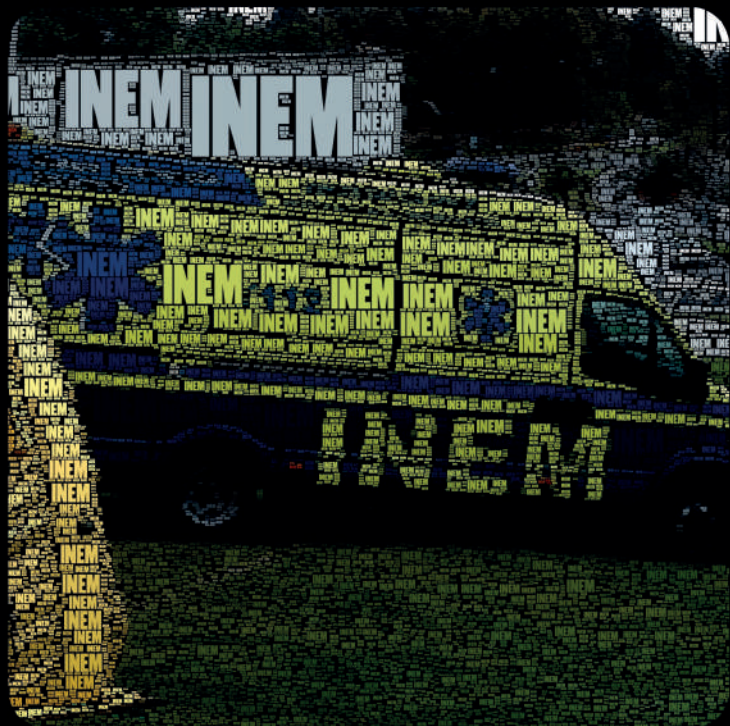


EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO



# SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO MANUAL TAS







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

*E.L.QUARANTELLI*

*Versão 3.0*

*1ª Edição, 2012*

ISBN 978-989-8646-08-8






SITUAÇÃO  
DE EXCEÇÃO (MANUAL TAS)



# PREFÁCIO



O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem feito esforços consideráveis para melhorar a resposta às situações de excepção, catástrofe ou multivítimas, nomeadamente através da aquisição de material, equipamento e viaturas dedicados a estes cenários particulares da emergência médica.

Mas, este esforço para que o Sistema Integrado de Emergência Médica trabalhe cada vez melhor não pode ficar apenas por aqui. É também fundamental melhorar a nossa capacidade de intervenção nos CODU, em diferentes cenários no terreno, melhorar as nossas competências técnicas e actualizar os conhecimentos, de forma permanente e continuada, habilitando todos os operacionais a intervirem da melhor forma possível em toda e qualquer situação de emergência médica de rotina e/ou de excepção.

Assim, é com grande satisfação que lhe apresentamos o novo Manual de Situações de Excepção, onde poderá encontrar aquelas que são as boas práticas atuais, consensualizadas a nível nacional e internacional, sobre planeamento e actuação em diferentes cenários de excepção ou potencialmente de multivítimas.

Todos aqueles que desempenham funções operacionais na emergência médica pré-hospitalar, têm a perfeita noção de que é, maioritariamente, nestes cenários que um bom planeamento e/ou uma boa e adequada abordagem inicial das vítimas, bem estruturada e sequencial, que muitas vidas podem e devem ser ganhas.

Este Manual destina-se a todos os operacionais do INEM, permitindo-lhes aprofundar conhecimentos previamente adquiridos e também adquirir novas competências, habilitando-os a uma actuação de teor avançado que poderá fazer toda a diferença na vida daqueles que diariamente assistimos, em cenários muitas vezes complexos e hostis.

Nestas páginas pode encontrar o trabalho de uma vasta equipa, nas áreas técnicas, pedagógicas e, também, audiovisuais, que trabalhou afincadamente para lhe poder disponibilizar este Manual, que esperamos que se venha a revelar como uma ferramenta útil do seu processo evolutivo de aquisição de novos e/ou melhores conhecimentos. A toda esta equipa, cuja composição encontrará na Ficha Técnica, aqui fica o agradecimento do INEM pelo bom trabalho realizado. Termino, afirmando que o INEM conta com todos e com cada um para garantir uma assistência tecnicamente qualificada, sempre com um elevado respeito e consideração pela vida humana, a todos aqueles que possam eventualmente necessitar do nosso saber e das nossas competências. Por isso, por essa responsabilidade acrescida, temos a obrigação de aproveitar cada dia como uma oportunidade única e irrepetível para aprendermos, para melhorarmos. Que este manual seja um dos instrumentos a utilizar na prossecução desse modo de vida.

