão escalados dois enfermeiros e dois médicos (Anexo V);
- **Pretas:** vítimas serão orientadas para a casa mortuária.

As transferências dos doentes serão asseguradas pelos respectivos prestadores de cuidados.

6.4.2.2. Activação do Nível II e Respectiva Organização Assistencial

Sendo uma extensão do Nível I, o Nível II prepara o Hospital para receber um maior número de vítimas, cuja resposta conta com os meios activáveis em situações especiais (e.g. os recursos humanos em prevenção). Para além da preparação de várias áreas especializadas, deve-se organizar e orientar a localização e mobilização de pessoal, derivação de doentes, ampliação do hospital e informação às autoridades sanitárias (ver Quadros 8 a 10).

A transferência dos doentes da zona vermelha e da zona amarela será assegurada por duas equipas, cada uma constituída por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de acção médica, a serem destacados do núcleo de reserva.

Assim, entre as 08h30m e as 20h30m:

- **Verdes:** as vítimas serão orientadas e atendidas na Consulta Externa (incluindo pediatria);
- **Vermelhas:** as vítimas adultas serão atendidas na sala de Emergência e 1º SO do SU (Anexo VI), e os recursos humanos a intervir na área vermelhas são em primeira linha aqueles que habitualmente aí trabalham; as vítimas pediátricas serão atendidas no SO de Pediatria (Anexo VI); a transferência destes doentes será realizada pelo elevador nº 8, junto à telefonista, no 2º piso;
- **Amarelas:** as vítimas adultas serão orientadas e atendidas no Serviço de Medicina III (capacidade de recepção até dez vítimas a necessitarem de oxigenoterapia) (Anexo VII); as vítimas pediátricas serão orientadas e atendidas no serviço de Fibroscopia (Anexo VIII).

Entre as 20h30m e as 8h30m:

- **Verdes:** as vítimas serão atendidas nos balcões 1, 2, 3 e pediátrico do SU;
- **Vermelhas:** as vítimas adultas serão atendidas na sala de emergência do SU e a vítima pediátrica no respectivo SO (Anexo IX), com capacidade de recepção de duas vítimas a necessitarem de O₂; os recursos humanos a intervir nesta área serão os que habitualmente trabalham nos respectivos serviços e em caso de recrutamento adicional de elementos, respeitar o mesmo critério; a transferência destes doentes será realizada preferencialmente pelo elevador nº 3 localizado junto ao Serviço de Obstetrícia (2º piso) e, caso seja necessário, têm o apoio da Sala Operatória do Bloco de Partos;

Quadro 8. Mobilização de recursos humanos para apoio aos diferentes serviços: Nível II (08h30m-20h30m). ENF.- Enfermeiros; AAM- Auxiliares de Acção Médica; ADM.- Administrativos; SEG.- Segurança; PORT.- Porteiros.

SERVIÇO	MÉDICOS		ENF.		AAM		ADM.	SEG.	PORT.
	Presença Física	Prevenção	Presença Física	Prevenção	Presença Física	Prevenção			
SU	4		4		3		2	1	1
Pediatria	1 (Neonatalogia)	1	1		1				
Cardiologia		1	1		1				
Medicina I			2		1				
Medicina II		1	2		1				
Cirurgia I		2	1		1				
Cirurgia II			1		1				
Ortopedia		1	1						
UCIP		1	1		1				
Especialidades			1		1				
Anestesia/Unidade de Cuidados Anestésicos		1							
Nefrologia		1	1	1	1				
Medicina III									
Cirurgia Vascular		1							
Urologia		1							
Gastroenterologia		1		1					
Obstetrícia	1		1	1					
Oftalmologia		1							
ORL		1							
Estomatologia		1							
Hemato-Oncologia		1							
Pneumologia		1							
Neurologia		1							
Evacuações		1		1		1			
Laboratório Patologia Clínica		1							
Radiologia		1							
Anestesia		1		1		1			
BO				2		1			
Psiquiatria		1							
Sub Total	6	23	17	7	12	3	2	1	1
Total	29		24		15		2	1	1

Nota: As prevenções de ENF. e AAM têm início a partir das 16 horas

Quadro 9. Mobilização de recursos humanos para apoio aos diferentes serviços: Nível II (20h30m-08h30m). ENF.- Enfermeiros; AAM- Auxiliares de Acção Médica; ADM.- Administrativos; SEG.- Segurança; PORT.- Porteiros

SERVIÇO	MÉDICOS		ENF.		AAM		ADM.	SEG.	PORT.
	Presença Física	Prevenção	Presença Física	Prevenção	Presença Física	Prevenção			
SU	2		2		1		1	1	1
Pediatria	1 (Neonatalogia)	1							
Cardiologia		1	1						
Medicina I			1						
Medicina II		1	1						
Cirurgia I		2	1						
Cirurgia II			1						
Ortopedia		2	1						
UCIP		1	1						
Especialidades			1						
Nefrologia		1		1					
Medicina III									
Cirurgia Vascular		1							
Urologia		1							
Gastroentologia		1		1					
Obstetrícia	1	2	1	1					
Oftalmologia		1							
ORL		1							
Estomatologia		1							
Hemato-Oncologia		1							
Pneumonologia		1							
Neurologia		1							
Evacuações		1		1		1			
Laboratório Patologia Clínica		1							
Radiologia		1							
Anestesia/Unidade de cuidados anestésicos		1		1		1			
BO				2		1			
Psiquiatria		1							
Sub Total	4	25	11	7	1	3	1	1	1
Total	29	18	4	1	1	1	1	1	1

Quadro 10. Distribuição de vítimas e pessoal por áreas: Nível II (08h30m-20h30m e 20h30m-08h30m).

		08h30m-20h30m							20h30m-08h30m						
Zona Triagem A		1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Administrativo							1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Administrativo						
Zona Triagem B		1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Administrativo							1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Administrativo						
		Víti- mas	Médicos		ENFERMEIROS		AAM		Víti- mas	Médicos		ENFERMEIROS		AAM	
Área vermelha	Adulto	4	4	1 Coordenador	8	1	4	1 Responsavel	2	2	1	4	1	1 Responsavel	
	Pediatria	2	2 Pediatra		4	Coordenador	1		1	1 1 Pediatra	Coordenador	2	Coordenador	1	
Área amarela	Adulto	15	5	1 Coordenador	5	1 Coordenador	5	1 Responsavel	12	4	1 Coordenador	4	1 Coordenador	1 Responsavel	
	Pediatria	6	1 Coordenador Pedi- tra + 1 Pedia- tra	1	2	1 Coordenador	1		3	1 1 Pediatra		1	1 Coordenador	1	
Área verde	Adulto		2	1 Coordenador	1					2	1	1 Coordenador			
	Pediatria		1							1					
Reserva			5		1		2			14		4		0	

Nota: o pessoal de Reserva foi calculado tendo em conta os recursos humanos indicados nos quadros 8 e 9.

- **Amarelas:** as vítimas adultas serão orientadas e atendidas no Serviço de Medicina III, ficando a sala 1 reservada para o atendimento pediátrico (Anexo X);
- **Pretas:** estas vítimas (falecidas no circuito intra-hospitalar) serão encaminhadas para a casa mortuária, procedendo-se à notificação do Delegado de Saúde e serão, posteriormente, transportadas para local a designar (cf. Plano Municipal de Emergência).

6.4.2.3. Activação do Nível III e Respectiva Organização Assistencial

O Nível III, sendo uma extensão do Nível II, prepara o Hospital 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, e este nível poderá exigir a solicitação de recursos externos ao Hospital, como é o caso das Forças Armadas, SRPCBA e Centros de Saúde da ilha.

Neste contexto, os Quadros 11 e 12 indicam os recursos humanos disponíveis e a contactar e/ou a mobilizar conforme as necessidades, devendo todos deslocarem-se para o Ponto de Encontro, localizado na ESEnfAH. No Quadro 13 apresenta-se, para este nível, a distribuição de vítimas e pessoal por áreas.

Quadro 11. Pessoal pertencente ao quadro do HSEAH-EPE.

Enfermeiros	Médicos	AAM
259	115	288

Quadro 12. Recursos humanos a serem contactados e a deslocarem-se para o Ponto de Encontro, localizado na ESEnfAH, no caso de activação do Nível III.

	08h30-08h30	
	Presença Física	Total Disponíveis
Enfermeiros	26	132
Médicos	37	78
AAM	15	129

Quadro 13. Distribuição de vítimas e pessoal por áreas: Nível III.

		08h30m-08h30m						
Zona de Triagem A		1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 AAM, 1 Administrativo						
Zona de Triagem B		1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 AAM, 1 Administrativo						
		Vítimas	Médicos		Enfermeiros		AAM	
Zona Vermelha	Adulto	9	9	1	18	1	8	1
	Pediatria	2	2 Pediatras	Coordenador	4	Coordenador	2	Responsavel
Zona Amarela	Adulto	40	15	2 Médicos Coordenadores	49	2 Coordenadores	15	2 Responsáveis
	Pediatria	8	1 Médico 1 Pediatra	1 Pediatra Coordenador	4	1 Coordenador	4	1 Responsavel
Total *		59	34 *		81 *		35 *	
Reserva	08h30-08h30		77		132		127	

Nota: os valores indicados para a Reserva têm em conta a diferença de efectivos entre os recursos humanos indicados nos quadros 4 e 13 referentes ao turno da noite; * total indicado inclui os elementos da triagem (zonas A e B).

Assim, para este nível:

- **Verdes:** as vítimas serão orientadas e atendidas no CSAH e CSPV, independentemente da hora em que ocorra a catástrofe (incluindo pediatria);
- **Vermelhas:** todas as vítimas serão atendidas em toda a área do SU (Anexo XI); a transferência destes doentes será realizada pelo elevador nº 8 junto à telefonista, no 2º piso;
- **Amarelas:** as vítimas adultas serão encaminhadas primeiramente para a Medicina III (Anexo XII) e, posteriormente (e.g. 2ª linha), para o Serviço de Endoscopia Gástrica (Anexo XIII); as vítimas pediátricas serão encaminhadas para o Serviço de Endoscopia Brônquica (Anexo XIII);
- **Zona Cinzenta:** será criada uma zona cinzenta na sala de espera do SU, onde permanecerão as vítimas de “escassa reversibilidade”, que serão tratadas, ou não, em função da capacidade e assistência às vítimas com maior viabilidade; esta área não tem dotação específica de material;

- **Pretas:** estas vítimas (falecidas no circuito intra-hospitalar) serão encaminhadas para a casa mortuária, procedendo-se à notificação do Delegado de Saúde e serão, posteriormente, transportadas para local a designar (cf. Plano Municipal de Emergência).

As transferências dos doentes serão asseguradas por equipas cada uma das quais constituída por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de acção médica, recrutados do núcleo de reserva e têm o apoio da Sala Operatória do Bloco de Partos.

6.4.2.4. Transferência Hospitalar Total ou Parcial

No caso das instalações do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo serem consideradas limitadas ou inoperacionais existe um acordo de inter-ajuda com as Forças Armadas, tendo por base um esboço de protocolo de colaboração entre o HSEAH-EPE e o RG1 (cf. Apêndice A). Ainda, como segunda alternativa, estão em curso negociações, lideradas pelo COA, para a celebração de idêntico acordo com a BA4, cujos principais meios disponíveis são sucintamente apresentados no Apêndice B.

6.4.3. MODELO DE TRIAGEM DE PRIORIDADES

A partir do momento em que se dá a activação do PEE do HSEAH-EPE, todos os doentes admitidos no Hospital, envolvidos ou não na ocorrência, serão alvo de um processo específico de triagem segundo prioridades (e.g. Triagem de Manchester) conforme Modelo 3 (Apêndice C).

O processo de triagem, constituído por duas equipas (Equipa **A** e a Equipa **B**) decorrerá tendo em conta:

A) Local

A Equipa **A** ficará localizada no posto de triagem, localizado à direita e antes da entrada na área hospitalar, junto ao muro. Esta equipa utilizará todos os processos clínicos e a folha de registos Modelo 4 (Apêndice C), usando apenas números ímpares. Dependendo das condições atmosféricas, funcionará ou não em tenda, que será disponibilizada e montada pela Cruz Vermelha Portuguesa.

A Equipa **B** ficará localizada no exterior, à porta do SU situada no parque automóvel e próximo do gabinete de admissão de doentes, e é responsável apenas pela triagem das vítimas transportadas nas ambulâncias. Esta equipa utilizará todos os processos clínicos e a folha de registos Modelo 5 (Apêndice C), usando apenas números pares. Uma vez

que todas as vítimas transportadas em ambulância são portadoras do cartão de triagem realizada no pré-hospitalar, o triador terá de escrever, com marcador, um número “par”, no verso do cartão de triagem pré-hospitalar, no espaço destinado a “Nº do Processo”.

B) Quem

Cada equipa é constituída por um médico com experiência em emergência, com a colaboração de um enfermeiro com formação em triagem e um administrativo.

No Nível III a equipa é reforçada com um AAM, enquanto que no Nível I das 20h30 às 08h30, a triagem é realizada apenas por 1 médico e dentro do SU.

C) Circuito das Vítimas

Todas as vítimas, e os doentes que normalmente acorrem ao Hospital, seguem pela entrada principal, em viaturas civis e respeitando o fluxo unidireccional indicado nos mapas de circuitos (ver Anexos XIV, XV, XVI, XVII e XVIII), sendo sujeitas à triagem pela Equipa **A**.

Todas as ambulâncias têm entrada imediata, entregam as vítimas na porta do SU localizada no parque automóvel, próximo do gabinete de admissão de doentes, e a triagem destes doentes será realizada pela Equipa **B**, como referido anteriormente, que os orientarão para as respectivas áreas. A deslocação destes doentes será garantida por seis AMM, que cumprirão as instruções da Equipa **B**.

No caso da catástrofe acontecer de noite, deverão existir pontos de tomada de energia eléctrica (colocados estrategicamente na face interna da parede junto à qual se procederá à triagem), bem como iluminação fornecida por dois projectores fixos e, em caso de ausência de energia eléctrica, por projectores com autonomia.

No parque junto ao SU deverão existir igualmente 4 projectores fixos nos seguintes locais:

- sobre a cobertura do SU;
- sobre a cobertura do edifício da diálise;
- sobre a cobertura do edifício das instalações e equipamentos;
- na parede do edifício do aprovisionamento.

6.4.3.1. Processo Clínico

O processo clínico de todas as vítimas está previamente numerado, sendo de 1 a 100 para adultos e de 101 a 150 para vítimas pediátricas, e independentemente da numeração

atribuída à vítima no pré-hospitalar ser-lhe-á atribuída a numeração referente ao respectivo processo clínico. Os processos deverão estar separados em dois *Kits* no material de triagem, de acordo com a sua numeração: os processos ímpares destinados à equipa **A** e os pares à equipa **B**.

O processo é constituído por:

- Cinco Pulseiras, de material impermeável, nas cores Verde, Amarela, Vermelha, Cinzenta e Preta;
- Modelo 3 (Apêndice C) – Triagem primária;
- Modelo 6 (Apêndice C) – Triagem secundária;
- Modelo 7 (Apêndice C) – Folha de registos;
- duas Requisições de ECG;
- duas Requisições de análises diversas;
- duas Requisições de hemograma, bioquímica e tempos de coagulação;
- uma Requisição de sangue e componentes;
- três Requisições de Raios-X convencional.

Todas as requisições são internas e de uso corrente do HSEAH-EPE.

6.4.3.2. Registos de Sector

Cada sector terá uma folha de registo geral (Modelos 8, 9, 10, 11 e 12 – Apêndice C).

6.4.3.3. Tratamento de Dados

Logo que possível, proceder-se-á ao tratamento de dados, por um administrativo a designar pelo GC, recorrendo ao devido preenchimento do Modelo 13 (Apêndice C).

6.4.4. CONTACTOS DE EMERGÊNCIA

O Quadro 14, abaixo, apresenta uma listagem dos principais contactos de emergência em caso de activação do PEE.

Quadro 14. Principais contactos de emergência.

Instituição: <u>Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores</u>			
Morada: Vale de Linhares; São Bento; 9700-854 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 401 400	295 401 451	srpcba@azores.gov.pt	http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srcte-srpcba/
Pessoa a contactar: Eng. Pedro Carvalho (Inspector Regional)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
	918 821 671	pedro.fc.carvalho@azores.gov.pt	

Instituição: <u>Centro Municipal de Protecção Civil de Angra do Heroísmo</u>			
Morada: Praça Velha; 9701-857 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 212 131	295 212 107	geralcmah@mail.telepac.pt	http://www.cm-ah.pt
Pessoa a contactar: Dr. André Vasconcelos (Coordenador)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
	966 778 851 919 281 400	vasconcelosavelar@gmail.com	

Instituição: <u>Centro de Saúde de Angra do Heroísmo</u>			
Morada: Canada dos Melancólicos; 9701-869 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page
295 402 900	295 217 580	sras-csah@azores.gov.pt	
Pessoa a contactar: Dr^a Margarida Ferreira (Presidente do CA)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 402 913	916 341 487	csah@mail.telepac.pt	
Pessoa a contactar: Dr^a Fátima Vieira (Vogal Administrativa)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
209 402 912	916 340 788	vogaladmcsah@mail.telepac.pt	
Pessoa a contactar: Enf^a Ana Matos (Vogal de Enfermagem)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 515 170	916 341 593 969 426 569	amargaridadasilvamatos@hotmail.com	Telefone da residência

Instituição: <u>Centro de Saúde de Praia da Vitória</u>			
Morada: Rua Cidade de Artesia; 9760-586 Praia da Vitória			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:

295 545 000	295 545 099	srs-cspv@azores.gov.pt	
Pessoa a contactar: Dr^a Maria Meneses Ribeiro (Presidente do CA)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 545 010	966 562 234 913 454 001	maria.moribeirol@azores.gov.pt	
Pessoa a contactar: Enf. António Borges (Vogal de Enfermagem)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 545 011	912 099 864	antonioimm.borges@azores.gov.pt	

Instituição: <u>Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo</u>			
Morada: Canada dos Melancólicos; 9701-878 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 204 400	295 217 627		http://www.esencah.pt
Pessoa a contactar: Enf^o Norberto Messias (Director)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
	963 445 788	messias@uac.pt	

Instituição: <u>Polícia de Segurança Pública – 1^a Esquadra</u>			
Morada: Praça Dr. Sousa nº 1; 9700-070 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 212 022	295 628 545	pspangra@mail.telepac.pt	http://www.psp.pt
Pessoa a contactar: Comandante Pedro Almeida			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 212 022	927 430 612	pmalmeida@psp.pt	
Instituição: <u>Polícia de Segurança Pública – 2^a Esquadra</u>			
Morada: Largo do Conde nº 1; 9760-438 Praia da Vitória			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 545 480 295 545 484	295 545 488	agh2esq@rnpsp.psp.local	http://www.psp.pt
Pessoa a contactar: Subcomissário Manuel Filipe Pimenta Moutinho			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 545 481	969 845 160	mfmoutinho@psp.pt	Telefone directo do gabinete
Instituição: <u>Polícia de Segurança Pública – Esquadra dos Biscoitos</u>			
Morada: Caminho do Concelho nº 56; 9760-051 Biscoitos			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 908 710	295 989 222		http://www.psp.pt

Pessoa a contactar: Chefe Francisco Vieira			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
	962 021 495 969 976 928	capsul75@gmail.com	
Instituição: <u>Esquadra de Segurança Aeroportuária (ESA)</u>			
Morada: Aerogare Civil das Lages; Pedreiras; 9760-521 Praia da Vitória			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 512 021	295 542 683	cpangra@psp.pt	http://www.psp.pt
Pessoa a contactar: Chefe Humberto Goulart Martins			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
	969 845 150	hmartins@psp.pt	
Instituição: <u>Comando Local da Polícia Marítima da Praia da Vitória</u>			
Morada: Zona Industrial, Cabo da Praia; 9760-571 Praia da Vitória			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 542 500	295 542 502	capitania.pvitoria@marinha.pt	http://www.marinha.pt
Pessoa a contactar: Comandante Diogo Vieira Branco			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 542 500/1	912 344795	capitania.pvitoria@marinha.pt	Telemóvel do piquete
Instituição: <u>Destacamento Territorial de Angra do Heroísmo (GNR)</u>			
Morada: Rua de Santo Espírito; 9700-178 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 206 970	295 206 978	gnr.bs.angra@gmail.com	http://www.gnr.pt
Pessoa a contactar: Sargento Ajudante José Roque			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 206 970	962 096 127	roque.jmna@gnr.pt	
Instituição: <u>Destacamento Territorial da Praia da Vitória (GNR)</u>			
Morada: Rua da Alfândega; 9760- 411 Praia da Vitória			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 545 380	295 545 388		http://www.gnr.pt
Pessoa a contactar: Comandante João Carlos Flores Silva Bretão			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
	961 196 136	bretão.jcfs@gnr.pt	

Instituição: <u>Cruz Vermelha Portuguesa</u>			
Morada: Rua da Rocha, nº 28; 9700-169 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 212 669	295 212 669	delegacao@cvpah.org	http://www.cvpah.org

295 212 204			
Pessoa a contactar: Comandante Octávio Teixeira			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 214 367	962 425 788	delegacao@cvpah.org	Telefone da residência

Instituição: <u>União de Rádio Amadores</u>			
Morada: Canada Nova; Santa Luzia; Apartado 140; 9702 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 628 869		cu3di@portugalmail.pt	
Pessoa a contactar: Pedro Pereira (Presidente da Direcção)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 828 869	967 183 327	cu3di@portugalmail.pt	Telefone da residência

Instituição: <u>Regimento de Guarnição nº 1</u>			
Morada: Castelo de São João Baptista; 9700-103 Angra do Heroísmo			
Telefone:	Fax:	E-mail geral:	Web page:
295 214 011 295 214 012	295 213 60	rg1@mail.exercito.pt	http://www.exercito.pt
Pessoa a contactar: Coronel José Abraços (Comandante)			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 214 011	961 203 720	rg1@mail.exercito.pt	
Pessoa a contactar: Tenente-Coronel Luís Silveira			
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:	Observações:
295 214 011	962 816 564	rg1@mail.exercito.pt	

6.4.5. PONTO DE ENCONTRO E RECRUTAMENTO DE PESSOAL

Os funcionários e as crianças filhas de funcionários terão como ponto de encontro a ESEnfAH. O Hospital assegura a presença de duas educadoras de infância no local, de modo a manterem a vigilância e entretenimento destas crianças. Cabe à CVP o fornecimento de colchões e roupa de cama.

O recrutamento do pessoal hospitalar é feito, preferencialmente, de acordo com a mobilização do turno seguinte àquele em que ocorreu a catástrofe e, se possível, sendo substituído de 6/6 horas. Findo este período, o pessoal dirige-se e permanece na ESEnfAH.

O recrutamento é feito por sectores, através de chamada da central telefónica, dirigindo-se os funcionários para a ESEnfAH, onde aguardam indicações por parte do Hospital. Por este

motivo, cada serviço mantém actualizadas as listas de contacto do seu pessoal, mantendo o original no serviço, o duplicado a cargo da CC e o triplicado na central telefónica.

O Hospital garante uma equipa formada por um AAM e um administrativo, que lidera a mesma, e que é responsável pelo registo de entradas e saídas em folha própria (Modelos 14, 15, 16 e 17 – Apêndice C).

Nos Níveis II e III o contacto entre o HSEAH-EPE e a ESEnfAH é feito preferencialmente através do elemento da URA, por telefone com linha directa, telemóveis e, em caso de impossibilidade, são destacados mensageiro(s).

Salienta-se o facto de se restringir ao máximo o uso do telefone e telemóvel pessoal por parte dos funcionários, não devendo os mesmos efectuar nenhuma ligação para o Hospital.

Em caso de colapso da central telefónica, será feito um apelo de recrutamento via rádio, através do RCA, RHA e URA, a todo o pessoal pertencente ao quadro do Hospital, bem como o pessoal outrora vinculado ao mesmo, sendo, neste último caso, de carácter voluntário.

6.4.6. PROPOSTA DE CIRCUITOS INTRA-HOSPITALARES

Familiares e outros visitantes têm de imediato, e até ordem superior em contrário, acesso condicionado. Para uma eficaz fluidez dos recursos materiais e humanos impõe-se regras quanto aos circuitos:

A) Elevadores

Os elevadores nº 2 e nº 8 ficarão reservados para uso exclusivo na transferência de vítimas amarelas e vermelhas.

Os doentes internados serão transferidos para a Hemato-Oncologia, Fisioterapia e Sector de Reabilitação da Função Respiratória pelos elevadores nº 3 e nº 4.

O elevador nº 5 está reservado a pessoal hospitalar e doentes da Diálise.

O elevador nº 7 está reservado exclusivamente ao transporte de cadáveres e material de limpeza.

B) Escadas

Em caso de impossibilidade do uso dos elevadores, a escadaria central funciona com fluxo bidireccional para o pessoal hospitalar e unicamente ascendente para vítimas vermelhas e amarelas.

As três escadas laterais dos serviços dos Blocos B e C funcionam apenas com fluxo descendente para doentes com alta, com ou sem familiares, ou para evacuar os doentes internados para os serviços atrás designados, enquanto que as escadas da Consulta Externa terão ambos os sentidos.

Os bombeiros procedem ao transporte dos doentes subindo pela escadaria central e descendo pelas escadas laterais.

As escadas da Consulta Externa terão fluxo bidireccional para pessoal hospitalar e doentes da Diálise.

Os familiares de vítimas e outros visitantes têm acesso proibido.

6.4.7. CIRCUITO SE NECESSÁRIO AMPLIAÇÃO HOSPITALAR

Os doentes internados e estabilizados são transferidos para a Hemato-Oncologia, Reabilitação, Fisioterapia e Função Respiratória com o objectivo de desbloquear vagas para as vítimas vermelhas e amarelas.

Estas áreas totalizam a capacidade de recepção de treze doentes a necessitarem de oxigenoterapia: quatro na Hemato-Oncologia, dois na Fisioterapia e no Sector de Reabilitação da Função Respiratória, dois na Cinesioterapia e cinco no Hospital de Dia.

Nesta situação também se encontram os doentes com alta mas com demora de saída.