**Miguel Soares de Oliveira**

Presidente do Conselho Diretivo do INEM



SITUAÇÃO  
DE EXCEÇÃO (MANUAL TAS)





## FICHA TÉCNICA

### AUTORES

**Miguel Soares de Oliveira,**  
Presidente do Conselho Diretivo do INEM

**Luís Meira,**  
INEM (Departamento de Formação em Emergência Médica), Médico (Anestesiologia)

**Miguel Valente,**  
INEM (Departamento de Formação em Emergência Médica), Enfermeiro

**Rodrigo Catarino,**  
INEM (Departamento de Formação em Emergência Médica), Enfermeiro

**Sónia Cunha,**  
INEM (Delegação Regional do Norte), Psicóloga

**Bruno Brito,**  
Psicólogo

**Bruno Borges,**  
INEM (Departamento de Emergência Médica),  
Coordenador de eventos de risco



### COLABORADORES

**Luís Ladeira,**  
INEM (Delegação Regional do Sul), Enfermeiro



### DESIGN E PAGINAÇÃO

David Rafachinho



### VALIDADO PELA COMISSÃO DE PERITOS

**Ana Teresa Lufinha,**  
Hospital Militar Principal, Médico (Anestesiologia)

**António Marques,**  
Hospital de Santo António, Médico (Anestesiologia)

**Armando Almeida,**  
Administração Regional de Saúde (Algarve),  
Enfermeiro

**Cândida Durão,**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,  
Enfermeira

**Carlos Luz,**  
Hospital Garcia de Orta, Médico (Cirurgia)

**Daniel Ferreira,**  
Hospital da Luz, Médico (Cardiologia)

**Ernestina Gomes,**  
Hospital Pedro Hispano, Médico (Anestesiologia)

**Fernando Próspero,**  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro,  
Médico (Cirurgia)

**Francisco Abecasis,**  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, Médico (Pediatria)

**Hélder Pereira,**  
Hospital Garcia de Orta, Médico (Cardiologia)

**João João Mendes,**  
Centro Hospitalar Lisboa Central, Médico (Medicina  
Interna)

**José Artur Paiva,**  
Hospital de São João, Médico (Medicina Interna)

**Miguel Félix,**  
Centro Hospitalar de Coimbra, Médico (Pediatria)



## ÍNDICE

<b>1. DEFINIÇÕES E CONCEITOS BÁSICOS</b>	<b>10</b>
a. Magnitude dos eventos: definições	12
b. Situação de exceção: o conceito	12
<b>2. TRIAGEM</b>	<b>14</b>
a. Triagem primária	15
b. Triagem secundária	20
<b>3. ETIQUETA DE TRIAGEM</b>	<b>22</b>
a. Como utilizar a etiqueta de triagem?	23
<b>4. O INEM EM SITUAÇÕES COM MULTIVÍTIMAS</b>	<b>26</b>
a. Proteção civil	27
b. Os agentes de proteção civil	27
i. Sistema integrado de operações de proteção e socorro	28
ii. Estruturas de coordenação no âmbito do SIOPS	28
c. A setorização dos teatros de operações	29
d. Posto de comando operacional	29
e. O papel do INEM	29
i. O centro de coordenação de doentes urgentes (CODU)	30
e. O princípio da coordenação	30
f. A chegada dos meios ao teatro de operações	31
g. O posto médico avançado	33
h. Comunicações	34
i. Evacuação	34
<b>5. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SITUAÇÕES DE CRISE</b>	<b>36</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA E SIGLAS</b>	<b>40</b>





INI



SITUAÇÃO DE  
EXCEÇÃO

# 1. DEFINIÇÕES E CONCEITOS BÁSICOS

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que diversas entidades realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes.

A estrutura de emergência médica pela qual o INEM é responsável dispõe de meios operacionais fundamentais para uma resposta imediata em cenários de crise, que tem vindo a aperfeiçoar-se de forma progressiva.

“Problemas específicos requerem soluções específicas”. O objetivo deste manual é fornecer guidelines/orientações para as equipas de EPH por forma a definir um sistema de abordagem/gestão de multivítimas (ex. acidente grave, situação de exceção) que permita ultrapassar limitações impostas por diversas circunstâncias.

NOTAS:

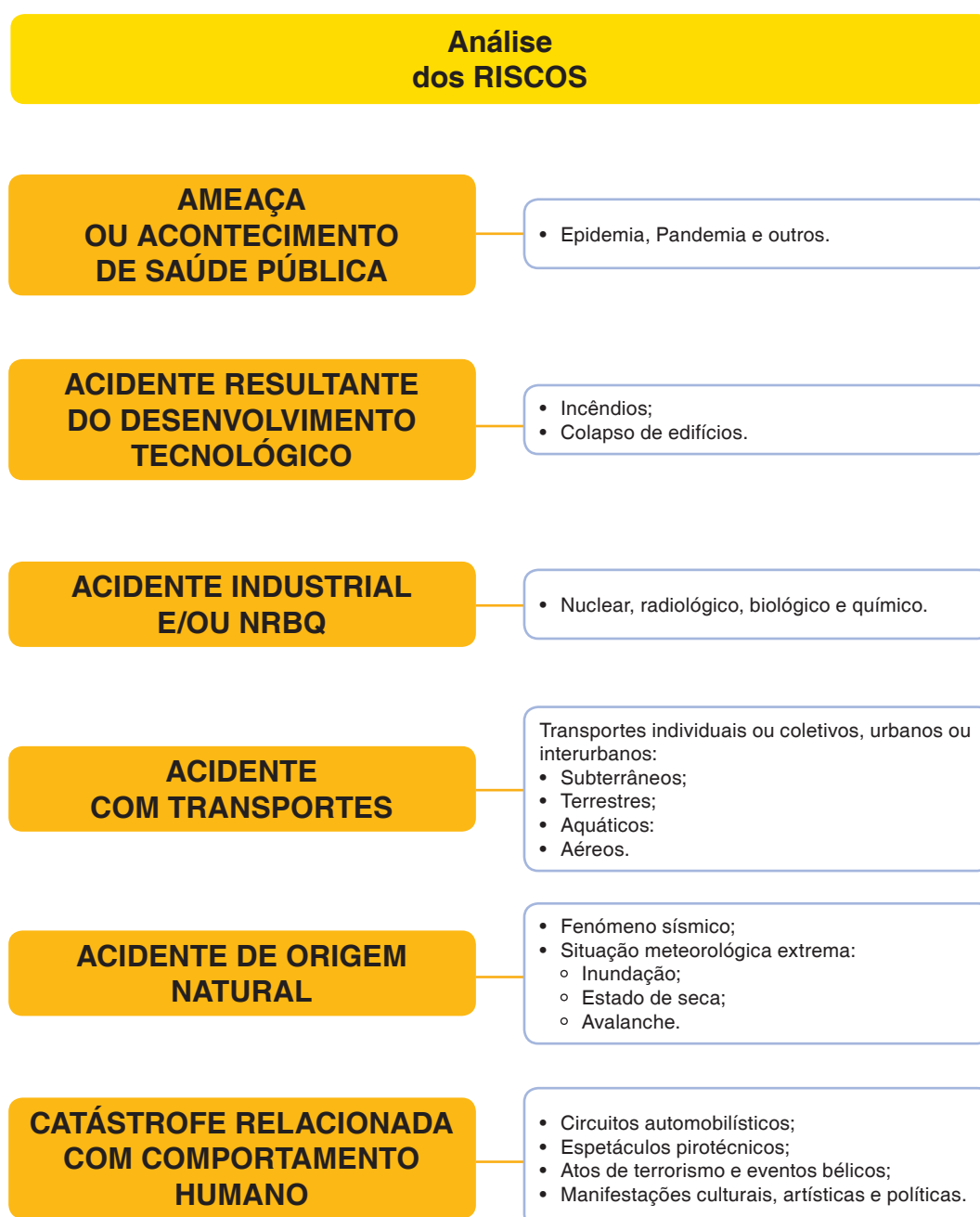


Figura 1

NOTAS:

## MAGNITUDE DOS EVENTOS: DEFINIÇÕES

### Acidente Grave:

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

*Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei N.º 27/2006*

### Crise:

Ações ou omissões induzidas por uma organização.