Em caso de necessidade de ampliação do Hospital, a CVP procederá à montagem de uma tenda P20 (cuja aquisição por este Hospital está em estudo) no parque de estacionamento junto à Consulta Externa, salvaguardando os circuitos de fluxo automóvel.

O uso dos elevadores é idêntico ao estabelecido para o Nível II.

6.4.8. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Este serviço elaborou um conjunto de normativas a serem tidas em conta na sequência da activação de qualquer um dos Níveis, que são apresentadas no Anexo XIX.

6.4.9. SERVIÇO DE IMUNOHEMOTERAPIA

A disponibilidade de sangue e hemoderivados consta do Anexo XX, sendo responsabilidade deste serviço a mobilização dos dadores.

6.5. ORGANIZAÇÃO DO APOIO NÃO ASSISTENCIAL

A formação das diversas equipas e localização dos respectivos locais de funcionamento é fundamental para que tudo esteja programado de modo a facilitar a orientação e trabalho do pessoal, até à resolução da situação de catástrofe.

6.5.1. SERVIÇOS NÃO MÉDICOS

A) Lavandaria

Possui capacidade para fornecer, autonomamente, roupa adequadamente tratada a todo o Hospital

B) Cozinha

Estes serviços são assegurados ao HSEAH-EPE pela empresa Gertral. Caso, na activação dos Níveis II ou III, esta empresa não garanta a autonomia necessária, a ESJEA, que confecciona até duas mil refeições por hora, assegurará estes serviços, sendo então da responsabilidade do HSEAH-EPE a cedência dos géneros alimentícios.

6.5.2. ARMÁRIO DE CATÁSTROFE

Encontra-se em estudo o processo de aquisição e constituição do armário de catástrofe, de acordo com Anexo XXI, a localizar provavelmente no Gabinete de Enfermagem do SU.

6.5.3. IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DAS VÍTIMAS

Esta identificação é da responsabilidade da Equipa de Identificação, que será constituída por dois ou três administrativos nos Níveis II ou III, respectivamente, que pertençam ao Gabinete de Admissão de Doentes.

Tem como objectivo a recolha de dados que permitam a identificação de todas as vítimas admitidas no Hospital, evitando interferir com a assistência às mesmas.

Assim, deverão colher dados como: nome, apelido, domicílio, data de nascimento, número de telefone de familiares, entre outros dados importantes e de acordo com a capacidade de comunicação e ou documentos que acompanham a vítima.

Igualmente importante é conhecer o trajecto seguido pelas vítimas (cf. internamento, transferência de serviço ou hospital).

Logo que concluída a recolha individual destes dados, deverá ser imediatamente substituída a respectiva “identificação numérica”, atribuída durante a triagem primária.

Esta mesma Equipa de Identificação elabora listas actualizadas e entrega ao secretariado do Sub-Gabinete de Comunicação e Informação.

Sempre que possível, as tarefas serão efectuadas no próprio Gabinete de Admissão de Doentes.

6.5.4. GABINETE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Este gabinete funcionará em sala da Secção de Pessoal, no rés-do-chão do Bloco D e será comum aos Níveis II e III.

6.5.5. GABINETE DE ACOLHIMENTO E APOIO AOS FAMILIARES DAS VÍTIMAS

Este gabinete será comum aos Níveis II e III. O CMPC disponibiliza as instalações das oficinas da Câmara Municipal, situadas na Avenida Jácome de Bruges, para a instalação deste gabinete, mediante contacto prévio.

O Sub-gabinete de Comunicação do Hospital enviará ao Gabinete de Apoio às Vítimas, bem como ao SRPCBA, listas seriadas sobre a admissão e localização das vítimas (consoante o estado das mesmas), identificadas com o nome, BI ou outro documento de identificação. Neste Gabinete de Apoio, aquelas listas serão afixados por um elemento da equipa, a designar pelo Psiquiatra coordenador. Em caso de falha no sistema de comunicações, a emissão das referidas listas será assegurada por um elemento da URA.

Ainda no Gabinete de Apoio aos Familiares, o HSEAH-EPE garantirá a presença de uma equipa, liderada por um psiquiatra, dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois auxiliares de acção médica, um capelão, dois voluntários e um elemento da URA.

6.5.6. SALA DE AUTORIDADES

Funcionará na sala de reuniões do CA, no 1º piso do bloco D e será comum aos três níveis.

6.6. IMPLEMENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PEE

O sucesso do desencadear das actividades ao longo de uma real situação de catástrofe está directamente ligado ao treino de todas as pessoas intervenientes no teste do Plano.

A reduzida casuística de catástrofes nesta ilha justifica a necessidade de simulacros, treinos e cursos práticos, uma vez que a experiência real é insuficiente para fornecer o treino adequado devido à isenção do erro.

As rápidas e correctas respostas de uma estrutura complexa como o Hospital garantem-se unicamente pela validação do Plano através dos vários exercícios, implicando a envolvente e crescente motivação do seu pessoal. Apenas a validação das condições atrás referidas garante o desenvolvimento das competências e assimilação das acções a desenvolver durante a catástrofe e garante, por outro lado, que aqueles que nunca demonstraram interesse pela temática venham a conhecer o Plano.

Neste âmbito refira-se que o HSEAH-EPE participou, a convite do SRPCBA, no simulacro “Açor 92”, que decorreu entre 28 de Outubro e 1 de Novembro de 2009 e que pretendeu simular as situações ocorridas aquando do Furacão “Varadero” que afectou a ilha das Flores em 26 de Fevereiro de 1927. Para o efeito, foi considerado como cenário hipotético a ocorrência de um furacão, que atinge com maior intensidade a zona noroeste da ilha Terceira, resultando numa situação de multi-vítimas e procurando-se testar duas componentes importantes deste PEE: i) a gestão e operacionalidade das equipas de triagem A e B, e ii) a evacuação do parque automóvel para o Estádio João Paulo II, de modo a que as ambulâncias e viaturas de maior porte pudessem circular sem dificuldades.

Este simulacro permitiu ao HSEAH-EPE testar o plano apresentado no presente documento, bem como promover a respectiva harmonização com os planos de diferentes instituições envolvidas, nomeadamente a PSP, URA, CVP, Estádio João Paulo II, SRPCBA e CMPC. Ainda, os intervenientes neste simulacro demonstraram grande interesse, empenho e motivação para a dinâmica de implementação e actualização do PEE do HSEAH-EPE.

Por outro lado, cabe também à Comissão de Catástrofe, com o apoio do CA, a difusão do PEE a alvos estratégicos da comunidade, que potencialmente estão implicados no antes, durante e após activação, garantindo-se, deste modo, a boa coordenação e interligação entre os Planos Municipais de Emergência, Plano Regional de Protecção Civil e forças de segurança, entre outras.

A formação promovida pelo Hospital está adaptada à sua realidade e procede-se à sua definição tendo em conta o Catálogo de Riscos Potenciais.

Na medida em que não se pretende, nem é exequível, que todos os elementos implicados saibam todo o Plano de Emergência (Alves e Redondo, 1999), assume especial importância no domínio da respectiva implementação a elaboração dos “Cartões

de Acção” (ou “Cartões de Tarefa”), os quais sintetizam as acções a desempenhar por cada elemento, ou sector, hospitalar.

Acoplado a alguns cartões, existem documentos pertinentes para o cumprimento das respectivas funções. Tal facto justifica-se pelo ganho de tempo e diminuição da probabilidade de erro no início do desempenho das tarefas.

6.7. CARTÕES DE ACÇÃO

Os Cartões de Acção fazem parte do plano do sector onde cada elemento se encontra integrado e constituem peças importantes do Plano de Emergência Hospitalar. Neste contexto, apresenta-se de seguida os Cartões de Acção elaborados para o PEE do HSEAH-EPE.

Telefonista

Nota: acoplado e este cartão está o Modelo 1.

- Preenche o Modelo 1, logo que receba informação sobre a ocorrência da catástrofe;
- Dá prioridade às chamadas recebidas e solicitadas pelo Chefe do SU, Gabinete de Crise e CC;
- Procede à chamada de pessoal que lhe é solicitado;
- Informa funcionários que o ponto de encontro é na ESEnfAH e da obrigatoriedade de lá permanecerem;
- Recusa realizar chamadas telefónicas de assuntos particulares;
- Informa familiares e amigos de utentes que procuram a sua localização, da existência de:
 - Centro de Apoio e Acolhimento dos Familiares das vítimas, sediado nas Oficinas da CMAH, na Avenida Jácome de Bruges;
 - Listas seriadas da identificação das vítimas admitidas no Hospital.

Chefe de Equipa do SU

Nota: acoplado a este cartão está o Modelo 2.

- Preenche o Modelo 2;
- Contacta de imediato:
 - O Presidente do GC, ou seu substituto, e informa-o da activação do respectivo Nível;

- O Pediatra de serviço;
- Assume a coordenação e prestação de cuidados da área vermelha, no Nível I;
- Faz a activação da triagem;
- Nomeia:
 - Dois Médicos (que devem ter experiência em triagem) para a triagem de prioridades;
 - Um Médico, que coordenará simultaneamente, as áreas amarela e verde;
 - Enfermeiro Coordenador (preferencialmente responsável do turno do SU), até chegar enfermeiro chefe ou substituto;
- Providencia:
 - Início dos contactos de pessoal, pela telefonista, dos Serviços Centrais e Gerais (dependendo do Nível): Serviço de Imunohemoterapia; Imagiologia, Patologia Clínica, BO, UCIP, Serviços Farmacêuticos, Armazém de consumo clínico e hoteleiro Central de Esterilização;
 - Alta ou transferência de doentes do SU para outros serviços;
 - Controlo de chamadas pela Central Telefónica;
 - Abertura do armário de catástrofe, com provável localização no Gabinete de enfermagem do SU, e na presença do Enfermeiro Chefe;
- Comunica com todos os grupos de ligação;
- Suspende actividades hospitalares programadas (consultas, cirurgias) de acordo com o Nível activado;
- Informa o responsável do Serviço de Imunohemoterapia sobre as perspectivas de necessidade de sangue.

Responsável da Equipa de Enfermagem do SU - Enfermeiro Chefe

- Afixa, nas respectivas áreas de serviço, os mapas dos Anexos II, III, IV, V, VI, IX;
- Trabalha em estreita colaboração com o Médico Chefe de equipa;
- No Nível I assume chefia, coordenação e prestação de cuidados da zona amarela e da verde;
- Orienta as tarefas dos enfermeiros e auxiliares a trabalhar nas zonas vermelha, amarela e verde;

- Elabora e afixa um quadro com os nomes dos enfermeiros e AAM por cada zona deste Serviço;
- Coordena a reposição atempada dos vários tipos de consumo;
- Garante o maior número possível de macas e cadeiras de rodas;
- Assegura que todo o equipamento e material estão operacionais;
- Orienta e colabora com a secretária do SU no estabelecimento dos contactos devidos com os familiares dos doentes, assistente social e/ou outras instituições a receber doentes;
- Em caso de solicitação, faculta de imediato à telefonista os contactos de cada elemento de enfermagem e AAM do SU;
- Comunica com todos os grupos de ligação;
- Garante o depósito das chaves das viaturas de todos os funcionários ao serviço (devidamente identificadas, no porta chaves fornecido por esta instituição, com a marca, cor e matrícula da viatura), num saco plástico transparente obrigatoriamente identificado com o respectivo serviço e localizado sobre a secretária do Gabinete de Enfermagem; garante a colocação deste saco transparente no recipiente de plástico branco que está sobre a mesa do porteiro do SU, após a respectiva selagem com um agrafe em cada extremidade;
- Presencia a abertura do armário de Catástrofe e garante a sua gestão;
- Entrega, ao AAM destacado pelo Enfermeiro Director, a sinalética que está dentro do armário de catástrofe, referente à zona de triagem A, B, zona vermelha, amarela, verde e cinzenta;
- Nomeia:
 - Dois Enfermeiros para a triagem A e B, que devem ter experiência em triagem de prioridades;
 - Um AAM para cada uma das equipas de triagem, perante activação do Nível III;
 - Dois enfermeiros para a zona cinzenta;
 - Enfermeiros coordenadores e AAM pelas diferentes zonas;
- Entrega os cartões de acção a todos os enfermeiros e AAM dos sectores referidos no ponto anterior.

Presidente do Conselho de Administração

Nota: acoplados a este cartão estão os documentos dos Anexos XXII, XXIII, XXIV, XXV e XXVI e XXVII.

- Convoca e coordena o GC e a CC. O GC reúne no Gabinete do Presidente do CA e a CC no Gabinete do Administrador Delegado;
- Garante o depósito das chaves das viaturas de todos os funcionários ao serviço (devidamente identificadas, no porta chaves fornecido por esta instituição, com a marca, cor e matrícula da viatura), num saco plástico transparente obrigatoriamente identificado com “Bloco D” e localizado sobre a secretária do Gabinete de Crise; garante a colocação deste saco transparente no recipiente de plástico branco que está sobre a mesa do porteiro do SU, após a respectiva selagem com um agrafe em cada extremidade;
- Providencia:
 - Contacto com o Presidente do Conselho Directivo da ESEnfAH;
 - Contacto com o CSAH e o CSPV;
 - Em caso de necessidade, contacto com o Presidente do Conselho Executivo da ESJEA que tem capacidade para efectuar 2.000 refeições por hora, sendo a aquisição dos bens alimentares da responsabilidade do Hospital;
 - Em caso de inoperacionalidade das instalações deste Hospital, contacto com o RG1, a fim de accionar o respectivo acordo de inter-ajuda;
- Nomeia:
 - O coordenador do Sub-Gabinete de Logística;
 - Médico destacado para o centro Coordenador do SRPCBA;
- Convoca equipa para apoio aos familiares das vítimas, constituída por:
 - Psiquiatra coordenador;
 - Dois Assistentes Sociais;
 - Dois Psicólogos;
 - Dois AAM;
 - Um Capelão;
 - Dois Voluntários da Liga dos Amigos do Hospital.

Médico Destacado para o Centro Coordenador do SRPCBA

Nota: cartão a ser entregue pelo presidente do CA.

- Procede aos contactos, via telefone, com as seguintes unidades de saúde:
 - HSEAH-EPE, com o Chefe de Equipa do SU;
 - CSPV, com o Chefe de Equipa do SU;
 - CSAH, com o Presidente do CA;
- Informa as unidades de saúde do tipo e número de vítimas com provável entrada nas mesmas.

Director Clínico

Nota: toda a informação veiculada pelo Director Clínico é previamente validada pelo Presidente do CA.

- Responsável pelo Sub-Gabinete de Comunicação e Informação;
- Nomeia:
 - Dois administrativos com experiência em secretariado para integrar o respectivo secretariado;
 - Dois elementos pertencentes ao Gabinete de Admissão de Doentes, que assumem as funções da Equipa de Identificação das Vítimas e, paralelamente, funções inerentes ao Sub-Gabinete de Informação;
 - Médicos coordenadores para as zonas amarelas nos Níveis II e III;
 - Médicos coordenadores para as zonas verdes nos Níveis II e III;
- Informa da função e entrega os dois cartões de acção;
- Garante o funcionamento do secretariado; este gabinete dispõe de meios próprios, a funcionar no mesmo espaço (os recursos materiais são da responsabilidade do responsável do SIE):
 - Fotocopiadora;
 - Dois telefones com linha fixa;
 - Dois computadores;
 - Internet;
- Recebe e reúne com os elementos da comunicação social;

- Acorda com os elementos da comunicação social a periodicidade da informação real desde o início da crise;
- Assegura o bom funcionamento da comunicação intra-hospitalar entre o GC e os serviços do Hospital, de modo a evitar rumores, desinformação e desmotivação;
- Prepara de forma regular:
 - As mensagens destinadas às autoridades, informando-as do seguimento das operações;
 - As listas seriadas com identificação das vítimas e zona exacta onde se encontram, e garante o seu envio ao Gabinete de Acolhimento e Apoio aos Familiares das Vítimas e ao SRPCBA.

Equipa de Identificação Nominal das Vítimas

Nota: estes dois cartões devem ser entregues pelo Director Clínico; equipa constituída por dois elementos.

- Após nomeação pelo Director Clínico, apresenta-se ao mesmo e, posteriormente, ao Gabinete de Admissão de Doentes no SU;
- Toma conhecimento do número de vítimas que deram entrada no Hospital e dá prioridade ao levantamento de dados das vítimas vermelhas e amarelas;
- Com acordo entre colegas desta equipa, é definida a zona a que cada um se dirige: um para a zona vermelha e outro para a zona amarela;
- Nunca interfere com os cuidados assistenciais;
- Se um doente for transferido de sector, que inclua mudança de cor, a administrativa encarregue do levantamento dos dados deste sector, fornece a respectiva folha ao outro colega;
- Procede à realização de todo o processo informático;
- Elabora, em conjunto com o colega do outro sector, as listas seriadas dos utentes e envia-a à secretária do Sub-Gabinete de Comunicação e Informação: verifica toda a informação antes de a transmitir;
- Não difunde qualquer informação sem autorização expressa daquele Sub-Gabinete;
- Procede à substituição da identificação numérica pela identificação nominal de todo o processo de cada vítima, independentemente do sector ou serviço em que se encontra o doente;

- Identifica os doentes admitidos na urgência que não façam parte da catástrofe.

Director de Enfermagem

Nota: tem a seu cargo a entrega dos Cartões de Acção destinados às equipas da Área preta (dois cartões) e da Identificação e Gestão de Pessoal Hospitalar a reunir no Ponto de Encontro (dois cartões)

- Avisa todos os serviços:
 - Que o hospital se encontra em situação de catástrofe;
 - Da obrigatoriedade de todos os Enfermeiros e AAM permanecerem no Serviço até expressa ordem em contrário pelo Enfermeiro Chefe;
- Salienta a todos os chefes de serviço o facto do ponto de encontro ser na ESEnfAH;
- Nomeia:
 - Um AAM para se deslocar junto do enfermeiro chefe do SU, a fim de receber a sinalética referente à zona de Triagem A, B, zona vermelha, amarela, verde e cinzenta;
 - Um administrativo e um AAM para cada uma das equipas de Triagem A e B;
 - Seis AAM para trabalharem em estreita colaboração com a equipa de Triagem B; desempenham as funções de transferência e transporte de doentes seguindo instruções da Equipa B;
 - Um administrativo e um AAM para o ponto de encontro do pessoal do Hospital recrutado e informa-os das suas funções;
 - Dois AAM para a equipa da área preta;
 - Um administrativo, a incluir no ponto anterior em caso de activação de Nível III;
- Informa e providência material de protecção individual para a equipa da área preta: touca, óculos, máscara, bata de manga comprida e descartável, avental de plástico, luvas de nitrilo e botas de borracha de cano alto;
- Convoca profissionais dos diversos serviços num Nível I, se solicitado pelo Chefe de Equipa do SU;
- Consulta “catálogo dos recursos humanos” acerca de número de enfermeiros e AAM disponíveis na ESEnfAH;

- Garante a comparência, em número indicado, dos recursos humanos solicitados pelos enfermeiros coordenadores e chefes dos diferentes Serviços;
- Garante a presença de macas na ex-sala de espera do SU onde funciona a zona cinzenta, aquando da activação do Nível III.

Equipa de AAM para a Área Preta

Nota: estes dois cartões, idênticos, devem ser entregues pelo Director de Enfermagem; equipa constituída por dois AAM, que, em caso de activação do Nível III, é reforçada com um administrativo.

- Mantém actualizados e limpos os registos do Modelo 12;
- Recepciona e colabora no transporte de cadáveres, colocando-os em sacos próprios;
- Colabora na transferência de cadáveres sempre que legalmente, e por escrito, estiver autorizado a tal;
- Acondiciona os cadáveres de modo a que morgue e a sala de autópsias comportem o maior número possível de cadáveres;
- Recebe os cadáveres apenas desta instituição;
- Garante a vigilância dos cadáveres e de seus pertences, que permanecem obrigatoriamente junto ao mesmo e devidamente identificados;
- Permite unicamente a entrada de pessoas devidamente identificadas e autorizadas;
- O administrativo da equipa garante a manutenção dos processos de identificação, em caso de activação de Nível III;
- Usa permanentemente o material de protecção: touca, óculos com protecção lateral, máscara, bata descartável de manga comprida, avental de plástico, luvas de nitrilo e botas de borracha de cano alto.

Equipa de Identificação e Gestão do Pessoal Hospitalar no Ponto de Encontro

Nota: este cartão deve ser entregue pelo Director de Enfermagem; equipa constituída por um administrativo (responsável da equipa) e um AAM, que reúne no Ponto de Encontro (ESEnfAH).

- Garante a organização, através da permanência do pessoal em salas, respeitando os agrupamentos de acordo com as funções que desempenham;

- O administrativo da equipa é responsável por todos os registos dos Modelos 14, 15, 16 e 17 e supervisiona os registos efectuados pelo AAM;
- O Modelo 17 é preenchido de acordo com as funções que desempenham, independentemente da categoria profissional;
- O AAM da equipa procede aos registos do pessoal médico e de enfermagem (Modelos 14 e 15);
- Recebe e orienta os pedidos de recrutamento de pessoal feitos via de telefone e, em caso de falha de comunicações, é garantida a presença de um elemento da URA ou, ainda, por estafeta;
- Mantém os registos actualizados e qualquer elemento que pertença ao quadro do Hospital não deve abandonar as instalações, mesmo que temporariamente, sem que fique registada a sua ausência;

Directora dos Serviços Farmacêuticos

- Garante o cumprimento das normas produzidas pelo próprio serviço a implementar na sequência da activação de qualquer um dos Níveis;
- Garante o depósito das chaves das viaturas de todos os funcionários ao serviço (devidamente identificadas, no porta chaves fornecido por esta instituição, com a marca, cor e matrícula da viatura), num saco plástico transparente obrigatoriamente identificado com o respectivo serviço e localizado sobre a secretária do Gabinete da Directora; garante a colocação deste saco transparente no recipiente de plástico branco que está sobre a mesa do porteiro do SU, após a respectiva selagem com um agrafe em cada extremidade;
- Sempre que necessário, comunica com todos os Serviços.

Responsável Pelo SIE

- Garante o depósito das chaves das viaturas de todos os funcionários ao serviço (devidamente identificadas, no porta chaves fornecido por esta instituição, com a marca, cor e matrícula da viatura), num saco plástico transparente obrigatoriamente identificado com o respectivo serviço e localizado sobre a secretária do Engenheiro Responsável; garante a colocação deste saco transparente no recipiente de plástico branco que está sobre a mesa do porteiro do SU, após a respectiva selagem com um agrafe em cada extremidade;

- Recepciona e colabora na distribuição dos agentes da PSP, URA e SRPCBA, entre outros;
- Nomeia a equipa de condutores que será responsável pela condução e estacionamento no parque do Estádio João Paulo II das viaturas pertencentes aos funcionários estacionadas no parque automóvel do HSEAH-EPE;
- Garante a funcionalidade dos telefones, telefax, internet e computadores de todas as instalações hospitalares, dando prioridade:
 - GC;
 - Gabinete de Admissão de Doentes;
 - Central telefónica;
 - SU;
 - Instalações da Secção de Pessoal, onde reúne a comunicação social;
 - Gabinete do Director Clínico, onde funciona o Sub-Gabinete de Comunicação, informação e respectivo secretariado;
 - Sala de reuniões do Conselho de Administração, no 1º piso, do Bloco D, destinada à sala de autoridades;
- Garante, de imediato, o desaparecimento de bancos e cadeiras existentes na sala de espera do SU destinada à zona cinzenta, e providencia biombo ou cortina opaca para a porta da sala de espera;
- Em colaboração com os agentes da PSP, URA, motoristas e porteiros, entre outros, é responsável pela evacuação das viaturas do parque de estacionamento do Hospital para o parque de estacionamento do Estádio João Paulo II;
- Gere o levantamento das chaves das viaturas pertencentes aos funcionários estacionadas neste parque;
- Nomeia e orienta dois estafetas para levantarem as chaves devidamente identificadas, com matrícula e cor da viatura, nos chaveiros e procederem à sua entrega aos três motoristas destacados para procederem à evacuação do parque automóvel, segundo as suas orientações e em articulação com a PSP;
- Elabora e entrega, a todos os responsáveis constantes no fluxograma A e responsáveis nomeados, os respectivos números de contacto, incluindo do SU e do CC;

- Promove a segurança dos circuitos internos e externos para circulação de vítimas, profissionais e ambulâncias;
- Orienta a colocação de sinalética (placares contidos no armário de catástrofe) relativa à orientação e atendimento dos doentes destinados à área verde;
- É depositário do chaveiro que integra o armário de catástrofe;
- Facilita a deslocação de equipamentos intra e extra-hospitalares;
- Garante a evacuação dos visitantes.

Médico Coordenador da Zona Vermelha

- Após nomeação pelo chefe de equipa do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e no Nível I das 8h30 às 20h30 assume em simultâneo o papel de prestador de cuidados às vítimas na sua área de coordenação;
- Garante a supervisão das equipas de tratamento e continuidade dos cuidados, relativamente aos médicos, nos Níveis II e III;
- Assegura altas ou transferências para outras zonas hospitalares;
- Estabelece prioridades de internamento e de actos médicos;
- Assegura a ocupação das camas segundo o PEE;
- Faz a supervisão clínica dos doentes, registos médicos e todo o processo clínico;
- Fornece informações necessárias ao Sub-Gabinete de Comunicação/Informação do Hospital;
- Contacta com todos os grupos de ligação;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Responsável pela zona vermelha;
- Efectua triagem secundária dos doentes;
- Valida os registos de administração de estupefacientes.

Enfermeiro Coordenador da Zona Vermelha

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, comparece no seu local de trabalho e apresenta-se ao Médico Coordenador da respectiva zona;
- No Nível I assume em simultâneo o papel de prestador de cuidados às vítimas na sua área de coordenação;
- Coordena a prestação de cuidados de enfermagem no Nível II e III;

- Garante que todo o material e instrumentos estão operacionais;
- Coordena a reposição atempada dos vários tipos de consumo;
- Colabora na organização dos processos das vítimas;
- Garante os registos dos estupefacientes em folha própria;
- Orienta e trabalha em estreita colaboração com o AAM responsável;
- Responsabiliza-se por toda a logística nesta área;
- Assegura a ocupação das camas segundo indicação do PEE;
- Distribui os recursos humanos pela área vermelha, em articulação com o Médico Coordenador.