Como exemplos:

- Derrame de petróleo no Alasca em 1989 (Exxon Valdez);
- Envenenamento por cápsulas comercializadas de Tylenol, nos EUA em 1982, pela empresa Johnson & Johnson (aparentemente foi colocado cianeto na constituição das mesmas).

### Desastres:

Resultam de fenómenos naturais ou induzidos por uma ação humana externa. Como exemplos:

- Explosão de um avião, voo 103 da PAN AM, em 1988 na Escócia;
- Atentado do 11 de Setembro, no ano de 2001 em Nova Iorque.

### Catástrofe:

Acontecimento súbito quase sempre imprevisível.

É o acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (*Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei N.º 27/2006*).

Segundo *Thomas Birkland*, são mais profundas que os desastres porque afetam áreas maiores, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas, são afetadas. Como exemplos:

- Furacão Katrina, ano de 2005 nos EUA;
- Tsunami no sul da Ásia, em 2004.

## SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO: O CONCEITO

Verifica-se uma ausência de definição e de enquadramento legislativo relativo a este conceito, encontrando-se apenas estipulado/definido os conceitos de acidente grave e de catástrofe (lei de bases da Proteção Civil).

Apesar de não ser frequente, em território nacional, a declaração de acidente grave ou catástrofe, é frequente a existência de situações de exceção.

Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. É, por sua vez, esta desigualdade que vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento.

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

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

Tabela 1: Comparação da magnitude dos eventos

NOTAS:



SITUAÇÃO DE  
EXCEÇÃO

## 2. TRIAGEM

A Triagem é um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência para racionalizar recursos médicos limitados quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para as tratar.

A palavra triagem advém da palavra Francesa *trier*, que significa escolher, classificar, seleccionar.



Figura 2: Barão Dominique Jean Larrey (1766-1842)

Muitos dos créditos da Triagem dos dias modernos, foram atribuídos ao barão Dominique Jean Larrey, um famoso cirurgião do exército de Napoleão, que desenvolveu um método para rapidamente avaliar e categorizar os feridos no campo de batalha e seguidamente evacuar aqueles que requeriam atenção médica urgente.

É sempre uma decisão difícil, em ambiente hostil e dramático, com informações incompletas, sob pressão emocional, baseada em critérios de sobrevivência e com meios de socorro limitados. A classificação tem como propósito salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes (tendo por base uma visão geral de cada vítima).



Figura 3: A ambulância de Dominique Jean Larrey

A triagem tem como objetivos principais:

- Assistência precoce;
- Aplicação de manobras “life-saving”;
- Determinar o nível de urgência;

- Implementar utilização criteriosa de recursos críticos;
- Documentar as vítimas;
- Controlar o fluxo de vítimas;
- Determinar áreas de cuidados / vigilância;
- Distribuir os profissionais por áreas de assistência;
- Iniciar medidas terapêuticas.



Baseia-se em 2 momentos diferentes, a triagem primária e a triagem secundária.

## TRIAGEM PRIMÁRIA

Nesta etapa pretende-se triar de forma mais rápida um grande número de vítimas.

Baseia-se no método “Simple Triage And Rapid Treatment” (START).

Para realizar esta Triagem são usados discriminadores muito simples:

- Vítima anda? Ferida?
- Respira? Frequência respiratória (FR)?
- Frequência cardíaca (FC)?

Com base nesses discriminadores (ver fluxogramas) é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias:

- Prioridade 1 (cor vermelho) : Vítima emergente;
- Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave;
- Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave;
- Morto (cor preto).

O fluxograma de triagem primária está desenhado para permitir não só a imposição da ordem, mas também para assegurar que perante um grande número de vítimas a triagem é feita de uma forma célere.

Para crianças o fluxograma assume um carácter particular fazendo o enquadramento de acordo com o tamanho (em centímetros) e/ou peso (em kg), devido a óbvias diferenças fisiológicas (ex. valores normais de FR e FC):

- Crianças de tamanho compreendido entre [100, 140]cm ou com peso estimado de [19, 32]Kg;
- Crianças de tamanho compreendido entre [80, 100] cm ou com peso estimado de [11, 18]Kg;
- Crianças de tamanho compreendido entre [50, 80] cm ou com peso estimado de [3, 10]Kg.