Enfermeiro Prestador de Cuidados da Zona Vermelha

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e assegura todas as acções de enfermagem referentes ao tratamento do(s) doente(s) e cumpre as indicações médicas;
- Assegura a actualização dos registos de enfermagem;
- Assegura o devido acondicionamento e identificação do espólio do doente que permanece próximo do mesmo;
- Antes de mobilizar qualquer doente ao seu local de observação, avisa previamente o outro enfermeiro responsável desta zona e procede ao registo da hora e destino do doente;
- Verifica e confirma a identificação do doente aquando da sua recepção primária ou sempre que regresse após eventual mobilização.

AAM – Responsável da Zona Vermelha

- Logo que chegue ao Serviço, apresenta-se ao Enfermeiro Responsável pela zona;
- No Nível I, presta cuidados às vítimas na sua área de responsabilidade, sob supervisão do enfermeiro que presta cuidados às mesmas vítimas;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Responsável;
- Executa com responsabilidade todas as tarefas que lhe forem atribuídas pelo Enfermeiro Responsável e depois pelos outros enfermeiros da mesma zona.

AAM – Zona Vermelha

- Logo que chegue ao Serviço, apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha sob supervisão do enfermeiro prestador de cuidados desta zona.

Pediatra Coordenador

Nota: Acoplados a este cartão, estão os documentos dos Anexos II, III, IV, V, VI, VIII, IX, X, XI e XIII.

- Faz a supervisão clínica dos doentes, registos e todo o processo clínico;
- Nos três Níveis presta cuidados às vítimas admitidas na sua área de coordenação;
- Assegura altas ou transferências no internamento de Pediatria;
- Procede à transferência das crianças em SO de Pediatria no SU;
- Fornece informações necessárias ao Sub-Gabinete de Comunicação/Informação do Hospital;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Responsável pela zona Pediátrica;
- Valida os registos de administração de estupefacientes;
- Efectua triagem secundária das vítimas.

Enfermeiro Coordenador da Zona Vermelha Pediátrica

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e nos Níveis I e II assume em simultâneo o papel de prestador de cuidados às vítimas na sua área de coordenação;
- Garante que todo o material e equipamento estão operacionais;
- Coordena a reposição atempada dos vários stocks e tipos de consumo;
- Colabora na organização dos processos das vítimas;
- Garante os registos dos estupefacientes em folha própria;
- Orienta e trabalha em estreita colaboração com o Pediatra e AAM responsável;
- Responsabiliza-se por toda a logística desta área;
- Garante o maior número possível de macas e cadeiras de rodas;

- Garante, sempre que possível, a permanência de um dos pais ou acompanhante junto da criança;
- Orienta e colabora com a secretária do SU no estabelecimento dos devidos contactos com os familiares ou assistente social das crianças;
- Comunica com todos os grupos de ligação.

Enfermeiro Prestador de Cuidados da Zona Vermelha Pediátrica

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e assegura todas as acções de enfermagem referentes ao tratamento do(s) doente(s) e cumpre as indicações médicas;
- Garante a actualização dos registos de enfermagem;
- Assegura o devido acondicionamento e identificação do espólio do doente, que deve permanecer próximo do mesmo, e logo que possível entrega-o ao responsável pela criança;
- Antes de mobilizar qualquer criança do seu local de observação, avisa previamente o outro enfermeiro responsável desta zona e procede ao registo da hora e destino do doente;
- Verifica e confirma a identificação da criança aquando da sua recepção primária ou sempre que regresse após eventual mobilização;
- Garante, sempre que possível, a permanência de um dos pais ou acompanhante junto da criança.

AAM – Responsável da Zona Vermelha Pediátrica

- Logo que chegue ao Serviço, apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Responsável;
- Executa, com responsabilidade, todas as tarefas que lhe são atribuídas pelo Enfermeiro Responsável.

AAM – Zona Vermelha Pediátrica

- Logo que chegue ao serviço, apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha sob supervisão do enfermeiro prestador de cuidados desta zona.

Médico Coordenador da Zona Amarela

Nota: Acoplados a este cartão estão os documentos dos Anexos III, V, VII, X, XII e XIII.

- Após nomeação pelo chefe de equipa do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e no Nível I coordena e presta cuidados às vítimas da sua área de coordenação;
- No Nível I das 20h30 às 08h30, procede à triagem primária das vítimas dentro das instalações do SU, com o apoio de pessoal referenciado no Quadro 5;
- Nos Níveis II e III coordena os cuidados às vítimas da sua área de coordenação;
- Se houver ocupação do espaço da Endoscopia Digestiva (2ª linha), nomeia um médico coordenador para esta área;
- Garante a supervisão, equipas de tratamento e continuidade de cuidados relativamente aos médicos;
- Garante a criação de espaço para macas e camas no Serviço de Endoscopia Digestiva e Endoscopia Respiratória;
- Assegura altas ou transferências do Serviço de Medicina III;
- Contacta com todos os grupos de ligação;
- Assegura a ocupação das camas segundo o PEE;
- Estabelece prioridades de internamento e de actos médicos;
- Faz a supervisão clínica dos doentes, registos médicos e todo o processo clínico;
- Fornece as informações necessárias à equipe de comunicação/informação do Hospital;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Coordenador da zona amarela;
- Efectua a triagem secundária dos doentes;
- Valida os registos de administração de estupefacientes.

Enfermeiro Coordenador da Zona Amarela

Nota: Acoplados a este cartão estão os documentos dos Anexos III, V, VII, X, XII e XIII.

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, comparece no seu local de trabalho e apresenta-se ao Médico Coordenador da respectiva zona;
- No Nível I, presta cuidados às vítimas na sua área de coordenação;
- Se houver ocupação do espaço da Endoscopia (2ª linha), nomeia um enfermeiro coordenador para esta área;
- Garante que todo o material/instrumentos estão operacionais;
- Coordena a reposição atempada dos vários tipos de consumo;

- Colabora na organização dos processos das vítimas;
- Garante os registos dos estupefacientes em folhas próprias;
- Orienta e trabalha em estreita colaboração com o AAM responsável;
- Responsabiliza-se por toda a logística desta área;
- Assegura a ocupação das camas segundo indicação do PEE;
- Distribui os recursos humanos pela área amarela, em articulação com o Médico Coordenador.

Enfermeiro Prestador de Cuidados da Zona Amarela

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e assegura todas as acções de enfermagem referentes ao tratamento do(s) doente(s) e cumpre as indicações do médico;
- Assegura o devido acondicionamento e identificação do espólio do doente, que deve permanecer próximo do mesmo;
- Antes de mobilizar qualquer doente ao seu local de observação avisa previamente o outro enfermeiro responsável desta zona e procede ao registo da hora e destino do doente;
- Verifica e confirma a identificação do doente aquando da sua recepção primária ou sempre que regresse após eventual mobilização para realização de exames ou outros;
- No atendimento pediátrico o enfermeiro garante, sempre que possível, a permanência de um dos pais ou acompanhante perto da criança.

AAM – Responsável da Zona Amarela

- Logo que chegue ao serviço apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Responsável;
- Executa, com responsabilidade, todas as tarefas que lhe são atribuídas pelo enfermeiro responsável.

AAM – Zona Amarela

- Logo que chegue ao serviço apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha sob supervisão do enfermeiro prestador de cuidados desta zona.

Enfermeiro Coordenador da Zona Amarela Pediátrica

Nota: acoplados a este cartão estão os documentos dos Anexos III, VIII, X e XIII.

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e no Nível I assume, em simultâneo, o papel de prestador de cuidados às vítimas na sua área de coordenação;
- Garante que todo o material e equipamento estão operacionais;
- Coordena a reposição atempada dos vários stocks e tipos de consumo;
- Colabora na organização dos processos das vítimas;
- Garante os registos dos estupefacientes em folha própria;
- Orienta e trabalha em estreita colaboração com o Pediatra e AAM responsável;
- Responsabiliza-se por toda a logística desta área.

Enfermeiro Prestador de Cuidados da Zona Amarela Pediátrica

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e assegura todas as acções de enfermagem referentes ao tratamento do(s) doente(s) e cumpre as indicações médicas;
- Assegura o devido acondicionamento e identificação do espólio do doente, que permanece próximo do mesmo, e logo que possível entrega-o ao responsável pela criança;
- Antes de mobilizar qualquer criança do seu local de observação, avisa previamente o outro enfermeiro responsável desta zona e procede ao registo da hora e destino do doente;
- Verifica e confirma a identificação da criança aquando da sua recepção primária ou sempre que regresse após uma eventual mobilização;
- Garante, sempre que possível, a permanência de um dos pais ou acompanhante junto da criança;
- Orienta e colabora com a secretária do SU no estabelecimento dos devidos contactos com os familiares ou assistente social das crianças;
- Comunica com todos os grupos de ligação.

AAM – Responsável da Zona Amarela Pediátrica

- Logo que chegue ao serviço, apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;

- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Responsável;
- Executa, com responsabilidade, todas as tarefas que lhe são atribuídas pelo enfermeiro responsável.

AAM – Zona Amarela pediátrica

- Logo que chegue ao serviço, apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha sob supervisão do enfermeiro prestador de cuidados desta zona;

Enfermeiro Coordenador da Zona Verde de Atendimento Pediátrico do SU

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e, nos Níveis I e II, presta cuidados às vítimas na sua área de coordenação;
- Garante que todo o material e equipamento estão operacionais;
- Coordena a reposição atempada dos vários stocks e tipos de consumo;
- Colabora na organização dos processos das vítimas;
- Garante os registos dos estupefacientes em folha própria;
- Orienta e trabalha em estreita colaboração com o Pediatra e AAM responsável;
- Responsabiliza-se por toda a logística desta área;
- Garante o maior número possível de cadeiras;
- Garante, sempre que possível, a permanência de um dos pais ou acompanhante junto da criança;
- Orienta e colabora com a secretária do SU no estabelecimento dos devidos contactos com os familiares ou assistente social das crianças;
- Comunica com todos os grupos de ligação.

Enfermeiro Prestador de Cuidados da Zona Verde Pediátrica

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe do SU, apresenta-se no seu local de trabalho e assegura todas as acções de enfermagem referentes ao tratamento do(s) doente(s) e cumpre as indicações médicas;
- Assegura o devido acondicionamento e identificação do espólio do doente, que permanece próximo do mesmo, e logo que possível entrega-o ao responsável pela criança;

- Antes de mobilizar qualquer criança do seu local de observação, avisa previamente o outro enfermeiro responsável desta zona e procede ao registo da hora e destino do doente;
- Verifica e confirma a identificação da criança aquando da sua recepção primária ou sempre que regresse após eventual mobilização;
- Garante, sempre que possível, a permanência de um dos pais ou acompanhante junto da criança;
- Orienta e colabora com a secretária do SU no estabelecimento dos devidos contactos com os familiares ou assistente social das crianças;
- Comunica com todos os grupos de ligação.

AAM – Responsável da Zona Verde Pediátrica

- Logo que chegue ao serviço deverá apresentar-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Responsável;
- Executa com responsabilidade todas as tarefas que lhe são atribuídas pelo enfermeiro responsável.

AAM – Zona Verde

- Logo que chegue ao serviço apresenta-se ao Enfermeiro Responsável desta zona;
- Trabalha sob supervisão do enfermeiro prestador de cuidados desta zona.

Enfermeiros Chefes/Responsáveis dos Serviços/Coordenador de Turno

- Garante o recrutamento de pessoal através de contacto com o Enfermeiro Director;
- Solicita os elementos escalados para o turno seguinte à ocorrência de catástrofe;
- Garante o depósito das chaves das viaturas de todos os funcionários ao serviço (devidamente identificadas, no porta chaves fornecido por esta instituição, com a marca, cor e matrícula da viatura), num saco plástico transparente obrigatoriamente identificado com o respectivo serviço e localizado sobre a secretária do Gabinete de Enfermagem; garante a colocação deste saco transparente no recipiente de plástico branco que está sobre a mesa do porteiro do SU, após a respectiva selagem com um agrafe em cada extremidade;

- Procede à organização interna do serviço no que respeita aos enfermeiros e auxiliares da acção médica;
- Providencia a rotatividade das equipas de 6 em 6 horas;
- Trabalha em estreita colaboração com o Director do Serviço;
- Providencia alta, transferência dos doentes e respectivo acompanhamento;
- Garante o completo preenchimento do processo clínico referente à área de enfermagem;
- Faculta de imediato os contactos de cada elemento da equipa de enfermagem e AAM, em caso de solicitação de GC.

Director de Serviço de Internamento

- Dá conhecimento, via telefone, ao Chefe de Equipa/Director do Serviço de Urgência da sua chegada ao respectivo serviço;
- Garante altas e procede a transferências de doentes para a hemato-oncologia, fisioterapia e função respiratória;
- Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Chefe do respectivo serviço;
- Fornece as informações necessárias à equipa de comunicação/informação do Hospital;
- Comunica ao Chefe de Equipa do SU das vagas disponíveis na sua área de influência e necessidade de reforço das equipas;
- Garante equipas de tratamento, supervisão e continuidade de cuidados e respectiva rotatividade (6 em 6 horas), relativamente aos médicos;
- Faz a supervisão clínica dos doentes e procede à compilação dos documentos de processo clínico das vítimas;
- Valida os registos de administração de estupefacientes;
- Efectua a triagem secundária das vítimas;
- Em caso de solicitação do GC, faculta de imediato os contactos de cada elemento da equipa médica.

Enfermeiro da Zona Cinzenta

Nota: esta equipa é constituída por dois enfermeiros.

- Após nomeação pelo Enfermeiro Chefe dos SU, apresenta-se na ex-sala de espera do SU e assegura todas as acções de enfermagem referentes ao tratamento paleativo dos doentes, seguindo as orientações médicas;
- Assegura a actualização dos registos de enfermagem;
- Assegura o devido acondicionamento e identificação do espólio do doente, que permanecer próximo do mesmo e devidamente identificado;
- Verifica e confirma a identificação do doente aquando da sua recepção primária ou sempre que regresse após uma eventual mobilização.

Equipa de Transferência de Material

Nota: três equipas de três homens cada, nomeadas e com constituição definida pelo responsável dos Serviços Gerais.

- A primeira equipa procede à transferência do mobiliário das instalações de Endoscopia Brônquica para as instalações da Endoscopia Digestiva, de acordo com as instruções do Enfermeiro Responsável pela Zona Amarela Pediátrica;
- A segunda e terceira equipas procedem à transferência de material do serviço de especialidades: i) material sensível para a sala da realização das Ecoendoscopia e ii) material não sensível para a “placa” de betão através da janela do Gabinete Médico do Serviço de Especialidades.

Médico – Triagem A

Nota: este cartão deve ser entregue pelo chefe da equipa médica do SU.

- Após nomeação pelo Director Clínico, apresenta-se ao mesmo e, posteriormente, nas instalações da portaria, na entrada do campus hospitalar;
- Veste o pólo e o casaco identificados como “Médico-Triagem”;
- Ajuda a transferir o material de apoio necessário ao funcionamento deste posto, localizado à direita da entrada do campus hospitalar: mesa tipo secretária e cadeira; boxes plásticas com os processos dos utentes; box plástica com material de apoio diverso, incluindo canetas, marcadores, agrafador, furador, impressos de relatórios, etc.;
- Garante que o telefone da portaria permanece no exterior da janela destas instalações;
- Garante que o Administrativo faz, de 2 em 2 horas, o relatório de admissão de vítimas segundo as prioridades e que o entrega ao Administrativo da Triagem B,

para que este faça o mesmo tipo de relatório, que consta do mesmo impresso em item diferente;

- Cumpre a prioridade da entrada de todas as ambulâncias no campus sem que parem neste posto, uma vez a sua triagem é da inteira responsabilidade da Triagem B;
- Esclarece o Enfermeiro em relação a qualquer dúvida relativamente à triagem;
- Em caso de necessidade de tenda de apoio, solicita-a, bem como a respectiva montagem, ao responsável da Cruz Vermelha Portuguesa;
- Fica em seu poder a lista telefónica dos contactos dos serviços de emergência extra hospitalares que está na box de apoio.

Enfermeiro – Triagem A

Nota: este cartão deve ser entregue pelo chefe da equipa de enfermagem do SU.

- Após nomeação pelo chefe da equipa de enfermagem do SU, apresenta-se ao mesmo e, posteriormente, nas instalações da portaria, na entrada do campus hospitalar;
- Veste o pólo e o casaco identificados como “Enfermeiro-Triagem”;
- Ajuda a transferir o material de apoio necessário ao funcionamento deste posto, localizado à direita da entrada do campus hospitalar: mesa tipo secretária e cadeira; boxes plásticas com os processos dos utentes; box plástica com material de apoio diverso, incluindo canetas, marcadores, agrafador, furador, impressos de relatórios, etc.;
- Garante que o telefone da portaria permanece no exterior da janela destas instalações;
- Auxilia, se necessário, o Administrativo a fazer, de 2 em 2 horas, o relatório de admissão de vítimas segundo as prioridades e que o entrega ao Administrativo da Triagem B, para que este faça o mesmo tipo de relatório, que consta do mesmo impresso em item diferente;
- Cumpre a prioridade da entrada de todas as ambulâncias no campus sem que parem neste posto, uma vez a sua triagem é da inteira responsabilidade da Triagem B;
- Esclarece o Assistente Operacional em relação a qualquer dúvida relativamente à triagem;
- Em caso de necessidade de recursos adicionais pede apoio, a solicitação do médico desta equipa.

Administrativo – Triagem A

Nota: este cartão deve ser entregue pelo chefe da equipa de enfermagem do SU.

- Após nomeação pelo chefe da equipa de enfermagem do SU, apresenta-se ao mesmo e, posteriormente, nas instalações da portaria, na entrada do campus hospitalar;
- Veste o pólo e o casaco identificados como “Administrativo-Triagem”;
- Ajuda a transferir o material de apoio necessário ao funcionamento deste posto, localizado à direita da entrada do campus hospitalar: mesa tipo secretária e cadeira; boxes plásticas com os processos dos utentes; box plástica com material de apoio diverso, incluindo canetas, marcadores, agrafador, furador, impressos de relatórios, etc.;
- Garante que o telefone da portaria permanece no exterior da janela destas instalações;
- Executa, de 2 em 2 horas, o relatório de admissão de vítimas segundo as prioridades e entrega-o ao Administrativo da Triagem B, para que este faça o mesmo tipo de relatório, que consta do mesmo impresso em item diferente;
- Cumpre a prioridade da entrada de todas as ambulâncias no campus sem que parem neste posto, uma vez a sua triagem é da inteira responsabilidade da Triagem B;
- Recorre ao enfermeiro ou médico para esclarecer qualquer dúvida;
- Em caso de necessidade de recursos adicionais pede apoio, a solicitação do médico desta equipa.

Médico – Triagem B

Nota: este cartão deve ser entregue pelo chefe da equipa médica do SU.

- Após nomeação pelo Director Clínico, apresenta-se ao mesmo e, posteriormente, no exterior e à esquerda da entrada do campus hospitalar, junto ao gabinete de admissão de doentes do SU;
- Veste o pólo e o casaco identificados como “Médico-Triagem”;
- Ajuda a transferir o material de apoio necessário ao funcionamento deste posto, localizado no exterior e à esquerda da entrada do campus hospitalar, junto ao gabinete de admissão de doentes do SU: mesa tipo secretária e cadeira; material existente no armário de catástrofe; boxes plásticas com os processos dos utentes; box plástica que contém material de apoio diverso, incluindo canetas, marcadores, agrafador, furador, impressos de relatórios, etc.;

- Garante que o Administrativo faz, de 2 em 2 horas e no impresso que lhe é entregue pelo Administrativo da Triagem A, o relatório de admissão de vítimas segundo as prioridades, e que este mesmo documento é entregue, por um Assistente Operacional, ao Presidente do GC;
- Cumpre a triagem de todas as ambulâncias;
- Esclarece o Enfermeiro em relação a qualquer dúvida relativamente à triagem;
- Fica em seu poder a lista telefónica dos contactos dos serviços de emergência extra hospitalares que está na box de apoio.

Enfermeiro – Triagem B

Nota: este cartão deve ser entregue pelo chefe da equipa de enfermagem do SU.

- Após nomeação pelo chefe da equipa de enfermagem do SU, apresenta-se ao mesmo e, posteriormente, no exterior e à esquerda da entrada do campus hospitalar, junto ao gabinete de admissão de doentes do SU;
- Veste o pólo e o casaco identificados como “Enfermeiro-Triagem”;
- Ajuda a transferir o material de apoio necessário ao funcionamento deste posto, localizado no exterior e à esquerda da entrada do campus hospitalar, junto ao gabinete de admissão de doentes do SU: mesa tipo secretária e cadeira; material existente no armário de catástrofe;
- Auxilia, se necessário, o Administrativo a fazer, de 2 em 2 horas e no impresso que lhe é entregue pelo Administrativo da Triagem A, o relatório de admissão de vítimas segundo as prioridades e que este mesmo documento é entregue, por um Assistente Operacional, ao Presidente do GC;
- Cumpre a triagem de todas as ambulâncias;
- Esclarece o Assistente Operacional em relação a qualquer dúvida relativamente à triagem;
- Em caso de necessidade de recursos adicionais pede apoio, a solicitação do médico desta equipa.

Administrativo – Triagem B

Nota: este cartão deve ser entregue pelo chefe da equipa de enfermagem do SU.

- Após nomeação pelo chefe da equipa de enfermagem do SU, apresenta-se ao mesmo e, posteriormente, no exterior e à esquerda da entrada do campus hospitalar, junto ao gabinete de admissão de doentes do SU;
- Veste o pólo e o casaco identificados como “Administrativo-Triagem”;
- Ajuda a transferir o material de apoio para o funcionamento deste posto, localizado no exterior e à esquerda da entrada do campus hospitalar, junto ao gabinete de admissão de doentes do SU: mesa tipo secretária e cadeira; material existente no armário de catástrofe;
- Recebe e completa o relatório de admissão de vítimas segundo as prioridades entregue pela Triagem A e garante a sua entrega, de 2 em 2 horas, ao Presidente do GC;
- Recorre ao enfermeiro ou médico para esclarecer qualquer dúvida;
- Em caso de necessidade de recursos adicionais pede apoio, a solicitação do médico desta equipa.

Equipa de 6 Assistentes Operacionais responsáveis pela orientação dos doentes na porta em que funciona a Triagem B

Nota: Estes 6 cartões são entregues pelo enfermeiro chefe do SU.

- Após serem nomeados pelo Enfermeiro Director, apresentam-se ao chefe de enfermagem do SU;
- Cumprem as orientações do médico e enfermeiro da Triagem B;
- Garantem a recolha de macas e o seu estacionamento de modo a acomodar os doentes;
- Procedem à transferência dos doentes de acordo com as orientações da equipa de Triagem B.

7. CONTRIBUTOS PARA A URGÊNCIA HOSPITALAR NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Várias têm sido as catástrofes, em especial naturais, que afectaram as ilhas dos Açores ao longo dos tempos, sendo a mais recente e mais destruidora a associada ao sismo de 1 de Janeiro de 1980 (cf. Quadro 1), que afectou em particular a ilha Terceira e que, por isso, está ainda bem viva na memória da maioria da população, incluindo do pessoal do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo.

Desta ocorrência foi possível extrair alguns ensinamentos e tirar algumas lições, nem sempre lisonjeiras, designadamente acerca da organização interna do Hospital, dos meios e recursos disponíveis e do tipo de resposta que foi possível prestar, sendo a improvisação e as falhas no sistema de comunicações as mais relevantes. Enquanto que as falhas nas comunicações constituem, frequentemente, um problema técnico nem sempre fácil de ser ultrapassado em definitivo, por múltiplos factores (e.g. destruição de antenas, saturação de equipamentos, etc.) escapando, por isso, à alçada do Hospital, já a improvisação é incompreensível, uma vez que deriva, sobretudo, da inexistência de planeamento.

Do relatório elaborado pelo Hospital de Angra do Heroísmo (Gil e Gil, 1983, *in*: Bandeira, 2008) e pelo responsável da Cruz Vermelha Portuguesa (Dória, 1983, *in*: Bandeira, 2008), é possível concluir que muito pouco estava atempadamente programado ou planeado em termos de resposta hospitalar, pese embora o facto de o sinistro ter ocorrido numa zona sísmica e, portanto, de alto risco para este tipo de fenómeno natural.

Tendo como pano de fundo esta realidade, a constatação da inexistência de um PEE para o HSAH-EPE, a premência da sua realização (designadamente como documento orientador e de planeamento) e, igualmente importante, a frequência do Mestrado em Medicina de Catástrofe, estavam reunidas as condições, e a motivação, para, no âmbito deste mestrado e das actividades profissionais desempenhadas no HSEAH-EPE, se perspectivar a realização do presente trabalho.

Tendo em vista este desiderato, integrou-se o núcleo inicial da Comissão de Catástrofe do Hospital, que, com o apoio do respectivo Conselho de Administração, potenciou a nomeação de uma equipa de trabalho constituída por quatro elementos, tendo todos estado presentes na acção de formação “Princípios Fundamentais de Medicina de Catástrofe”, realizada em 2005 na cidade de Ponta Delgada (ilha S. Miguel, Açores).

Posteriormente, por sugestão deste núcleo inicial e tendo em consideração os conhecimentos adquiridos, foi proposta ao CA do Hospital a inclusão de profissionais de

áreas-chave na operacionalização do PEE, tendo em consideração directrizes do Ministério da Saúde relativamente à elaboração do Plano de Emergência Hospitalar e conteúdos programáticos leccionados no Mestrado em Medicina de Catástrofe.

Deste modo, em Janeiro de 2006 é nomeada a CC definitiva do HSEAH-EPE, por um período de três anos, no âmbito da qual foram realizadas várias reuniões de trabalho, de forma a criar assertividade entre os seus elementos e a definir objectivos e metodologias de trabalho que contribuíssem para motivar outros intervenientes directos no processo de elaboração, e implementação, do PEE, designadamente, Enfermeiros-chefes, Directores de Serviço e outros profissionais.

Refira-se que, de entre os temas abordados nestas reuniões, foi dada especial ênfase à necessidade de desobstrução dos circuitos de emergência, incluindo nas escadas de emergência, que à data serviam para armazenamento de material diverso: este objectivo foi plenamente alcançado, com a colaboração e empenho de todos os intervenientes.

Na medida em que, em termos de operacionalização do PEE, é primordial quer a criação de vias de acesso restritas à circulação urgente, quer promover a evacuação das viaturas existentes no parque do Hospital de uma forma organizada, de modo a permitir um fluxo unidireccional, foi nomeada uma comissão de trabalho com o objectivo de apresentar propostas de organização do estacionamento de viaturas no HSEAH-EPE, propostas estas entregues ao Conselho de Administração. Refira-se quem no decorrer dos trabalhos verificou-se complementaridade entre esta comissão, a CC e as instituições externas ao Hospital envolvidas neste processo.

Com a realização do presente trabalho e a elaboração do PEE do HSEAH-EPE procurou-se dar um contributo válido para uma mais eficaz urgência hospitalar na Região Autónoma dos Açores. De entre os aspectos mais relevantes levados a cabo destaca-se:

- O desenvolvimento, por parte do SRPCBA, de um Plano Regional Multivítimas, no qual o PEE do HSEAH-EPE constitui parte integrante da resposta;
- Pela primeira vez, são estabelecidos locais alternativos para a transferência dos serviços do HSEAH-EPE, no caso das instalações do Hospital sofrerem destruição total ou parcial devido a uma catástrofe: o Regimento de Guarnição N.º 1 e a Base Aérea N.º 4 (cf. Apêndices A e B), neste último caso, via COA e com o SRPCBA a veicular o processo;
- O facto do COA (entidade que coordena as FAA) permitir o recurso às Forças Armadas como parte interveniente, a nível regional, do PEE do HSEAH-EPE; neste âmbito, e como referido antes, o HSEAH-EPE participou no simulacro “Açor 92”,

que decorreu em finais de 2009, o qual permitiu ao Hospital testar o seu plano e a respectiva harmonização com os planos de diferentes instituições envolvidas; de acordo com o Inspector Regional do SRPCBA participante neste simulacro, se o PEE do HSEAH-EPE aqui apresentado não existisse, ou se não estivesse devidamente articulado com os planos das instituições envolvidas, teria de ser traçado um cenário completamente diferente para o exercício “Açor 92”;

- Neste âmbito é de salientar que todas as entidades envolvidas, bem como o próprio pessoal hospitalar, reconheceram a importância do simulacro para testar e validar o PEE, em especial aquando duma baixa incidência de catástrofes, o que obriga à aprendizagem e simulação mais frequentes, colmatando assim a raridade da experiência real. Segundo Bandeira (2008), o Hospital deverá estar capacitado para poder atender, em três horas, 30% das urgências diárias, pelo que a resposta adequada deverá basear-se na correcta e ponderada planificação e na aprovação regular de exercícios de validação ou simulacros (Alves e Redondo, 1999): os objectivos do PEE só serão atingidos com a sua actualização e a implementação dos necessários reajustes pós-simulacro, pelo que o Plano é considerado um documento dinâmico.
- Na sequência dos diversos contactos e reuniões havidas entre ambas as instituições, há actualmente ligações profissionais muito estreitas entre o HSEAH-EPE e o SRPCBA;
- Pela primeira vez em termos de Emergência, reuniram-se no Hospital os responsáveis de nove entidades diferentes (SRPCBA, CMPCA, CSAH, CSPV, ESEnfAH, CVP, PSP, ESPJEA e URA) com o objectivo de formar parcerias e actuarem numa perspectiva multidisciplinar face à ocorrência de uma situação de catástrofe na ilha Terceira; todas estas entidades, para além de apresentarem contributos específicos, demonstraram interesse em realizar reuniões mais restritas para melhor se definirem os níveis de colaboração/disponibilidade;
- Estabelecimento de normas padronizadas para colaboração entre o HSEAH-EPE e o RG1, no caso de ser necessária a transferência/implantação do Hospital no espaço físico deste Regimento, tendo-se procedido à organização do espaço e identificado as diferentes áreas funcionais (cf. Apêndice A);
- Melhoria das comunicações internas no Hospital no que respeita ao rápido e eficaz recrutamento de pessoal hospitalar, através da implementação do novo sistema de *software* com programação *messenger*;

- Uma mais eficaz recepção de multivítimas evacuadas de outras ilhas dos grupos central ou ocidental, na sequência da rentabilização dos recursos materiais e humanos resultante da abertura (ou prolongamento do horário de funcionamento para além do horário normal), do CSPV e do CSAH, no caso de activação do Nível III do PEE do HSEAH-EPE: com efeito, aqueles centros de saúde possuem todas as condições para a recepção e atendimento de todas as vítimas verdes, o que liberta recursos hospitalares para a recepção de um maior número de vítimas vermelhas, amarelas e cinzentas;
- Maior facilidade em atender um número crescente de utentes, com menor desgaste físico e psicológico dos elementos da equipa de enfermeiros, uma vez que a ESEnfAH recrutará os seus alunos dos 3º e 4º anos, num número aproximado de 120 elementos, para prestar serviços de enfermagem a quem deles necessitar fora da área do Hospital; este recrutamento permitirá um bom atendimento e acolhimento a pessoas que, por razões de segurança ou outras, tenham de pernoitar e permanecer em algumas instituições e locais exteriores ao Hospital e, simultaneamente, necessitem de apoio de enfermagem: isto mesmo aconteceu aquando do sismo de 1 de Janeiro de 1980, em que muitas famílias viveram durante vários dias no salão da AHBVAH e em tendas no Parque do Relvão e no Parque do Bailão, entre outros;
- É possível aumentar a relação eficácia/tempo de entrada das vítimas no SU, através de: i) livre acesso das ambulâncias até ao SU, o que permite fazer *scoop and run*, sendo as vítimas triadas no SU apenas pela equipa de triagem B; ii) triagem das vítimas pela equipa A, em que, no caso de activação do Nível III, as vítimas verdes não entram na área hospitalar, mas são encaminhadas para o CSAH; iii) definição de circuitos unidireccionais (cf. Anexo XIV); iv) elaboração do Plano de Evacuação do parque de estacionamento do HSEAH-EPE.

Muitos dos aspectos atrás enumerados reportam-se ao PEE do HSEAH-EPE mas têm, seguramente, uma aplicabilidade a outras unidades de saúde da Região, em especial daquelas onde a inexistência de um PEE potencia, e recomenda, a adopção de mecanismos de urgência hospitalar profunda e multidisciplinarmente discutidos, objecto de melhorias e, nalguns casos, devidamente testados.

Neste contexto, afigura-se importante referir que, de acordo com inquérito (telefónico) realizado junto das diferentes unidades de saúde da RAA, a situação actual no que diz respeito às unidades de saúde dos Açores com PEE está resumida no Quadro 15. Acrescente-se que, no que diz respeito ao HSEAH-EPE, existe uma versão *Draft* do

respectivo PEI, elaborada, em 21 de Setembro de 2006, pelo SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

Por fim, uma referência, pela sua relevância e pioneirismo, ao trabalho de mestrado, em Medicina de Catástrofe, realizado em 2006 pela Dra. Irene Pereira do Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada, ilha de S. Miguel, intitulado *Health Emergency Preparedness in an Ultra-peripheral European Region – The Archipelago of The Azores*. Apesar de diversos esforços realizados neste sentido, não foi possível consultar ou obter uma cópia da tese em apreço, elaborada no âmbito da *Università degli Studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”* (de Novara, Itália) e da *Vrije Universiteit Brussel* (de Bruxelas, Bélgica). No entanto, por deferência da respectiva autora, foi possível discutir e analisar diversos aspectos associados à sua elaboração, bem como ao seu envolvimento e experiência na realização do plano de emergência do Hospital de Ponta Delgada, enriquecendo-se, por esta via, o presente trabalho.

Quadro 15. Unidades de saúde da RAA com PEE.

Instituição	Responsável
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (ilha S. Miguel)	Enfermeira Adília Simões
Centro de Saúde da Ribeira Grande (ilha S. Miguel)	Enfermeira Emília Silveira
Centro de Saúde de Vila Franca do Campo (*) (ilha S. Miguel)	Enfermeira Margarida Pinheiro
Centro de Saúde do Nordeste (ilha S. Miguel)	Enfermeira Luísa Machado
Centro de Saúde de Ponta Delgada (ilha S. Miguel)	Enfermeiro Luís Ferreira

(*) PEE aguarda aprovação pela Direcção Regional de Saúde

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo-EPE assegura os cuidados de saúde principais à população da ilha Terceira, num total de cerca de 55.833 habitantes e, simultaneamente, sendo a segunda unidade de saúde dos Açores em termos de dimensão e serviços disponibilizados, é o hospital de referência para as ilhas Terceira, Graciosa, S. Jorge, Pico, Faial, Flores e Corvo, que concentram cerca de 43% de toda a população do arquipélago.

O conhecido historial da ocorrência de catástrofes naturais na Região Autónoma dos Açores e a elevada vulnerabilidade da ilha Terceira a riscos naturais e antropogénicos justificam a imperiosa necessidade de dotar esta importante infra-estrutura de saúde de um adequado Planeamento de Emergência Hospitalar.

É neste contexto geral, e tendo em conta o enquadramento profissional, na área da enfermagem, desempenhado no HSEAH-EPE desde há vários anos, que se elaborou o Plano de Emergência Externa para o HSEAH-EPE que integra o presente trabalho, na perspectiva de que com a sua elaboração se contribua para a melhoria da urgência hospitalar na Região Autónoma dos Açores.

Em especial, espera-se que o presente trabalho contribua para que todos os profissionais que trabalham neste Hospital, incluindo a sua administração e chefias: i) compreendam que, numa situação de acidente grave ou de catástrofe, se pode ser altamente eficaz mesmo com recursos escassos, se estes forem devida e antecipadamente adaptados às circunstâncias; ii) que as prioridades de tratamento num Plano desta natureza não são, como no dia-a-dia do Hospital, ditadas pela gravidade das lesões, mas sim pela possibilidade de sobrevivência e que, iii) para assegurar uma assistência mais fluida e eficaz às vítimas é necessário standardizar e simplificar ao máximo todas as actuações (Alves e Redondo, 1999).

Em caso de catástrofe e na ausência de um Plano, a resposta hospitalar estará assente, necessariamente, na improvisação e, tendo em conta que habitualmente as unidades de saúde funcionam no máximo da sua capacidade, num caso de catástrofe/emergência externa o hospital enfrenta uma segunda potencial catástrofe, desta vez no próprio hospital, devido à ocorrência de uma situação súbita e complexa, ultrapassagem das possibilidades de acolhimento de vítimas, ineficácia total ou parcial dos serviços, etc.

É precisamente para evitar este segundo cenário que se elaborou o PEE do HSEAH-EPE, o qual organiza a resposta hospitalar face a uma emergência externa e ao afluxo

anormal de doentes, procurando evitar a paralisia dos cuidados médicos e da evacuação secundárias das vítimas para outros estabelecimentos, com a perda de tempo e a morbilidade que tal situação implica.

O PEE do HSEAH-EPE contido no presente trabalho apresenta elementos considerados da maior importância, incluindo:

- a seriação dos principais meios de emergência disponíveis na ilha Terceira no que respeita a meios humanos e materiais e de segurança;
- o catálogo de recursos potenciais do HSEAH-EPE, tendo em conta as necessidades implicadas em cada um dos níveis do sistema de activação do PEE e agrupados de acordo com três tipos de recursos: Disponíveis Permanentemente, Disponíveis em Situações Especiais e Disponíveis e Mobilizáveis em Situações de Urgência;
- uma listagem dos principais contactos de emergência em caso de activação do PEE;
- a elaboração de Cartões de Acção, a alguns dos quais foram acoplados documentos pertinentes para o adequado cumprimento das respectivas funções, o que se justifica pelo ganho de tempo e diminuição da probabilidade de erro, em especial no início do desempenho das tarefas;
- a elaboração de modelos de Registos em Catástrofe, bem como outros documentos considerados essenciais ao PEE, como é o caso de listas de inventariação de equipamentos passíveis de mobilização disponíveis nos serviços, mapas de distribuição das vítimas para os diferentes níveis de activação do Plano e identificação de zonas e circuitos de vítimas e do fluxo unidireccional das entradas e saídas de emergência no Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo-EPE.

Parafraseando Alves e Redondo (1999), e chamando a atenção para o facto de este ser um documento dinâmico, necessariamente objecto de actualizações, ajustamentos e processos de melhoria contínua, o Plano de Emergência Externa do HSEAH-EPE foi elaborado considerando que a possibilidade teórica de resposta é por vezes superior à possibilidade real, daí ter-se dado preferência à racionalidade e eficácia. Por fim, este Plano será tanto mais eficaz quanto maior tenha sido a antecedência da sua preparação, mais vezes tenha sido repetido e/ou simulado e tenha sido desencadeado em circunstâncias reais: os exercícios e simulações, mesmo que muito bem organizados, são apenas um reflexo da realidade.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A.G. & J.A. REDONDO (1999). *Plano de Emergência Hospitalar*. Ministério da Saúde, Instituto de Emergência Médica/Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência; 152 p.
- ATIENZA, R.C. (2006). *Puesta al Dia Y Práctica en Catástrofes Sanitarias*. Editorial Formacion Alcalá, 3ª ed., Alcalá La Real (Jaén); 302 p.
- ATLAS BÁSICO DOS AÇORES (2004). V.H. Forjaz, Editor. OVGA – Observatório Vulcanológico e Geotérmico dos Açores, Ponta Delgada; 112 p.
- BANDEIRA, R. (2008). *Medicina de Catástrofe. Da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Editora da Universidade do Porto (Série do Saber, 5), 1ª ed., Porto; 319 p.
- CENSOS (2001). *XIV Recenseamento Geral da População – IV Recenseamento Geral da Habitação*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.
- COMISSÃO DE CATÁSTROFE (2004). *Projecto de Plano de Catástrofe Externa do Hospital do Barlavento Algarvio*. Relatório Interno; 49 p.
- DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM (2001). *Manual de Integração do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo*. Relatório Interno. Angra do Heroísmo.
- FERREIRA, M.A.D. (2004). *Plano de Emergência Externa do Hospital Pedro Hispano*. Tese de Mestrado em Medicina de Catástrofe, ICBAS, Universidade do Porto; 158 p.
- FORTIN, M.F. (1996). *O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas (Ed.), Loures; 359 p.
- GANDRA, R.M.B. (1995). *Medicina de Catástrofe. Da exemplificação histórica à iatroética*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Médicas, Universidade do Porto; 315 p.
- GIL, A.C. (2008). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. Editora Atlas S.A., São Paulo, 4ª ed.; 175 p.
- GIL, A.C. (2009). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Editoras Atlas S.A., São Paulo, 5ª ed.; 205 p.
- GUEDES, J.H.C. & C.S. OLIVEIRA (1997). A importância dos tsunamis no arquipélago dos Açores. In: Instituto Superior Técnico (Ed.), *3º Encontro Sobre Sismologia e Engenharia Sísmica - Proceedings*. Lisboa. Instituto de Engenharia de Estruturas, Território e Construção - DECivil; 99-108.

- Lei nº 27/2006, Lei de Bases da Protecção Civil (2006). Diário da República, 1ª Série, Nº 126, de 03 de Julho; 4696-4706
- LEIVA, C.A. (2005). *Manual de Atención a Múltiples Víctimas Y Catástrofes*. SEMECA – Sociedad Española de Medicina de Catastrofes, ARÁN Ediciones S.L., 2ª ed., Madrid; 473 p.
- LEIVA, C.A. & J.M. SEDA (2005). *Respuesta Hospitalaria a las Catástrofes*. ARÁN Ediciones SL (Gestão de Catástrofes 1), Madrid; 142 p.
- NUNES, J.C. (2000). Notas sobre a geologia da Ilha Terceira (Açores). *Açoreana* 9 (2); 205-215.
- NUNES, J.C., V.H. FORJAZ & Z. FRANÇA (2001). Principais sismos destrutivos no arquipélago dos Açores – uma revisão. In: M.R. Fragoso (Ed.), *5º Encontro Nacional de Sismologia e Engenharia Sísmica – SÍSMICA 2001*. Ponta Delgada (Açores). Laboratório Regional de Engenharia Civil; 119-131.
- NUNES, J.C., V.H. FORJAZ & C.S. OLIVEIRA, C.S. (2004a). Catálogo Sísmico da Região dos Açores. Versão 1.0 (1850-1998). In: P.B. Lourenço, J.O. Barros & D.V. Oliveira (Eds.), *6º Congresso Nacional de Sismologia e Engenharia Sísmica – SÍSMICA 2004 – Livro de Actas*. Guimarães. Universidade do Minho; 349-357.
- NUNES, J.C., Z. FRANÇA & P.A. BORGES (2004b). *Plano Municipal de Emergência das Lajes do Pico*. Relatório Técnico-Científico. Departamento de Geociências. Universidade dos Açores. Ponta Delgada; 45 p.
- QUEIROZ, G., J.L. GASPAR, P. VALADÃO, J. MADEIRA & P. ALVES (2001). *Plano Municipal de Emergência. Concelho da Praia da Vitória (Ilha Terceira)*. Relatório Técnico-Científico. Centro de Vulcanologia e Avaliação de Riscos Geológicos. Universidade dos Açores.
- SECRETARIA REGIONAL DO AMBIENTE E DO MAR (2007). *Plano Regional de Ordenamento do Território para a Região Autónoma dos Açores – PROTA*, vol. 15: Defesa Nacional, Segurança e Protecção Civil, Quaternaire Portugal; 97 p.
- SERVIÇO REGIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL E BOMBEIROS DOS AÇORES (2007). *Plano Regional de Emergência de Protecção Civil da Região Autónoma dos Açores*. Angra do Heroísmo.
- VALADÃO, P., A. PIMENTEL, J.L. GASPAR & G. QUEIROZ (2003). *Plano Municipal de Emergência. Concelho de Angra do Heroísmo (Ilha Terceira)*. Relatório Técnico-Científico. Centro de Vulcanologia e Avaliação de Riscos Geológicos. Universidade dos Açores.

ANEXOS e APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO I

Lista de inventariação de equipamentos passíveis de mobilização
disponíveis nos serviços

Lista de inventariação de equipamentos passíveis de mobilização disponíveis nos serviços

BLOCO OPERATÓRIO

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Digital de Pressão Arterial	12023	Agilent	4
Monitor Desfibrilhador		Siemens	3
Ventiladores fixos		Siemens	3
Seringa de infusão		B. Braun	6
Bomba de Infusão		Secura	4

CENTRO DE ADICTOLOGIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Digital de Pressão Arterial	13966/13967	Colin	2
Aparelho de TA	8954	Dinamap	1

CONSULTA EXTERNA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Digital de Pressão Arterial	12057/12058/12059/12060	CAS MOD. 93025	4

CONSULTA EXTERNA – PEDIATRIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor de Sinais Vitais	13534	Procare 300	1

DIÁLISE

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador c/ Monitor	7727	s/ ident.	1
Seringas de infusão	1155/1158	s/ ident.	2
Bomba de infusão	7731/7808	s/ ident.	2
Monitor de Sinais Vitais	9224/9549		2
	10696/11385/3786/7833/7834	Critikon	5

ESPECIALIDADES

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Seringa de infusão	9888	s/ ident.	1
Bomba de infusão	9887	s/ ident.	1
Monitor Cardíaco Modular	10073	Hewlett Pacard	1
Monitor Digital T. Arterial	11899	Dinamap	1
Monitor Desfibrilhador	8040	s/ ident.	1

EVACUAÇÕES

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Desfibrilhador	12671	Lifepak 12	1
Seringa de infusão	9876/9877	s/ ident.	2
Ventiladores portáteis		Osiris	2

GASTROENTEROLOGIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador com monitor cardíaco		Heartstream	1
Seringa de infusão	9454	s/ ident.	1
	11972/11973/11974	Fresenius vial	3
Bomba de infusão	9460	s/ ident.	1
	9894	B. Braun	1
	11988/11990/11997	Fresenius vial	3

IMUNOHEMOTERAPIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador c/ Monitor	11844	HeartStream XL	1
Monitor de Sinais Vitais	13345	Welch Allyn	1

MEDICINA III

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Desfibrilhador	13414	Philips	1
Monitor de Sinais Vitais		Critikan	1
		Colin	1
Seringa de infusão	9452	S/ ident.	1
	11485/11486/11487/11488	Fresenius vial	4
Monitor cardíaco modular	11899	Hewlett Pacard	1
Bomba de Infusão	4543	S/ ident.	1
	11507/11508	Fresenius	2
Monitor Digital de T. Arterial	11905	Agilent	1
Mini Oxímetro Digital	11122		

OBSTETRÍCIA/GINECOLOGIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador	2820	Siemens	1
Bombas de Infusão	2725/2723/5234/3700/3250/3246	B. Braun	6
	11501/11502/11503/11504/11505/11506	Fresenius	6
Monitor de Sinais Vitais	11377/11376/11375/11374	Criticon	4
	11243	Carj Brac Ad/R nascido	1
	11227	507/NJC	1
Monitor Tensão Arterial e Pulso	2810/2811	Siemens	2
Oxímetro	3486	Siemens	1

ONCOLOGIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador portátil	10489	Hewlett Packard	1
Seringa de Infusão	3646	s/ ident.	1
	11484	Fresenius vial	1
Bomba de infusão	9458/9459/9453/ 9895	s/ ident.	4
	11500	Fresenius	1
Monitor Pressão Dinamap	11382	Critikon	1

ORTOPEDIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador portátil	10987	Dextro	1
Seringa Infusora	5229	Secura	1
Bomba infusora	11991/11992	Fresenius vial	2
Monitor de Sinais Vitais	10175	Compact 487210	1

SECTOR DE REABILITAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Seringa de infusão	10651/10652	s/ ident.	2
Bomba de infusão	10649/10650	s/ ident.	2
Monitor de Sinais Vitais	12174/14360	Critikon	2

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA/RECOBRO

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador com Monitor e Pace-Maker		Hewlett Packard	1
Seringa de infusão	375/13927/13928	B. Braun	3
	361	Olmeda	1
Bomba de Infusão	359/376	Secura	2

SERVIÇO DE CIRURGIA II

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador portátil	10986	Dextro	1
Seringa de infusão	10601	s/ ident.	1
	11496/11970/11971	Fresenius vial	3
Bomba de Infusão	10605/10606/10607	B. Braun	5
	11516	Fresenius	1
Monitor de Sinais Vitais	11380	Critikan	1
Aparelho de TA	8954	Dinamap	1

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador c/ Monitor Cardíaco	4000 (1992) 1670 (1988)	Hewlett Packard	2
Desfibrilhador c/ Monitor Cardíaco e Pacemaker	10076 (1998)	Phisiocontrol	1
Seringas de Infusão Nº Inventário	3971/3972 (1988) 1081/1082 (1994) 5224 (1995)/1062 (1999)	B. Braun	6
	1497/1498 (2001)/1499	Fresenius vial	3
Bombas de Infusão Nº Inventário	3973 (1988)/ 5225/5226/5212/5213 (1995) 1063/1064 (1999)	B. Braun	7
	11517/11518 (2001)/ 11519	Fresenius	3
Monitor de Sinais Vitais	4931 (1996)	Jonhsons	1
	11373 (2001)	Critikan	1
	13303 (2004)	Procure 100 c/ Printer	1
	13327 (2004)	Procure Critikan	1
Monitor Cardíaco	3076 (1988) 3991 (1988)	Hewlett Packard	2
Oxímetro	4132 (1998)	Monim	1

SERVIÇO DE CIRURGIA I

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor de Sinais Vitais	13328	Procure – Critikan	1
Desfibrilhador com monitor cardíaco	s/ ident.	Agilent	1
Seringa de infusão	9455	B. Braun Melsungen	1
	11495/11969	Fresenius vial	2
	11968	Pilote	1
Bomba de Infusoras	5849/5848/5942/5228/ 9897/9980	B. Braun	6
	9456/9457	B. Braun Melsungen	2
	11515	Fresenius	1
Monitor Digital de TA	11830	Agilent	1
Monitor Cardíaco	11734	Agilant	1
Pulso oxímetro		s/ ident.	1

SERVIÇO DE MEDICINA I

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Cardíaco Modular	9969	Hewlett Packard	1
Desfibrilhador	3732	s/ ident.	1
Monitor Digital T. Arterial	13496	Colin	1
Seringa de infusão	1054/1055/5191/5190/5192/5193/9472/9880/9881	s/ ident.	9
	11489/11490/11491/11975/11976	Fresenius vial	5
Bomba de infusão	1060/1135/5188/9471/9470/9878/9879	s/ ident.	7
	11509/11510/11511	Fresenius	3
	11993/11994	Fresenius vial	2
Monitor de Sinais Vitais	9852	Dinamap	1
	11383	Critikan	1
Pulso oxímetro	10998		1

SERVIÇO DE MEDICINA II

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador	8290	Hewlett Packard	1
Seringa de infusão	1634/1632/5194/9433/9891/9842	s/ ident.	6
	11492/11493/11494/11977/11978	Fresenius vial	5
Bomba de Infusão	1627/1628/9435/9436/9890	s/ ident.	5
	11512/11513/11514	Fresenius	3
	11995/11996	Fresenius Vial	2
Monitor Cardíaco Modular	9968	Hewlett Pacard	1
Monitor Cardíaco	1434	Hewlett Pacard	1
Monitor de Sinais Vitais	11384	Critikan	1
	13358	Colin	1
Pulso oxímetro portátil c/ SPO ₂	12688/12689	s/ ident.	2

SERVIÇO DE PEDIATRIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador c/ Monitor Cardíaco	5581 (2001)	Waterloo	1
Seringas de Infusão	6489/6612 (1988) 5203/6699/5205 (1995) 10597	s/ ident.	6
	6728/5206/5207/5208 (1995)	B. Braun	4
	11965/ 11966 (2001)/ 11967	Fresenius vial	3
Bombas de Infusão	6490 (1988) 10597/10598/10599/ 10600 (1999)	s/ ident.	5
	5204	B. Braun	1
	11985/11986 (2001)/ 11987	Fresenius vial	3
Monitor de Sinais Vitais	1999	Criticare	1
Ambu	Adulto		
	Baby R	3331	2
	Pediatrico		5
Monitor Cardíaco	6723/6722 (1991)	Datex	2
	6731 (1991)	Siemens	1
Monitor Cardíaco c/ carro rodado	11730/11731/11732/ 11733 (2001)	Philips	4
	11694 (2001)	Agilent	1
Pulso oxímetro	11943/11745	Criticare p/ transporte	2
	12108/12109/11748/ 11851	Criticare	6
	6703/6702	Vickers	2
Oxímetro	6771 (1990)	C.S.T. 504	1
	6726/6593	Criticare	2

UNIDADE DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Desfibrilhador portátil		Hewlett Packard	1
Monitor de Sinais Vitais	11381	Critikare	1

UCIP

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Cardíaco c/ desfibrilhador	5236	s/ ident.	1
Seringas de infusão	5279/5289/5283/5287/ 5293/5291/5281/5285/ 5290/5288/5280/5282/ 5284/5286/5292	s/ ident.	24
	9466/9467/9468/9469/ 9885/9886/10609/10595/ 10608 (1999)		
Bombas de infusão	5369/5368/5305/5307/ 5302/5303/5301/5304/ 5306/5211/9461/9462/ 9463/9464/9465/9882/ 9883/9884/10044/10127/ 10128/10131 (1998)	s/ ident.	22
Monitor cardíaco modular	12032	Siemens	1
	13590/13592/13593/13594	Philips	4
Monitor Portátil	13587	s/ ident.	1
Ventiladores fixos			5
Ventiladores portáteis		Osiris	2

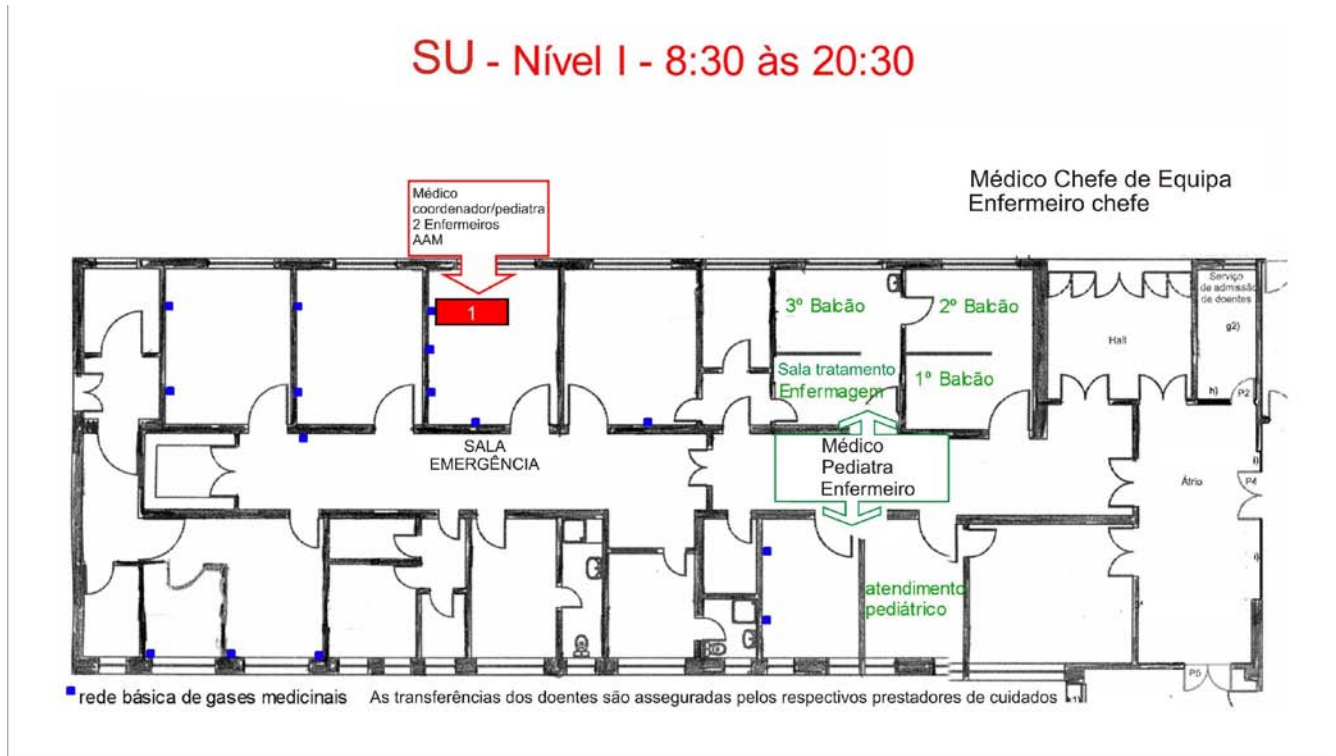
URGÊNCIA

ARTIGO	Nº INVENTÁRIO	MARCA	QUANTIDADE EXISTENTE (Inventário)
Monitor Desfibrilhador	10671 (1999)	Hewlett Pacard	1
	(2001)	Agilent Heartstream XL	1
		Lifepack 12	1
Seringa de infusão	10466 (1999)	B. Braun – Perfusor FM	1
	11979/11982/11980/11983/11981/11984 (2001)	Fresenius vial (Pilot A2)	6
Bomba de infusão	5231/5232 (1995) 10463/10512 (1999)	s/ ident. B. Braun – Infusomat – FM	4
	11989 (2002) 11999/1200 (2001)	Fresenius vial (Óptima 3)	2
	11998 (2001)		1
Monitor Sinais Vitais	11481/11482 (2001) 11483	Agilent Philips (M304461M2)	3
	9548 (1997)	Dinamap XL	1
	11379 – reparação 11378 (2001)	Critikon (Dinamap RO300)	2
Pulsímetro	6332 (1990)	Criticare	1
Ventilador portátil		Osiris	1
Insuflador Mecânico		Ambumatic	1

ANEXO II

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas vermelha e verde, Nível I
(08h30-20h30)

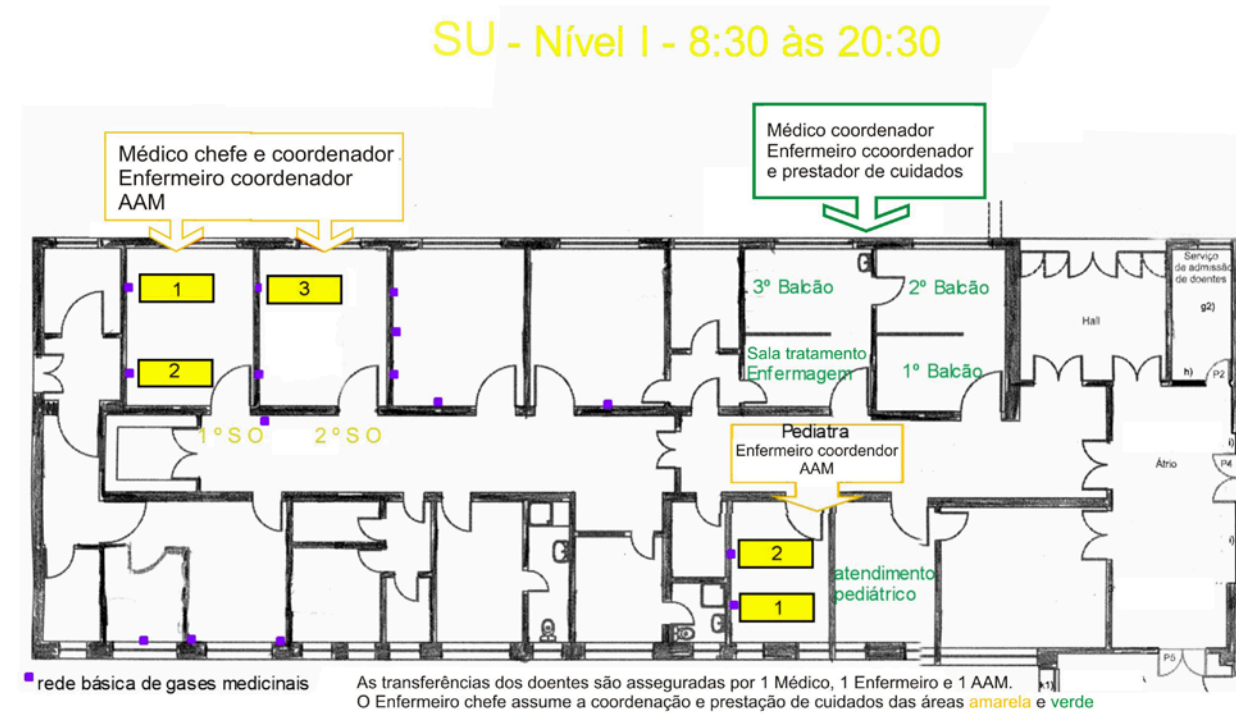
Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas vermelha e verde, Nível I (08h30-20h30)



ANEXO III

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas amarela e verde, Nível I
(08h30-20h30)

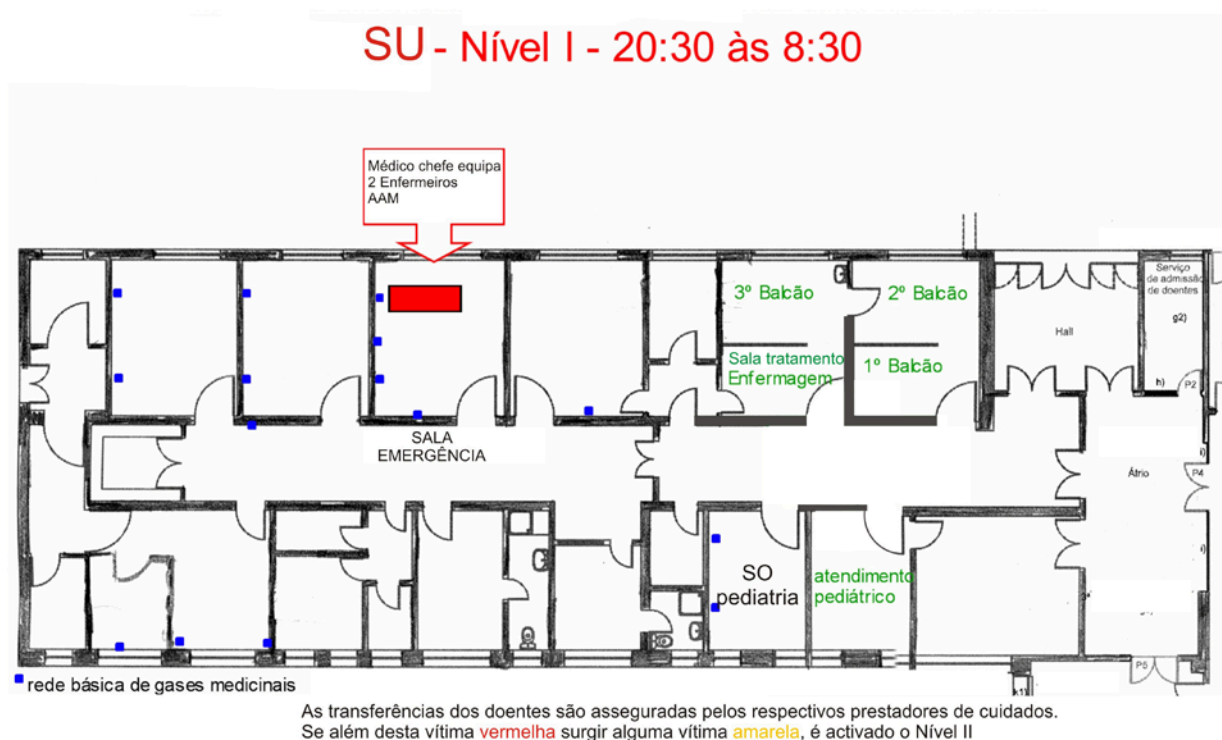
Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas amarela e verde, Nível I (08h30-20h30)



ANEXO IV

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas vermelha e verde, Nível I
(20h30-08h30)

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas vermelha e verde, Nível I (20h30-08h30)



ANEXO V

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas amarela e verde, Nível I
(20h30-08h30)

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas amarela e verde, Nível I (20h30-08h30)

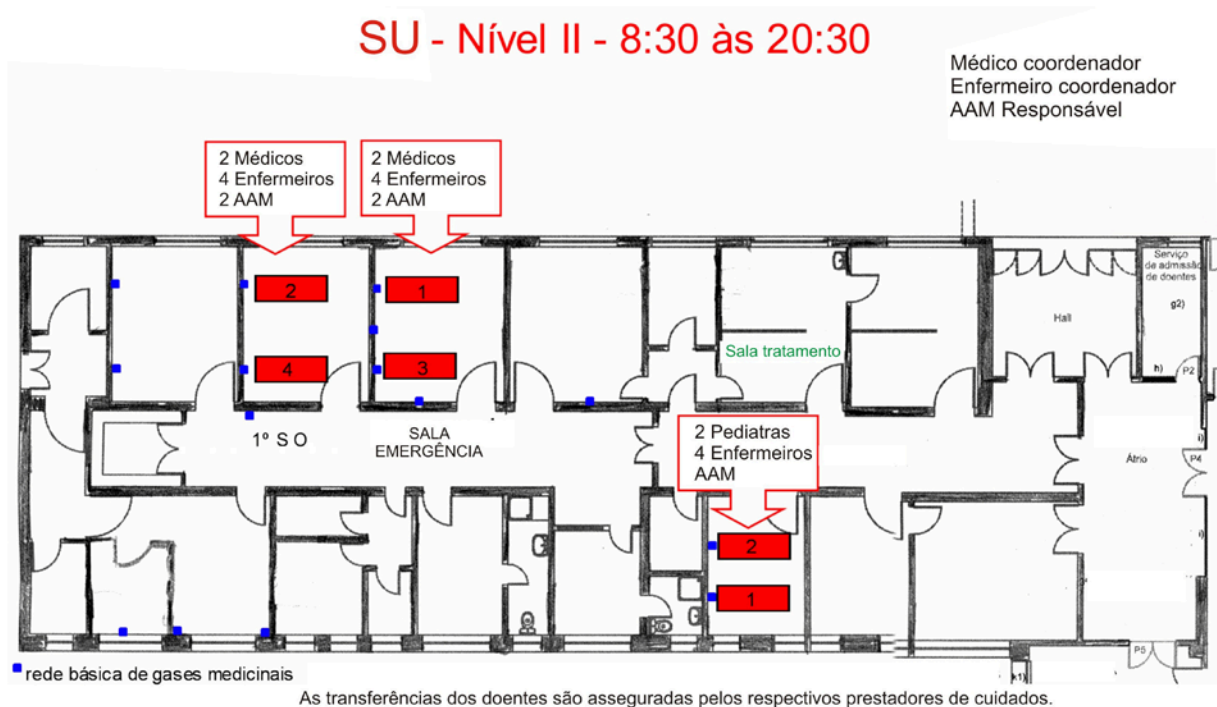


ANEXO VI

Mapa de distribuição das vítimas pela área vermelha, Nível II

(08h30-20h30)

Mapa de distribuição das vítimas pela área vermelha, Nível II (08h30-20h30)



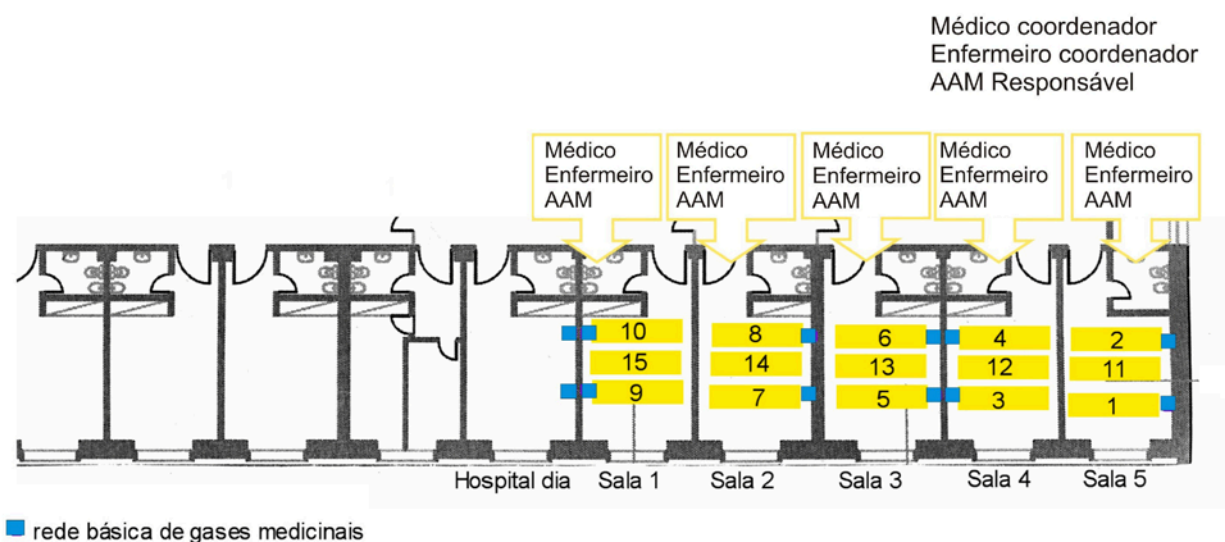
ANEXO VII

Mapa de distribuição das vítimas adultas pela área amarela

Nível II (08h30-20h30)

Mapa de distribuição das vítimas adultas pela área amarela, Nível II (08h30-20h30)

Medicina III - Nível II - 8:30 às 20:30



As transferências dos doentes são asseguradas por equipa constituída por 1 Médico, 1 Enfermeiro e 1 AAM a ser destacada do núcleo de reserva

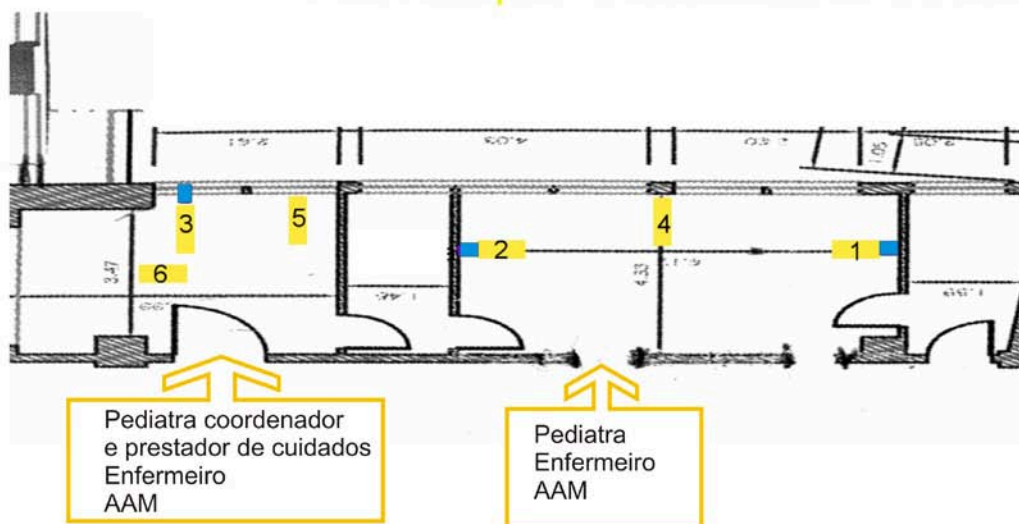
ANEXO VIII

Mapa de distribuição das vítimas pediátricas pela área amarela, Nível II
(08h30-20h30)

Mapa de distribuição das vítimas pediátricas pela área amarela, Nível II (08h30-20h30)

Nível II - 08:30 às 20:30

Fibroscoopia - Atendimento Pediátrico



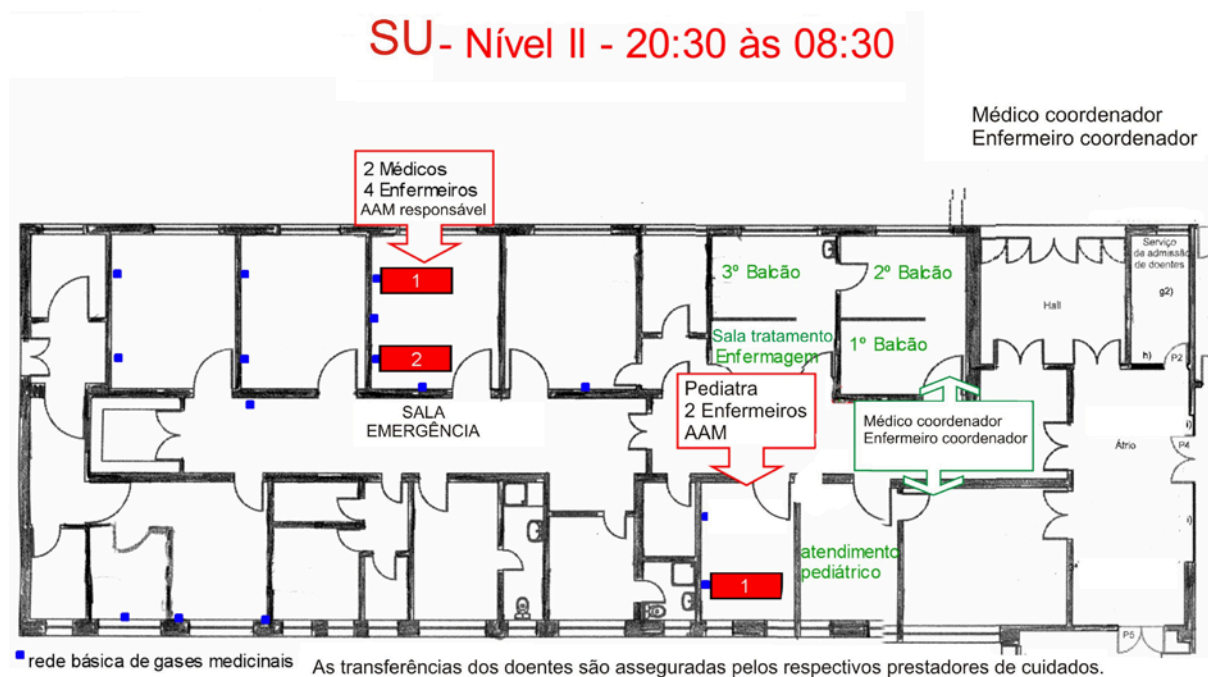
■ rede básica de gases medicinais

As transferências dos doentes são asseguradas por equipa constituída por 1 Médico, 1 Enfermeiro e 1 AAM a ser destacada do núcleo de reserva

ANEXO IX

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas vermelha e verde, Nível II
(20h30-08h30)

Mapa de distribuição das vítimas pelas áreas vermelha e verde, Nível II (20h30-08h30)

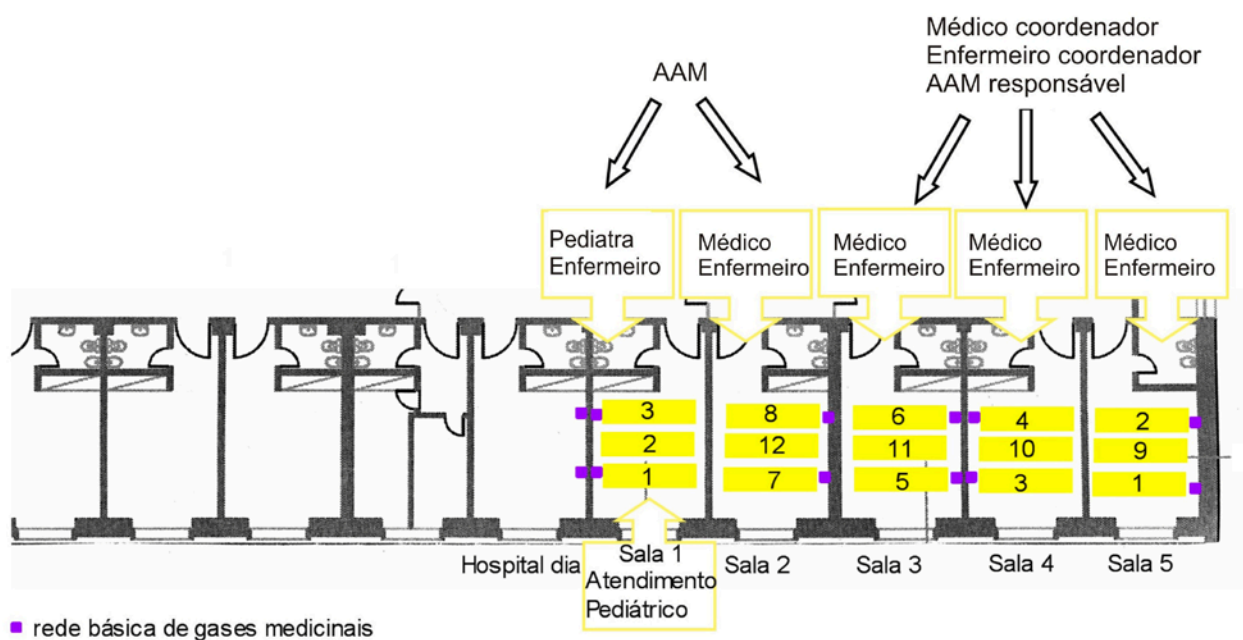


ANEXO X

Mapa de distribuição das vítimas pela área amarela, Nível II
(20h30-08h30)

Mapa de distribuição das vítimas pela área amarela, Nível II (20h30-08h30)

Medicina III - Nível II - 20:30 às 08:30



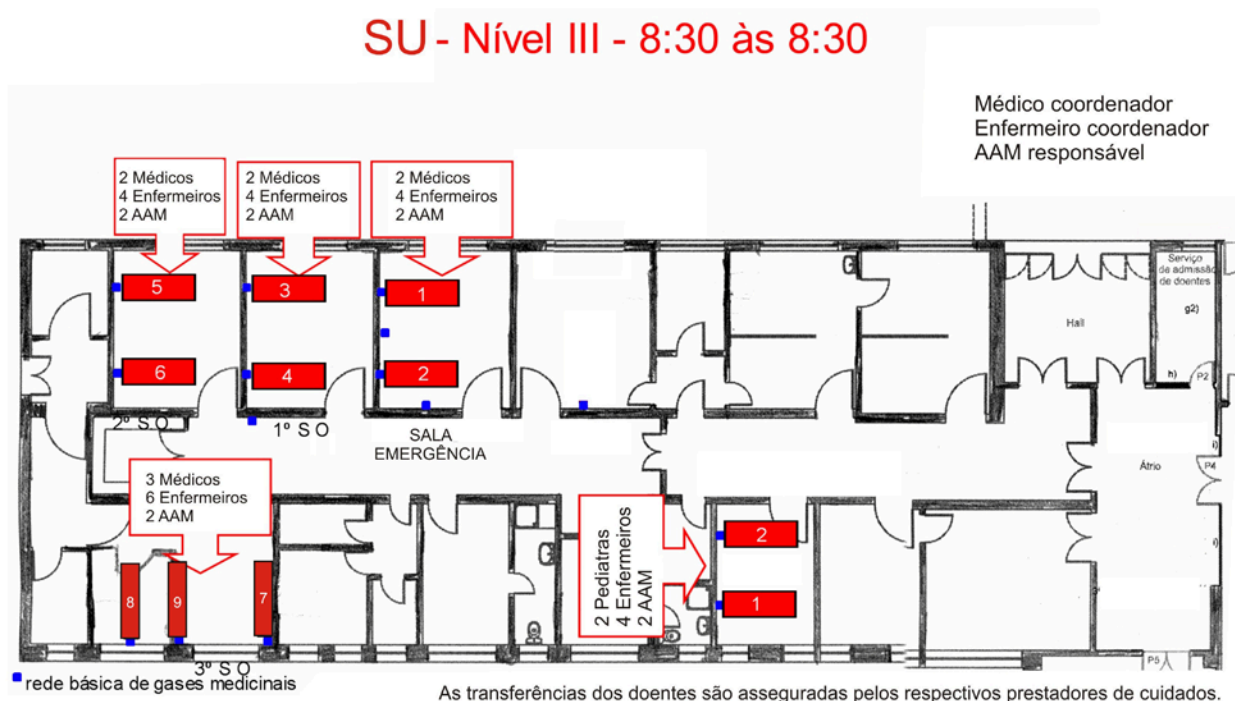
As transferências dos doentes são asseguradas por equipa constituída por 1 Médico, 1 Enfermeiro e 1 AAM a ser destacada do núcleo de reserva

ANEXO XI

Mapa de distribuição das vítimas pela área vermelha, Nível III

(08h30-08h30)

Mapa de distribuição das vítimas pela área vermelha, Nível III (08h30-08h30)



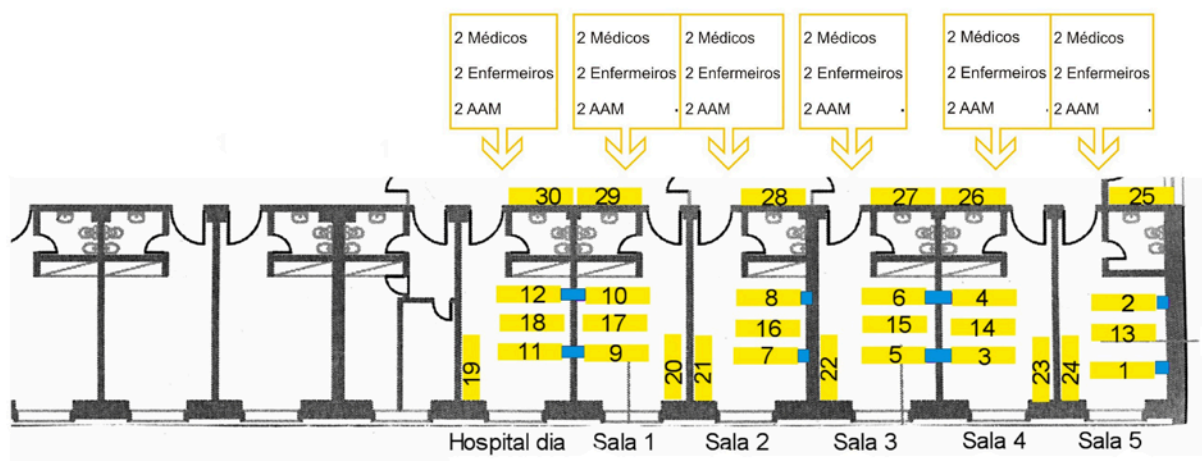
ANEXO XII

Mapa de distribuição das vítimas pela área amarela - 1^a linha, Nível III
(08h30-08h30)

Mapa de distribuição das vítimas pela área amarela - 1ª linha, Nível III (08h30-08h30)

Medicina III - Nível III - 8:30 às 8:30 (1ª Linha)

Médico coordenador
Enfermeiro coordenador
AAM responsável



■ rede básica de gases medicinais

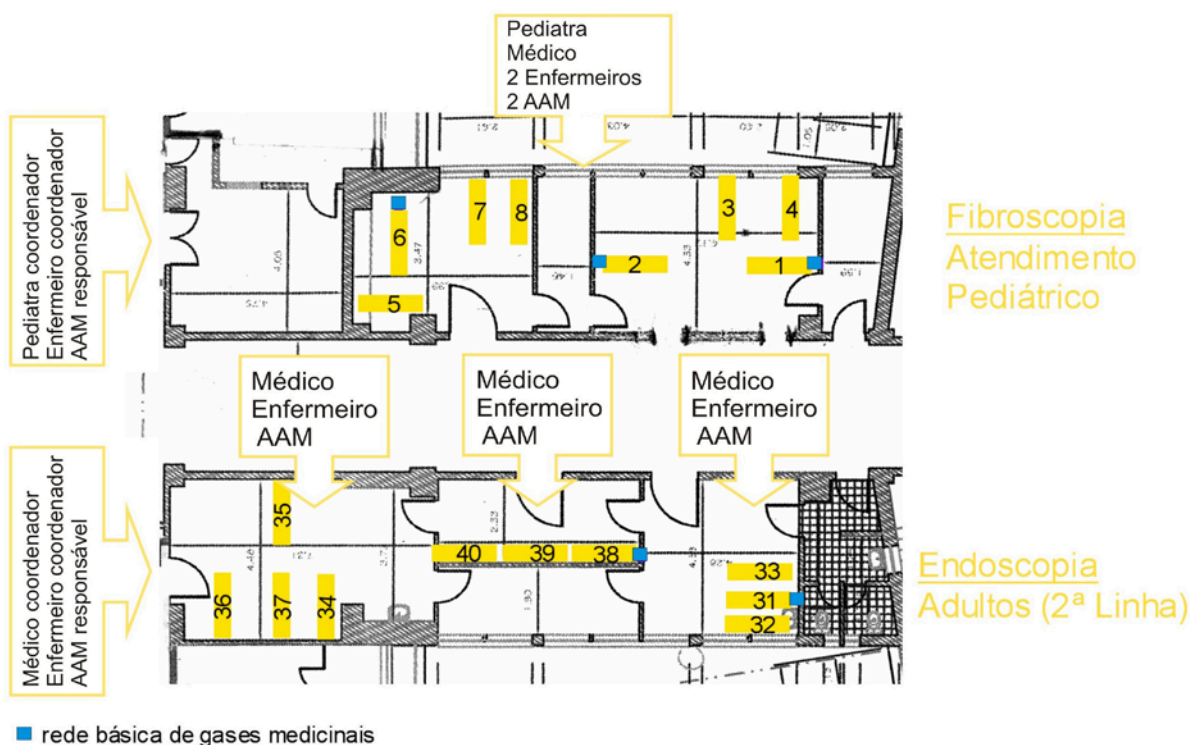
As transferências dos doentes são asseguradas por equipa constituída por 1 Médico, 1 Enfermeiro e 1 AAM a ser destacada do núcleo de reserva

ANEXO XIII

Mapa de distribuição das vítimas pela área amarela - 2^a linha, Nível III
(08h30-08h30)

Mapa de distribuição das vítimas pela área amarela - 2ª linha, Nível III (08h30-08h30)

ZONA AMARELA - NÍVEL III - 8:30 às 8:30



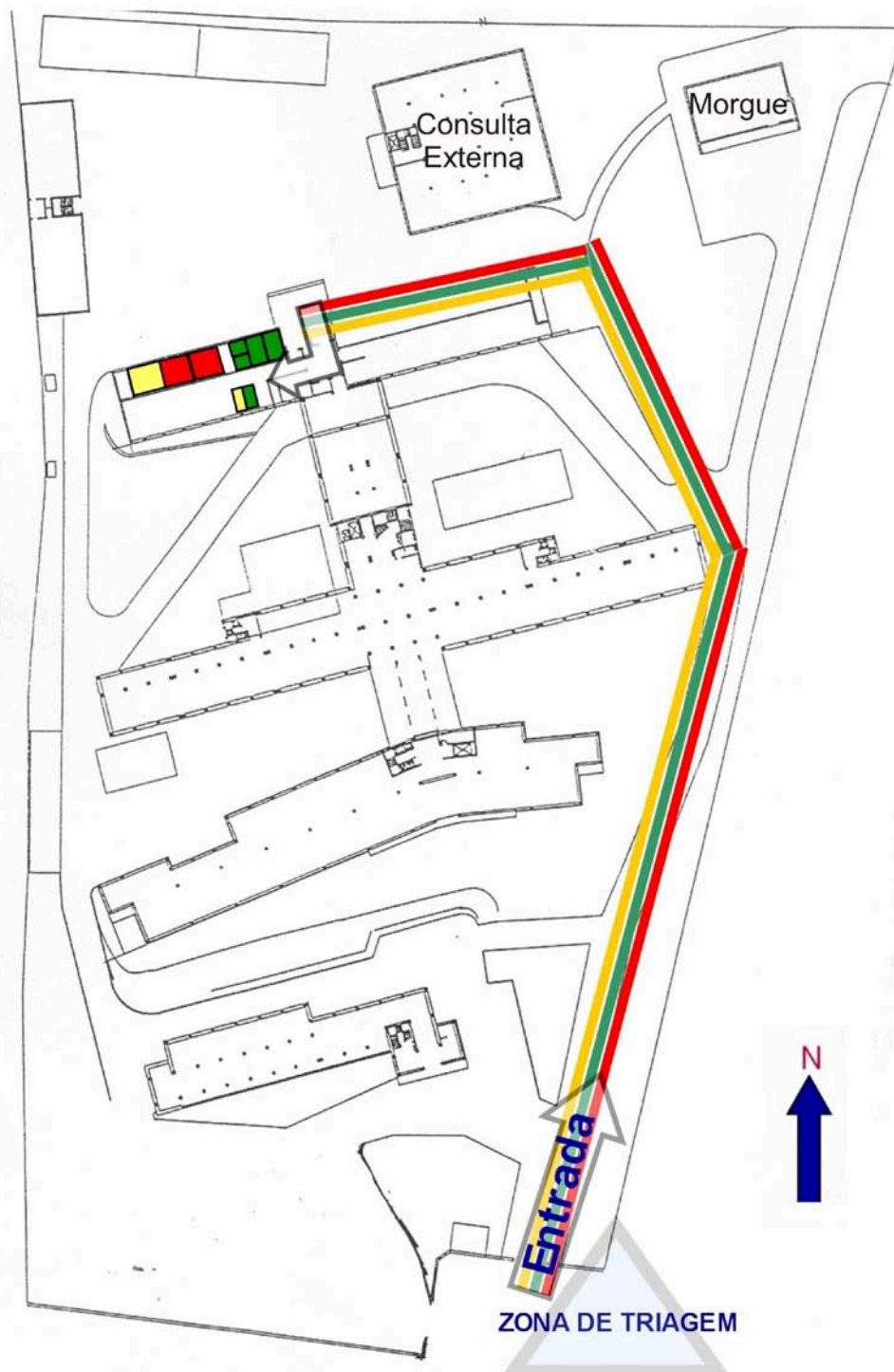
As transferências dos doentes são asseguradas por equipa constituída por 1 Médico, 1 Enfermeiro e 1 AAM a ser destacada do núcleo de reserva

ANEXO XIV

Mapa nº 1 – Identificação de zonas e circuitos, Nível I (08h30-08h30)

HSEAH - EPE

Mapa nº 1 - Identificação de zonas e circuitos, Nível I (08h30-08h30)

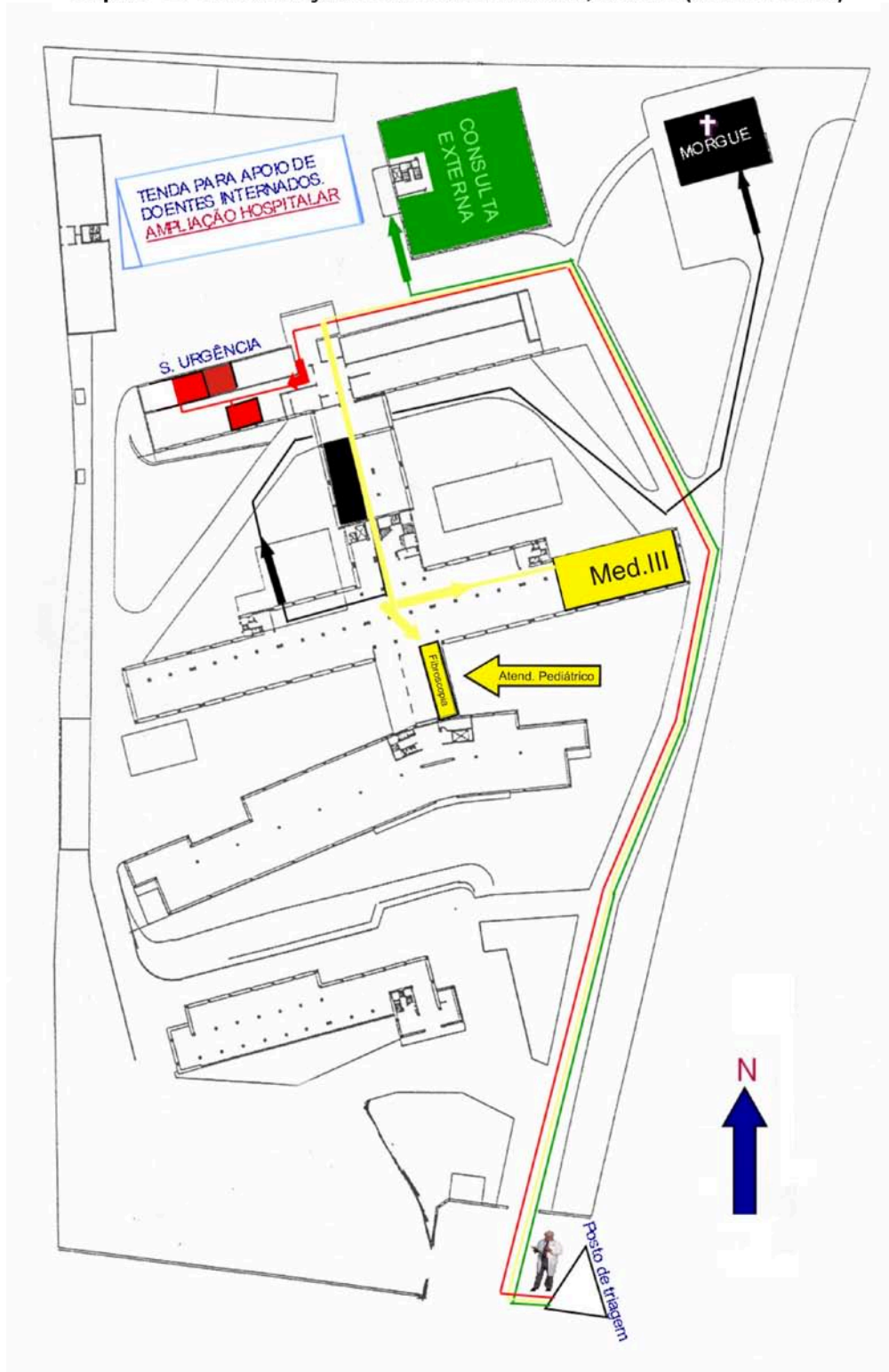


ANEXO XV

Mapa nº 2 – Identificação de zonas e circuitos, Nível II (08h30-20h30)

HSEAH - EPE

Mapa nº 2 - Identificação de zonas e circuitos, Nível II (08h30-20h30)

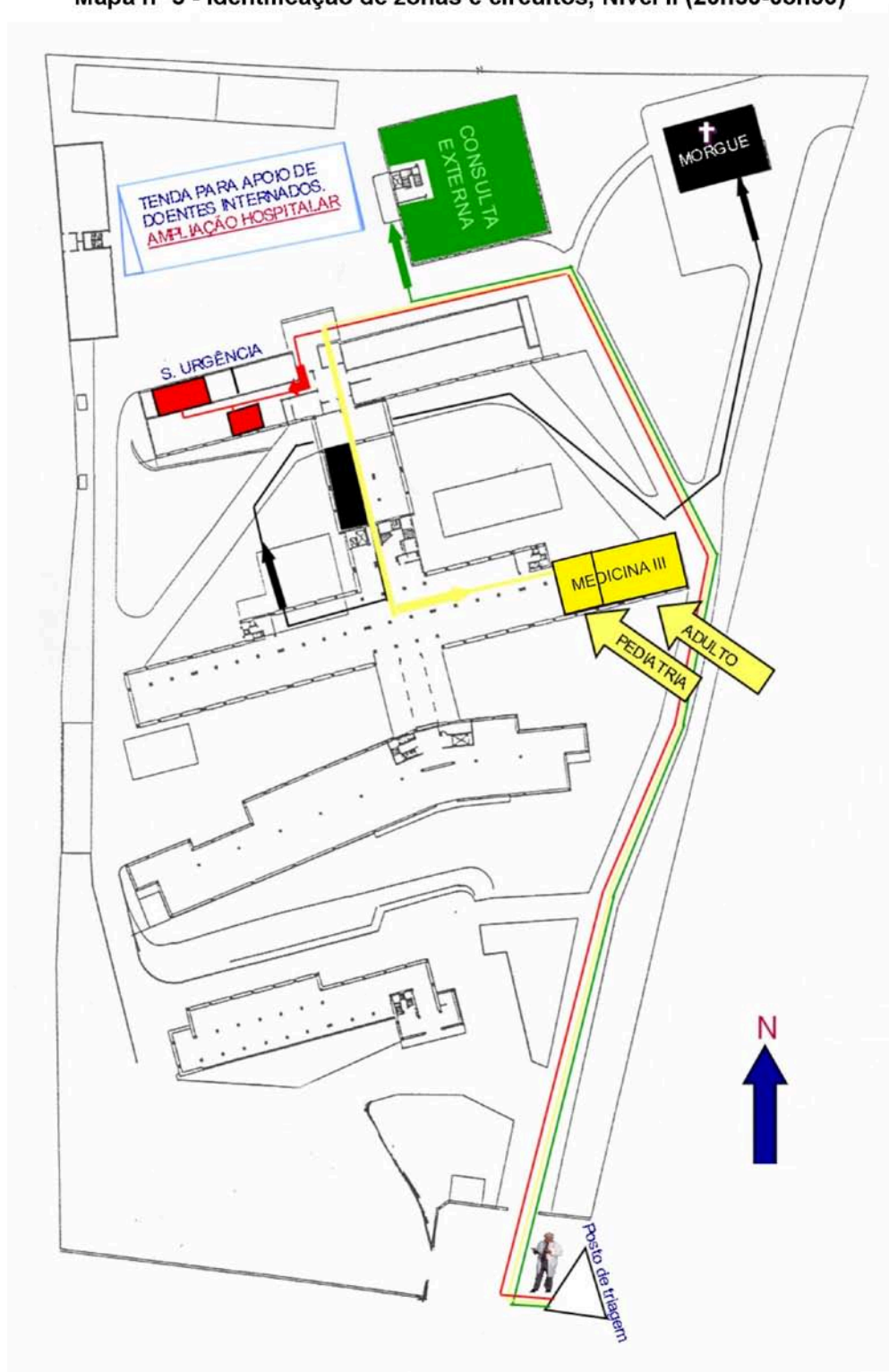


ANEXO XVI

Mapa nº 3 – Identificação de zonas e circuitos, Nível II (20h30-08h30)

HSEAH - EPE

Mapa nº 3 - Identificação de zonas e circuitos, Nível II (20h30-08h30)

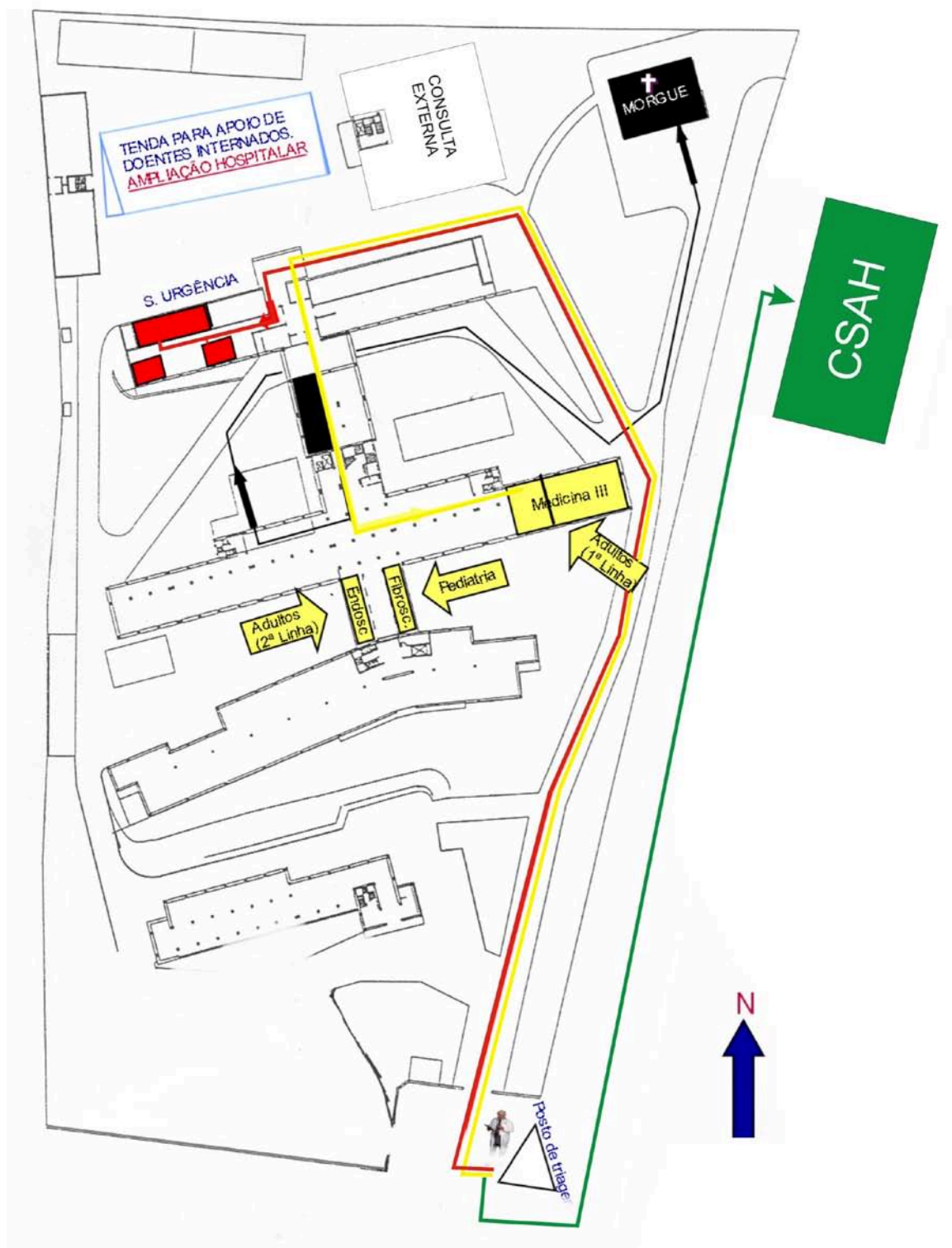


ANEXO XVII

Mapa nº 4 – Identificação de zonas e circuitos, Nível III (08h30-08h30)

HSEAH - EPE

Mapa nº 4 - Identificação de zonas e circuitos, Nível III (08h30-08h30)

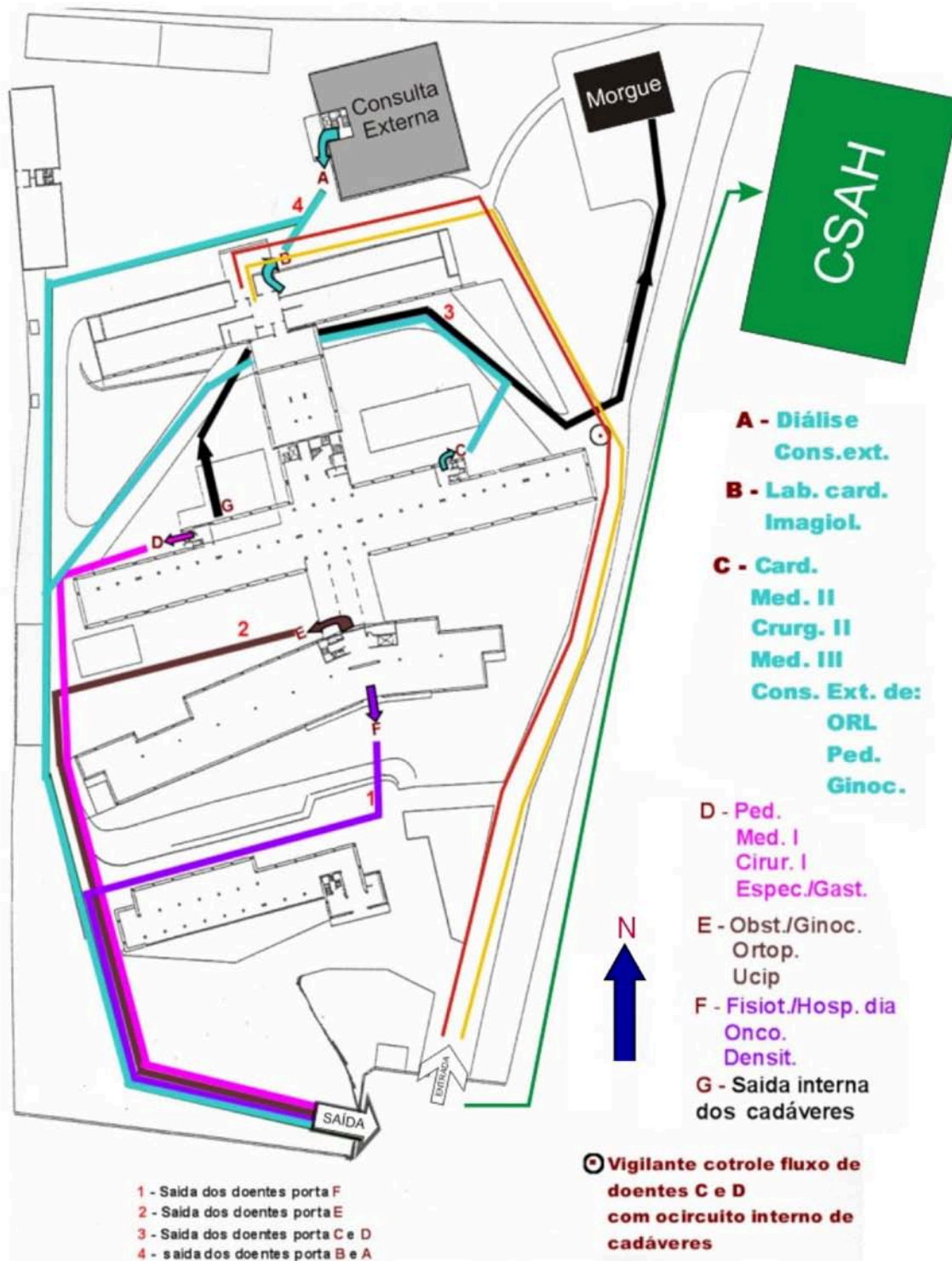


ANEXO XVIII

Mapa nº 5 – Identificação do fluxo unidireccional das entradas e saídas de emergência, Nível III (08h30-08h30)

HSEAH - EPE

Mapa nº 5 - Identificação do fluxo unidireccional das entradas e saídas de emergência
Nível III (08h30-08h30)



ANEXO XIX

Normativos dos Serviços Farmacêuticos em caso de Activação de
Qualquer Nível

Normativos dos Serviços Farmacêuticos em caso de Activação de Qualquer Nível

INTRODUÇÃO

A missão do Serviço de Farmácia do Hospital numa situação de catástrofe é a disponibilização da actuação farmacêutica nas áreas de tratamento, dispensa de medicamentos e reaprovisionamento da farmácia.

O presente documento apresenta um conjunto de normativos e procedimentos de emergência dos Serviços Farmacêuticos, que tem em conta as especificidades destes Serviços e respeita a forma de desencadeamento global do Plano de Emergência, isto é com os três níveis de resposta (Nível I, Nível 2 e Nível 3), pelo que se articulará com o PEE do Hospital.

Estes normativos são implementados aquando da activação do Plano de Emergência do HSEAH-EPE.

		Nível 1	Nível 2	Nível 3
Activação		Chefe de equipa do Serviço de Urgência	Chefe de equipa do SU, com conhecimento imediato ao Presidente do CA	Chefe de equipa do SU, com conhecimento imediato ao Presidente do CA
Alerta		Sem alerta	Central telefónica ao farmacêutico que está de prevenção	Central telefónica (se disponível), meios de comunicação social - Responsável do serviço
Execução	Coordenador do plano	Responsável dos Serviços Farmacêuticos e, na ausência deste, o farmacêutico de prevenção	Responsável dos Serviços Farmacêuticos e, na ausência deste, o farmacêutico de prevenção	Responsável dos Serviços Farmacêuticos (SF) e, na ausência deste, o farmacêutico de prevenção
	Expansão do Serviço a) Capacidade instalada b) Capacidade de expansão	Capacidade instalada: Stock normal: 90 dias; Stock mínimo: 45 dias. Capacidade de Expansão: Não aplicável.	Capacidade instalada: Igual à anterior. Capacidade de Expansão: Fornecedores locais e outras unidades e saúde locais. Área de expansão: se necessários, gabinetes e sala de reuniões.	Capacidade instalada: igual anterior. Capacidade de Expansão: Fornecedores nacionais, Farmácias da ilha, Hospitais da Região; Hospitais do Continente; mobilização de unidades de recursos, através da protecção civil. Área de Expansão: área de ambulatório e parque de estacionamento (tendas)
	Localização e mobilização de Recursos Humanos	Recursos humanos habituais no local de trabalho/prevenção	Horário de expediente (9-16h): todos os funcionários da farmácia. Horário de prevenção (16-9h): farmacêutico de prevenção convoca quem achar necessário (1T,1A)	A qualquer hora: Todos os funcionários da farmácia. Se necessário o responsável do serviço propõe a convocação de meios humanos externos
	Priorização de actividades	1) reposição de stocks do SU; 2) Actividades habituais no quotidiano.	1) Reforço de stocks do SU; 2) Organização de armários de urgência em diferentes locais de expansão do SU; 3) Reforço do stock do bloco operatório, cirurgias, ortopedia e UCIP; 4) Reabastecimento de stocks da farmácia; 5) Actividades quotidianas	1) Encerramento do ambulatório; 2) Reforço de stocks do SU; 3) Organização de armários de urgência em diferentes locais de expansão do SU; 4) Reforço do stock do bloco operatório, cirurgias, ortopedia e UCIP; 5) Reabastecimento de stocks da farmácia 6) Distribuição tradicional para os serviços de internamento (que habitualmente estão em dose unitária)

NOTA: existem nos Serviços Farmacêuticos listas com contactos de todos os funcionários da farmácia do Hospital, reformados e estagiários, bem como de entidades exteriores ao serviço (e.g., farmácias da ilha, hospitais da RAA) potenciais unidades de recurso em caso de activação do PEE.

FICHAS DE ACÇÃO:**Responsável do Serviço**

Pessoa que assume o cargo: _____ (Responsável dos serviços Farmacêuticos ou farmacêutico assistente ou farmacêutico de prevenção)
Reporta a: _____ (chefe de secção logística)
Contactos do Gabinete de logística: _____

Missão: Assegurar-se da disponibilidade do Serviço de urgência; o tipo de acidente; e a disponibilidade dos serviços farmacêuticos (recursos materiais e Recursos humanos);

Imediato (período operacional das 0 às 2 horas):

- o Receber o contacto do chefe de secção logística;
- o Ler a ficha de acção e rever o organigrama do serviço (colocado atrás da ficha);
- o Receber o plano de actuação do Chefe de secção logística e reunir com o Gabinete de Crise, se necessário;
- o Contactar e convocar os funcionários necessários;
- o Designar farmacêuticos para as áreas de tratamento de urgência, se necessário e/ou possível;
- o Fazer o inventário, procedendo à sua constante actualização, dos fármacos e produtos farmacêuticos mais utilizados em situações de catástrofe;
- o Identificar e inventariar os produtos farmacêuticos distribuídos pelos serviços do hospital que poderão ser redistribuídos em caso de necessidade;
- o Comunicar com o chefe de secção logística de modo a assegurar um processo mais desburocratizado de distribuição de produtos farmacêuticos dentro do hospital;
- o Coordenar com os fornecedores locais os procedimentos de entrega, os quais já estão previamente estabelecidos com os fornecedores locais.

Intermédio (período operacional 2 a 12 horas):

- o Comunicar com o Chefe de secção logística de modo a assegurar um processo de aquisições mais desburocratizado (fornecedores entregam material solicitado com guia de remessa e a nota de encomenda é feita à *posteriori*, à excepção dos estupefacientes e psicotrópicos em que o serviço de aprovisionamento emite uma nota de encomenda manual);
- o Assegurar a comunicação intra-hospitalar (e.g. com estafetas, “walkie-talkies”);
- o Pedir reforços de recursos humanos externos, se necessário.

Longo (período operacional a partir das 12 horas):

- o Manter as reuniões de rotina com a cadeia de comando;
- o Rever e aprovar os documentos com os registos das acções e decisões tomadas nos Serviços Farmacêuticos (enviar cópia ao chefe de secção logística);
- o Observar e reportar os elementos do Staff que apresentam sinais de stress e fadiga;
- o Promover períodos de descanso e de repouso aos funcionários (turnos de 8 h);
- o Assegurar a rotatividade dos turnos;
- o Contactar os fornecedores de modo a programar o reabastecimento dos Serviços Farmacêuticos.

FICHAS DE ACÇÃO:**3 Farmacêutico: A (Urgência) + B (distribuição) + C (inventário e fornecedores)****2 Farmacêutico: B + C****1 Farmacêuticos: B + C com colaboração de 1 técnico e de 1 administrativo****Farmacêuticos****Farmacêutico:** _____**Reporta a:** _____ **(Responsável do serviço)****Missão: Assegurar a distribuição e aprovisionamento de produtos farmacêuticos, colaborar com o serviço de urgência e assegurar a medicação base dos doentes internados.****Imediato (período operacional das 0 às 2 horas):**

- o Receber as indicações do responsável do serviço;
- o Ler a ficha de acção e rever o organograma do serviço (colocado atrás da ficha);
- o Organizar os armários de urgência nas áreas de expansão do SU;
- o **Farmacêutico A:** Desloca-se, se possível e/ou necessário, para os SU para dar apoio (diluições, alternativas terapêuticas, hemoderivados e estupefacientes *in-loco*, etc.);
- o **Farmacêutico B:** Coordena com os técnicos destacados para a distribuição o processo de distribuição para os serviços; dá informação sobre medicamentos; faz de elo de comunicação com os serviços de internamento; identifica e inventaria os produtos farmacêuticos distribuídos pelos serviços do hospital que poderão ser redistribuídos em caso de necessidade;
- o **Farmacêutico C:** Faz o inventário (estupefacientes e hemoderivados), procedendo à sua constante actualização, dos fármacos e produtos farmacêuticos mais utilizados em situações de catástrofe; recebe a informação do técnico designado para o inventário e envia esses dados ao responsável de serviço.

Intermédio (período operacional 2 a 12 horas):

- o **Farmacêutico A:** Igual ao imediato;
- o **Farmacêutico B:** Igual ao imediato; selecção dos medicamentos a serem enviados aos doentes das enfermarias com distribuição em dose unitária, mediante a lista de levantamento das pastas de dose unitária executada pelos técnicos;
- o **Farmacêutico C:** Faz o inventário (estupefacientes e hemoderivados), procedendo à sua constante actualização, dos fármacos e produtos farmacêuticos mais utilizados em situações de catástrofe; recebe a informação do técnico designado para o inventário e envia esses dados ao responsável de serviço; na ausência do administrativo, contacta os fornecedores locais, para os medicamentos em falta; no caso de fornecimento por laboratórios externos, o contacto deve ser feito pelo farmacêutico;
- o **Qualquer farmacêutico:** sugerir alterações terapêuticas consoante a disponibilidade do stock; dar conhecimento da actual situação ao responsável do serviço.

Longo (período operacional a partir das 12 horas):

- o **Farmacêutico A:** Igual ao imediato;
- o **Farmacêutico B:** Igual ao imediato; selecção dos medicamentos a serem enviados aos doentes das enfermarias com distribuição em dose unitária, mediante a lista de levantamento das pastas de dose unitária executada pelos técnicos; actualização das necessidades dos serviços;
- o **Farmacêutico C:** faz actualização do inventário dos fármacos e produtos farmacêuticos e reporta ao responsável de serviço os produtos em falta ou com baixo stock; confirma e avalia os registos de medicação utilizada (entradas e saídas); dá indicações ao

- administrativo para contactar com fornecedores locais, para os medicamentos em falta; no caso de fornecimento por laboratórios externos, o contacto deve ser feito pelo farmacêutico;
- o **Qualquer farmacêutico:** sugerir alterações terapêuticas consoante a disponibilidade do stock; dar conhecimento da actual situação ao responsável do serviço; reportar sinais de stress ou cansaço.

FICHAS DE ACÇÃO:**4 Técnicos: A (Inventário) + B (Inventário) + C e D (Distribuição)****3 Técnicos: A (Inventário) + B (Inventário e distribuição) + C (Distribuição)****2 Técnicos: A (Inventário) + B (Distribuição)****1 Técnicos: A (Distribuição)****Técnico de Farmácia****Técnico:** _____**Reporta a:** _____ (farmacêutico)**Missão: Assegurar a preparação da medicação preestabelecida a enviar aos serviços a designar.****Imediato (período operacional das 0 às 2 horas):**

- o Receber as indicações do farmacêutico;
- o Ler a ficha de acção e rever o organigrama do serviço (colocado atrás da ficha);
- o Inventariar os produtos farmacêuticos em stock e proceder à sua arrumação caso seja necessário (Técnico **A**);
- o Preparar a medicação a enviar aos serviços de urgência.

Intermédio (período operacional 2 a 12 horas):

- o Fazer o levantamento total dos medicamentos em dose unitária por serviço e fornecê-lo ao farmacêutico responsável pela distribuição;
- o Preparar a medicação dessa listagem seleccionada pelo farmacêutico;
- o Repor os stocks do SU;
- o **Técnico B:** na ausência de pessoal administrativo, assegura os registos das saídas dos produtos para os serviços e os registos de entrada de medicamentos;
- o **Técnico C:** terá a seu cargo a preparação da medicação para os SU, BO e UCIP;
- o **Técnico D:** terá a seu cargo a preparação da medicação para os serviços de internamento.

Longo (período operacional a partir das 12 horas):

- o Assegurar a reposição de stocks;
- o Conferir e arrumar os produtos pedidos aos fornecedores;
- o Listar os produtos em falta;
- o Logo que possível, iniciar tarefas de rotina;
- o Reportar sinais de stress ou cansaço.

FICHAS DE ACÇÃO:**2 Administrativos: A (Registo de consumos) + B (Entradas, Fornecedores, Inventário)****1 Administrativo: A (Registo de consumos)****Administrativos****Administrativo:** _____**Reporta a:** _____ (responsável serviço ou farmacêutico C)**Missão: Assegurar a actualização dos registos de entradas e saídas e contacto com fornecedores locais.****Imediato (período operacional das 0 às 2 horas):**

- o Ler a ficha de acção e rever o organigrama do serviço (colocado atrás da ficha);
- o **Administrativo A:** Recebe indicações do responsável dos serviços ou do farmacêutico B; regista todas as saídas de medicamentos; elabora listas de todos os medicamentos, abaixo do ponto de pedido, para fornecer ao Administrativo B;
- o **Administrativo B:** Recebe indicações do responsável dos serviços ou do farmacêutico C; colabora no inventário dos produtos farmacêuticos em stock.

Intermédio (período operacional 2 a 12 horas) e Longo (período operacional a partir das 12 horas):

- o Reportar sinais de stress ou cansaço.
- o **Administrativo A:** Recebe indicações do responsável dos serviços ou do farmacêutico B; regista todas as saídas de medicamentos; elabora listas de todos os medicamentos, abaixo do ponto de pedido, para fornecer ao Administrativo B;
- o **Administrativo B:** Recebe indicações do responsável dos serviços ou do farmacêutico C; colabora no inventário dos produtos farmacêuticos em stock, se necessário; contacta os fornecedores locais; serve de elo de comunicação ao aprovisionamento; lista as entradas de medicamentos e, se necessário, ajuda na conferência das entregas; emite notas de encomenda de estupefacientes, caso o serviço de aprovisionamento não esteja operacional.

FICHAS DE ACÇÃO:**2 Auxiliares de Acção Médica: A + B****Auxiliares de Acção Médica****Auxiliar de Acção Médica:** _____**Reporta a:** _____ (farmacêutico B ou técnico de farmácia)**Missão: Assegurar o transporte de medicamentos aos serviços e limpeza e arrumação de áreas da farmácia.****Imediato (período operacional das 0 às 2 horas):**

- o Ler a ficha de acção e rever o organigrama do serviço (colocado atrás da ficha);
- o **Auxiliar A e B:** Recebem indicações do técnico de farmácia ou do farmacêutico B; colaboram na limpeza e arrumação das áreas da farmácia.

Intermédio (período operacional 2 a 12 horas) e Longo (período operacional a partir das 12 horas):

- o Reportar sinais de stress ou cansaço;
- o **Auxiliar A:** Recebe indicações do técnico de farmácia ou do farmacêutico B; limpa e arruma a farmácia, se necessário; faz a distribuição de produtos farmacêuticos pelos serviços; recolhe requisições de serviços; entrega listas de medicamentos necessários aos fornecedores locais, se necessário;
- o **Auxiliar B:** Recebe indicações do técnico de farmácia ou do farmacêutico B; limpa e arruma a farmácia, se necessário; avia as requisições de soros e desinfectantes; arruma medicamentos recepcionados e conferidos.

ANEXO XX

Disponibilidades do Serviço de Imunohemoterapia

Disponibilidades do Serviço de Imunohemoterapia

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direcção Regional de Saúde
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO,
E.P.E

Serviço de Imuno-Hemoterapia

À Comissão de Catástrofe

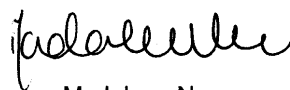
A disponibilidade do "stock de segurança" dos componentes sanguíneos em situação de catástrofe será:

1. Concentrado eritrocitário de qualquer grupo 30 unidades/cada;
2. Plasma fresco congelado 30 unidades, excepto do grupo AB – 100 unidades;
3. 40 unidades de crioprecipitado (de qualquer grupo sanguíneo);
4. Os restantes hemoderivados nomeadamente factor VIII, factor W Willibrand e factor VII são da responsabilidade da farmácia hospitalar.

Os dadores são solicitados telefonicamente, conforme a reposição é necessária e os ficheiros são ainda em papel, apesar de poder haver programa informático.

Angra do Heroísmo, 29 de Setembro de 2008

A Directora do Serviço



Madalena Nunes

ANEXO XXI

Check-list do armário de catástrofe

Check-list do Armário de Catástrofe

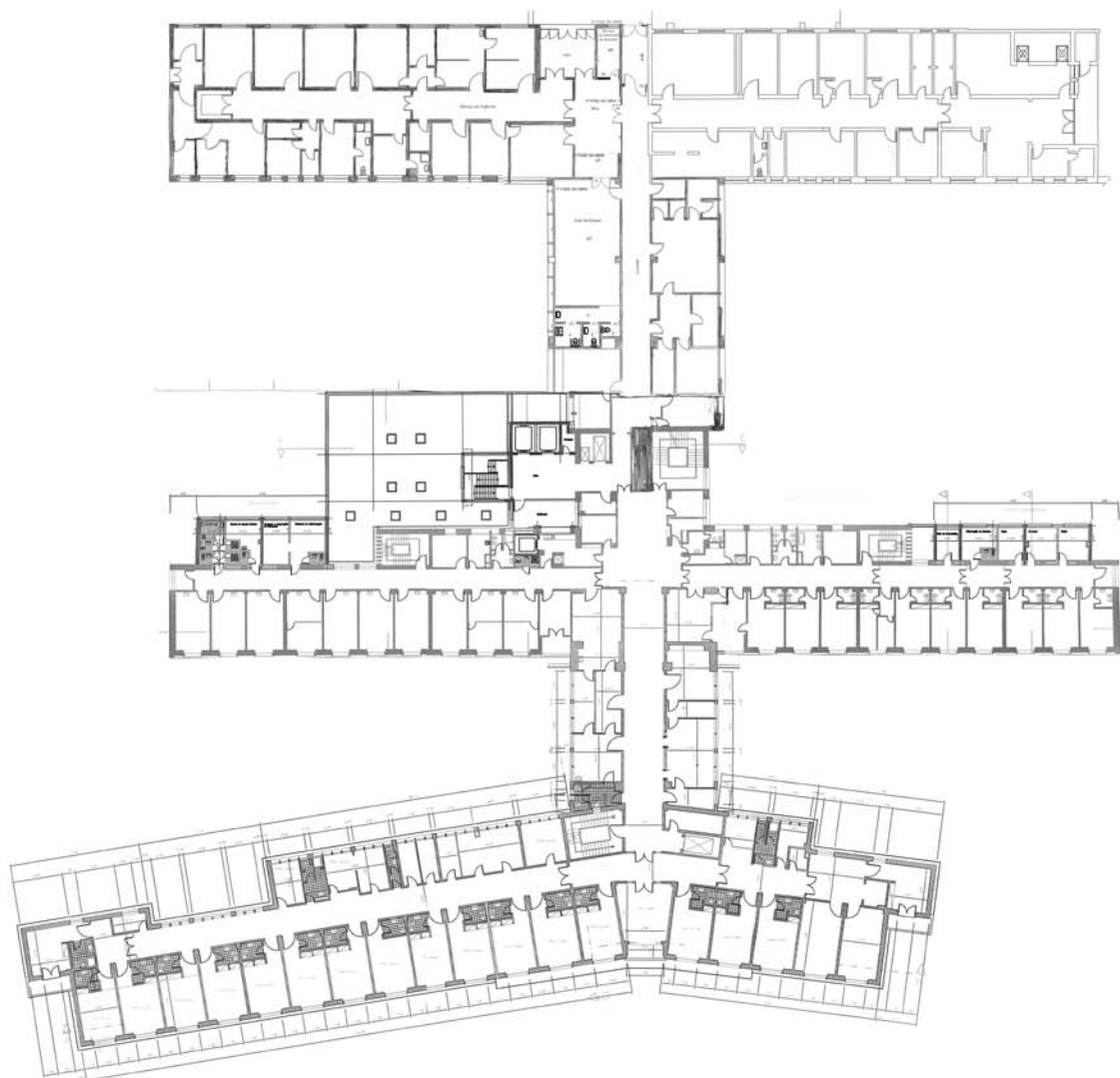
Item	Material	Quant.
1	Cartões de Acção	
2	Catálogo de Recursos	6
3	Placards para identificação de ÁREAS/Setas com dispositivo autocolante: • Vermelho • Amarelo • Verde • Preto • Cinzento	3 3 3 3 3
4	Kits numerados de 1 a 100 (Urg. Geral) e 101 a 150 (Urg. Pediátrica), em saco transparente, sendo os processos ímpares destinados à Equipa de triagem A e os pares à Equipa B ; cada kit é composto por: • 1 Impresso de Triagem de Catástrofes (Primária e Secundária); • 1 Pulseira identificada com o respectivo número; • 1 Boletim de Admissão numerado de acordo com o Kit (inclui requisições de análises, imagiologia, imunoterapia); • 1 Conjunto de tubos para colheita de sangue previamente numerados de acordo com o Kit (2 tubos de hemograma, 1 de Bioquímica e 1 tubo de tempos); • 1 Folha com autocolantes identificados de acordo com número do Kit; • 2 Sacos plásticos para recolha de pertences do doente, numerados.	150
5	Folhas de Registo utilizadas no Plano de Emergência: • Registo de Activação; • Registos de Área assistencial (Triagem, Vermelha, Amarela, Verde, Cinzenta, Preta); • Registo de Identificação de Vítimas; • Marcadores de grande fixação (tinta preta).	
6	Sacos para cadáveres	50
7	Chaveiro com as seguintes chaves: • Chave do Armazém de Material de Consumo Clínico, Administrativo e Hoteleiro; • Chave do Hospital de Dia e da Oncologia, Função Respiratória, Fisioterapia, Fibroscopia, Endoscopia, das 2 saídas do Bloco, da portaria e saída do Bloco B, Morgue, Consulta Externa, rouparia; • Chave do Stock de Rouparia; • Chave da Central de Esterilização; • Chave do Armazém da Farmácia; • Chave do Auditório.	
8	Exemplares do Plano de Emergência	8
9	Lanterna a pilhas	6
10	Rádio Transistor a pilhas	1
11	Mantas de aquecimento	50

NOTA: O Armário de Catástrofe estará localizado no Gabinete de Enfermagem do SU de Urgência.

ANEXO XXII

Planta do 1º Piso do HSEAH-EPE

Planta do 1º Piso do HSEAH-EPE



Montagem Laser2001

ANEXO XXIII

Planta geral com a distribuição das vítimas pelas diferentes áreas,
Nível I (08h30-20h30)

Planta geral com a distribuição das vítimas pelas diferentes áreas, Nível I (08h30-20h30)



Nota - vítima **vermelha** adulta **ou** pediátrica

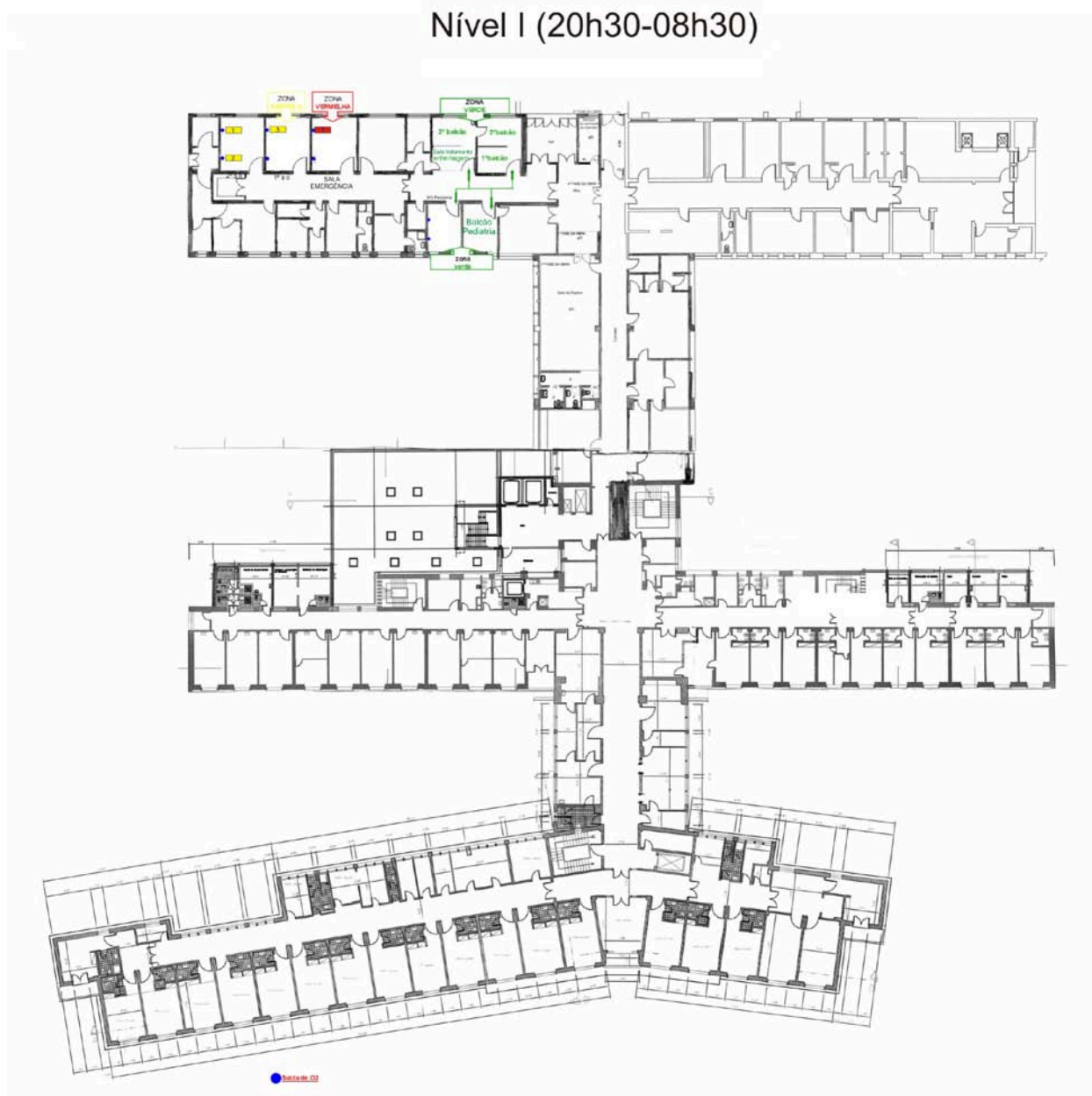
- Atendimento vítimas **verdes** na consulta externa

- As transferências dos doentes são asseguradas pelos respectivos prestadores de cuidados

ANEXO XXIV

Planta geral com a distribuição das vítimas pelas diferentes áreas,
Nível I (20h30m-08h30m)

Planta geral com a distribuição das vítimas pelas diferentes áreas, Nível I (20h30m-08h30m)



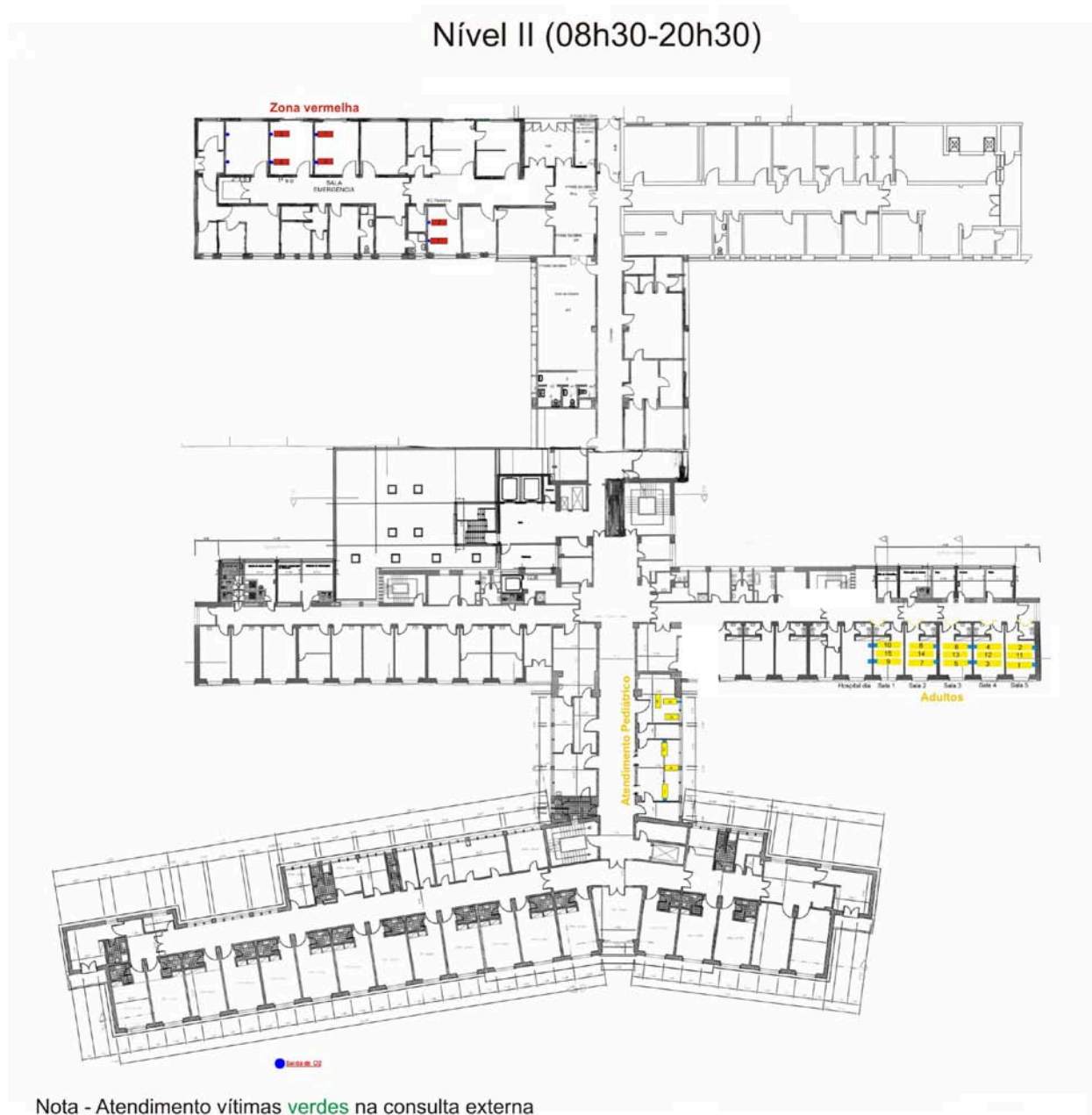
- Nota - Se der entrada uma vítima **vermelha** pediátrica será activado o Nível II (a partir das 20h30 não existe Pediatria de presença física).
- em caso de existências de vítimas **amarelas**, além de 1 vítima **vermelha**, passará do nível I para o Nível II (a partir das 00h00 apenas 2 enfermeiros e 2 médicos escalados).
 - As transferências dos doentes são asseguradas pelos respectivos prestadores de cuidados

ANEXO XXV

Planta geral com a distribuição das vítimas por áreas, Nível II

(08h30-20h30)

Planta geral com a distribuição das vítimas por áreas, Nível II (08h30-20h30)



Nota - Atendimento vítimas verdes na consulta externa

- As transferências dos doentes são asseguradas:

vermelhas - pelos respectivos prestadores de cuidados,

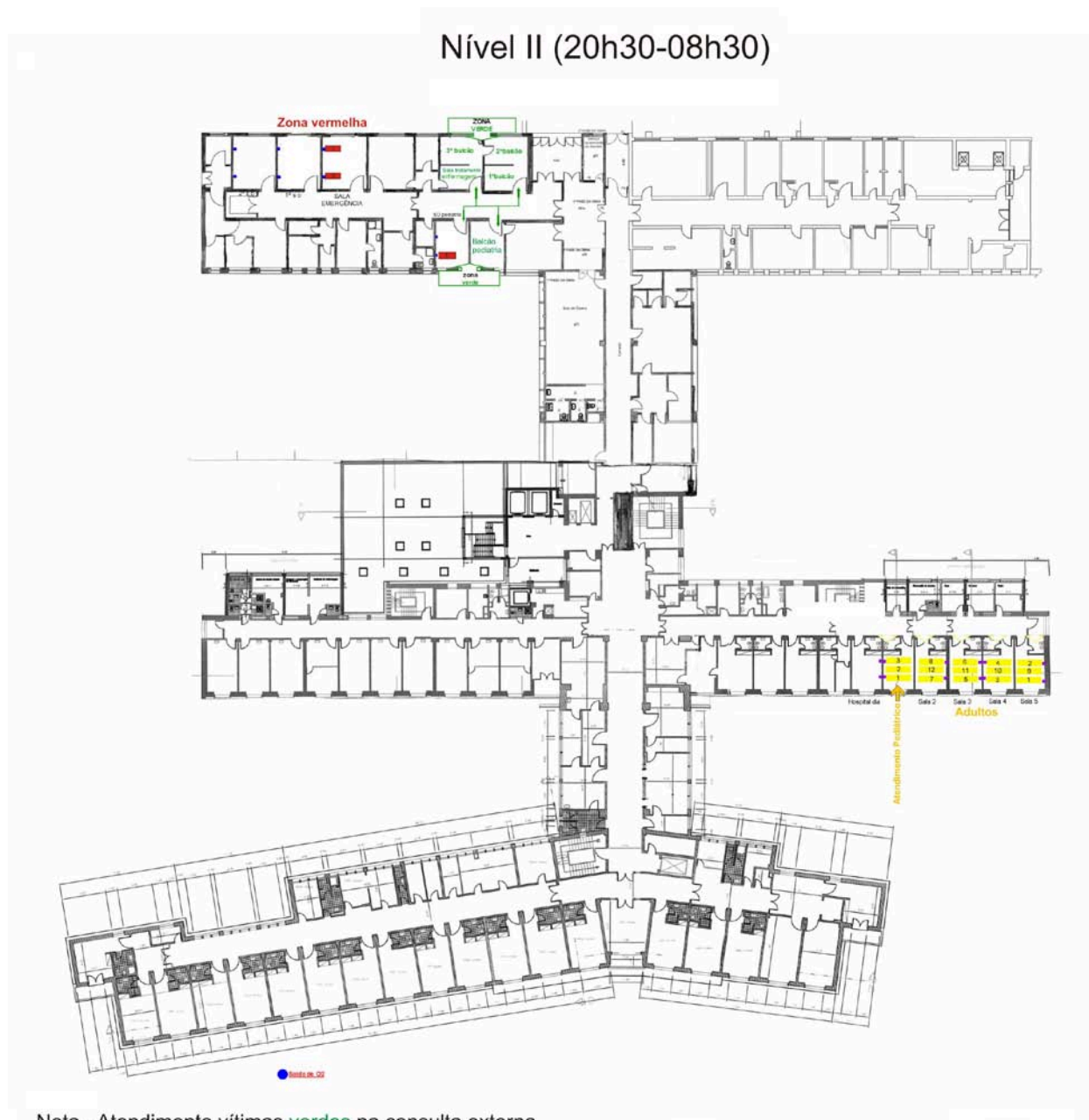
amarelas - por equipa constituída por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 AAM, a ser destacada do núcleo de reserva

- As transferências dos doentes são asseguradas pelos respectivos prestadores de cuidados

ANEXO XXVI

Planta geral com a distribuição das vítimas por áreas, Nível II
(20h30m-08h30m)

Planta geral com a distribuição das vítimas por áreas, Nível II (20h30m-08h30m)



Nota - Atendimento vítimas **verdes** na consulta externa

- As transferências dos doentes são asseguradas:
- vermelhas** - pelos respectivos prestadores de cuidados,
- amarelas** - por equipa constituída por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 AAM, a ser destacada do núcleo de reserva

ANEXO XXVII

Planta geral com a distribuição das vítimas por áreas, Nível III

(08h30-08h30)

Planta geral com a distribuição das vítimas por áreas, Nível III (08h30-08h30)



Nota - Atendimento vítimas **verdes** na consulta externa

- As transferências dos doentes são asseguradas:

vermelhas - pelos respectivos prestadores de cuidados,

amarelas - por equipa constituída por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 AAM, a ser destacada do núcleo de reserva

APÊNDICES

APÊNDICE A

**Proposta de Colaboração entre o HSEAH-EPE e o
RG1- Regimento de Guarnição nº 1**

PROPOSTA DE COLABORAÇÃO ENTRE O HSEAH-EPE E O RG1- REGIMENTO DE GUARNIÇÃO Nº 1

Objectivo Geral

Visa assegurar as condições necessárias para a transferência dos serviços do HSEAH-EPE para o RG1 na eventualidade de, em caso de catástrofe, as instalações do Hospital sofrerem destruição total ou parcial e, por esta via, serem consideradas limitadas ou inoperacionais.

Acesso às Instalações do RG1

Será feito apenas pela porta principal, com capacidade para viaturas ligeiras. No entanto, em situação de extrema necessidade, a mesma poderá ser usada para circulação de ambulâncias e outras viaturas de maior porte.

Triagem das Vítimas

Será realizada junto do portão do Parque “Relvão”, em tenda insuflável disponibilizada pelo RG1.

Instalações e Áreas Disponíveis para a Transferência do HSEAH-EPE para o RG1

➤ CASERNA NORTE:

- rés-do-chão

- Com 8 compartimentos, cada um com capacidade para 10 camas ou macas; disponibilização imediata de 5 compartimentos e 3 outros compartimentos serão disponibilizados cerca de 2 horas depois.
- Capacidade total de recepção = 80 vítimas.
- Permite fluxo unidireccional uma vez que há uma porta de entrada e outra de saída com largura suficiente; esta última tem passagem pelo compartimento das caldeiras, através do qual se processarão evacuações e saída de material necessário.

- Os compartimentos 3, 4 e 5 ficam reservados para as vítimas triadas como vermelhas (ficarão sobre as camas do quartel e/ou em macas), num total de 30 vítimas vermelhas.
- As vítimas amarelas ficarão no corredor (com capacidade para 6 macas com rodas) e nos compartimentos 1 e 2, num total 29 vítimas amarelas; este corredor possui 3 tomadas eléctricas.
- O corredor de acesso à caserna pode comportar 3 macas e possui 2 tomadas eléctricas.

- Piso 1:

- Totalmente desocupado e disponibilização imediata, num total de 80 vítimas em camas e/ou macas.
- Não possui pontos de iluminação, apenas existindo 3 tomadas, pelo que fornecimento de extensões eléctricas será assegurado pelo HSEAH-EPE.
- Pequena cirurgia a instalar no 1º compartimento.

➤ **CASERNA SUL**

- Capacidade para 300 camas e/ou macas; ficará disponível em cerca de 6 horas.
- Será ponto de concentração e reserva do pessoal do hospital.
- Nesta mesma caserna ficarão os filhos menores dos funcionários do HSEAH-EPE, acompanhados por Educadoras de Infância do mesmo Hospital.
- O RG1 tem capacidade para fornecer material de consumo hoteleiro, designadamente, toalhas e roupas de cama.

➤ **ENFERMARIA:**

- Acesso à Enfermaria far-se-á pela porta Oeste.
- Neste edifício funcionará a Pediatria, com capacidade para 10 macas, sendo:
 - 5 vítimas vermelhas na parte direita
 - 5 vítimas amarelas na parte esquerda
- Se necessário, no corredor da Enfermaria poderão ser colocadas 4 macas.
- Capacidade de recepção total de 14 vítimas (vermelhas e amarelas).

- Edifício inclui Instalações Sanitárias (com 1 sanita, 2 bacias e 1 duche), uma copa, uma sala onde funcionará a pequena cirurgia e dois gabinetes de consultas.

➤ **CAPELA DE SANTA CATARINA**

- Local onde serão colocados os cadáveres, em sacos próprios.

➤ **EDIFÍCIO A NORTE DA PORTA DE ARMAS, 1ª PORTA À DIREITA**

- Edifício a instalar a Comunicação Social.

➤ **EDIFÍCIO DO COMANDO**

- Ficará instalado neste edifício, no topo Noroeste, o Gabinete de Crise e a Comissão de Catástrofe.
- O acesso far-se-á pela porta Norte.
- Tem 1 linha telefónica para o PBX e com possibilidade de rapidamente criar 1 linha externa directa.

➤ **COZINHA**

- Tem capacidade para confeccionar todas as refeições necessárias, desde que o Hospital forneça os géneros alimentícios, o pessoal para confecção das refeições e reforço da palamenta.

Outros Serviços

➤ **TRANSPORTES DE FERIDOS:** Regimento dispõe de 3 ambulâncias.

➤ **FORNECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL:** Regimento possui 1 tanque para abastecimento de água potável, com capacidade de 2.500 litros.

➤ **COMUNICAÇÕES:** As comunicações via rádio não são viáveis, pelo que deverão ser realizadas telefonicamente, através dos números 295 214 011/2.

➤ **EVACUAÇÕES AÉREAS:** Os helicópteros poderão operar na plataforma do balonete.

APÊNDICE B

Principais Meios Disponíveis na BA4- Base Aérea Nº 4

PRINCIPAIS MEIOS DISPONÍVEIS NA BA4- BASE AÉREA Nº 4

- Centro de Saúde de construção recente, com espaços amplos, quer ao nível de corredores, quer de portas e divisões; possui 6 camas e 1 sala de emergência com 2 macas.
- Uma a duas ambulâncias portuguesas.
- Dois Pontos de Concentração possíveis e adequados, a funcionar nos dois ginásios (um português e outro americano).
- Duas cozinhas, com capacidade de confecção de 300 refeições por dia.
- O Restaurante dos Sargentos Portugueses pode rapidamente mobilizar 500 refeições; o Hospital terá de assegurar o reforço da palamenta.
- A corporação de Bombeiros existente na Base Aérea nº 4, sendo americana, está incluída no plano de acidentes em terra, pertencente à BA4.
- O aeroporto (Aerogare Civil das Lajes), por sua vez, tem um plano de emergência que contempla a actuação das forças de emergência incluídas nesta base, sendo este validado pela Zona Aérea dos Açores.

NOTAS ADICIONAIS:

- 1) existe um protocolo de colaboração entre a Força Aérea Portuguesa e o Hospital relativo a evacuações.
- 2) os meios disponíveis acima indicados estão em fase de validação por parte do COA.

APÊNDICE C

Modelos de Registos em Catástrofe (Nº 1 a Nº 17)

Modelo 1:

Registo de Emergência e Catástrofe

1. Data: ____/____/____

2. Hora: ____:____

3. Informação da situação: _____

4. Identificação do informador: _____

5. Telefone: _____

6. Dados Confirmados? Sim ☐ Não ☐ Hora: ____:____

7. Alerta!

Director do Serviço de Urgência: _____

Chefe de Equipa de Banco: _____

A Telefonista

(Nº Mec. _____)

Modelo 2:

Registo de Intervenção do Gabinete de Crise

8. Chamada para: _____

Interlocutor: _____

Hora: ____:____

9. Dados confirmados? Sim ☐ Não ☐

10. Tipo de Catástrofe: _____

11. Localização: _____

12. Número de Vítimas: _____

Adultos: Crianças:

Ligeiros: Graves: Falecidos:

13. Lesões Predominantes: _____

Traumatizados: Queimados: Afogados:

Esmagamento: Intoxicados: Outros:

14. Convocar Gabinete de Crise: Sim ☐ Não ☐

Director do Serviço de Urgência

Chefe de Equipa do Serviço de Urgência

(Nº Mec. _____)

ou

(Nº Mec. _____)

Modelo 3:

Triagem Primária

Hora: ____:____ Número: ____

Triagem Manchester – Avaliação Primária

Anda		Verde
Respira após abertura da Via aérea		Preto
Freq. Resp. > 29 Freq. Resp. < 10		Vermelho
Preenchimento capilar > 2 Pulso > 120		Vermelho
Amarelo		

Modelo 4:

Registo de Entradas no Posto de Triagem A

DATA: ____ / ____ / ____

Nºs Impares	HORA	NOME	SEXO	Nª PRÉ HOSP.	COR
1	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
3	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
5	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
7	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
9	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
11	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
13	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
15	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
17	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					

Modelo 5:

Registo de Entradas no Posto de Triagem B

DATA: ____ / ____ / ____

Nºs Impares	HORA	NOME	SEXO	Nª PRÉ HOSP.	COR
2	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
4	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
6	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
8	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
10	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
12	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
14	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
16	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					
18	__ : __	_____ _____ _____	M F		
					
					
					

Modelo 6:

Triagem Secundária

Hora: ____:____ Número: ____

Escala de Comas de Glasgow	Abertura de olhos	Espontânea	4	Escala TRTS		
		Voz	3	Freq. Resp.	10 a 29	4
		Dor	2		> 29	3
		S/ Resposta	1		6 a 9	2
	Resposta Verbal	Orientada	5		1 a 5	1
		Confusa	4		0	0
		Inapropriada	3	Pressão Arterial Sistólica	> 90	4
		Imperceptível	2		76 a 89	3
		S/ Resposta	1		50 a 75	2
	Resposta motora	Ordem	6		1 a 49	1
		Localiza	5		0	0
		Fuga	4	Escala de Comas de Glasgow	13 a 15	4
		Flexão	3		9 a 12	3
		Extensão	2		6 a 8	2
		S/ Resposta	1		4 a 5	1
					3	0

Avaliação secundária

Hora		
	AV	TRTS
Freq. Resp.		
P.A. Sist.		
Glasgow		
	Total	
Cor Prioridade	1 – 10	
	11	
	12	
	0	
Nº mec.		

Modelo 7:

Folha de Registos (frente)

Hora: ____: ____

Número: _____

Hora
:
:

Hora
:
:

Hora
:
:

Hora
:
:

Escala de Comas de Glasgow

Abertura dos	A Entrada	A Saída
4 - espontânea		
3 - à voz		
2 - à dor		
1 - sem resposta		
Resposta Verbal:		
5 - orientado		
4 - confuso		
3 - inapropriada		
2 - incompreensível		
1 - sem resposta		
Resposta Motora:		
6 - obedece à ordem		
5 - localiza a dor		
4 - retirada à dor		
3 - flexão anómala		
2 - extensão anómala		
1 - sem resposta		
Total:		

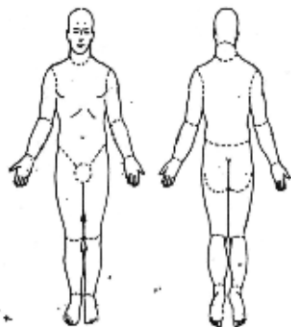
Escala TRTS

Freq. Respiratória:	A Entrada	A Saída
4 10 a 29		
3 > 29		
2 6 a 9		
1 1 a 5		
0 0		
P. A. Sistólica:		
4 > 90		
3 76 a 89		
2 50 a 75		
1 1a 49		
0 0		
Escala de		
4 13 a 15		
3 9 a 12		
2 6 a 8		
1 4 a 5		
0 3		
Total:		

Avaliação Secundária

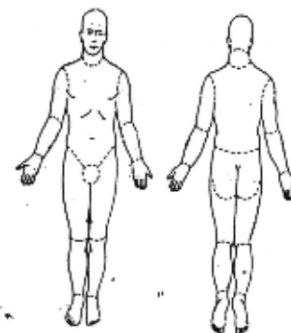
Hora	AV	TRTS
Freq. Resp.		
P. A. Sist.		
Glasgow		
	Total	
Cor	1 - 10	
Prioridade	11	
	12	
	0	
Nº mec.		

AVALIAÇÃO



LEGENDA
 - Queimadura-- Q
 - Fractura----- #
 - Contusão----- C
 - Ferida----- F
 - Dor----- D

PROCEDIMENTOS



OBSERVAÇÕES:

LEGENDA:

- Penso----- PS
 - Tala----- TL
 - Dreno torácico----- DT
 - Cateter periférico-nº----- CT
 - Cateter central----- CC
 - Sonda vesical nº----- SV
 - Sonda nasogástrica-nº----- SNG
 - Tubo traqueal nº----- TT
 - Ventilação mecânica----- VM

MÉDICO

ENFERMEIRO

Modelo 7:

Folha de Registos (verso)

Hora						
P. A.						
F. C.						
F. Resp.						
Temp.						
Glicémia						
Sat. O2						
Vol. Urin.						
Dreno _ _ _ _ _ .						
Dreno _ _ _ _ _ .						
Dreno _ _ _ _ _ .						

Hora	Terapêutica	Dose	Hora	Terapêutica	Dose

Exames Complementares de Diagnóstico

		HORA	RX	HORA	TAC	HORA
HEMOGRAMA	☐	_____	_____	_____	_____	_____
BIOQUÍMICA	☐	_____	_____	_____	_____	_____
COAGULAÇÃO	☐	_____	_____	_____	ECOGRAFIA	HORA
TIPAGEM	☐	_____	_____	_____	_____	_____
GASIMETRIA	☐	_____	_____	_____	_____	_____
ECG	☐	_____	_____	_____	_____	_____

OBS.:

MÉDICO

ENFERMEIRO

Registos de Sector – Verde

DATA: ____/____/____

Nº	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐

Registos de Sector – Amarelo

DATA: ____/____/____

Nº	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐

Modelo 10:

Registos de Sector – Vermelho

DATA: ____/____/____

Nº	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	__:__	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	__:__	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐

Registos de Sector – Cinzenta

DATA: ____/____/____

Nº	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐
	____:____	Triagem ☐ Vermelha ☐ Amarelo ☐	____:____	Vermelha ☐ Amarelo ☐ Bloco Op. ☐ Cinzento ☐ Cama: ☐ Preta ☐ _____ ☐ Domicilio ☐

Modelo 12:

Registos de Morgue

DATA: ____/____/____

Nº/NOME/DESCRIÇÃO	DATA/ HORA/ CHEGADA	ÁREA DE ORIGEM	DATA/ HORA/ PARTIDA
	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____	Triagem Vermelha  Amarela  Cinzenta  Verde  Serviço: _____ Outros: _____	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____
	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____	Triagem Vermelha  Amarela  Cinzenta  Verde  Serviço: _____ Outros: _____	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____
	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____	Triagem Vermelha  Amarela  Cinzenta  Verde  Serviço: _____ Outros: _____	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____
	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____	Triagem Vermelha  Amarela  Cinzenta  Verde  Serviço: _____ Outros: _____	____/____/____ ____h____m Ass._____ _____

Modelo 13:

Registo Completo para Tratamento de Dados

DATA: ____ / ____ / ____

Número	Cor	Nome	Idade/Nasc.	Morada	Nª Utente	Contacto
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			
	■ ■		____ __/__/__			

Modelo 14:

Registo de Entradas e Saídas de Médicos do Ponto de Encontro em Caso de Catástrofe

Data	Nome	Hora de Entrada	Serviço onde Trabalha	Hora de Saída		Observações
				HSEAH	Especificar outro local e contacto	