Figura 4: Categorização das vítimas de acordo com o método START (Triagem primária)

### FACTO

Fórmula para cálculo do peso estimado de uma criança (>1 ano):  
 $PESO (Kg) = 8 + (2 \times Idade \text{ em Anos})$

NOTAS:

NOTAS:

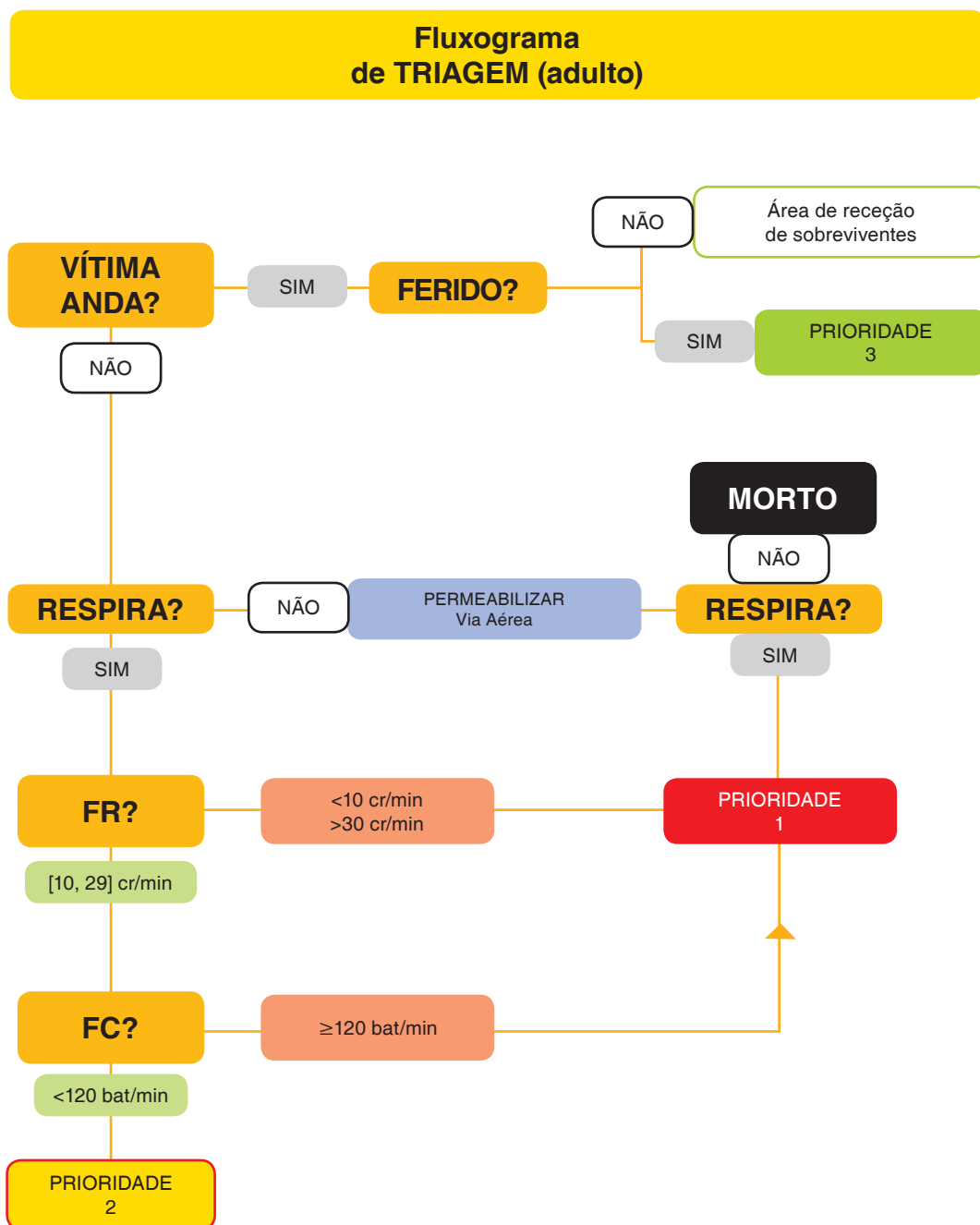


Figura 5 – Fluxograma de Triage Primária do Adulto



**Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)**  
**100-140cm 19-32 Kg**

NOTAS:

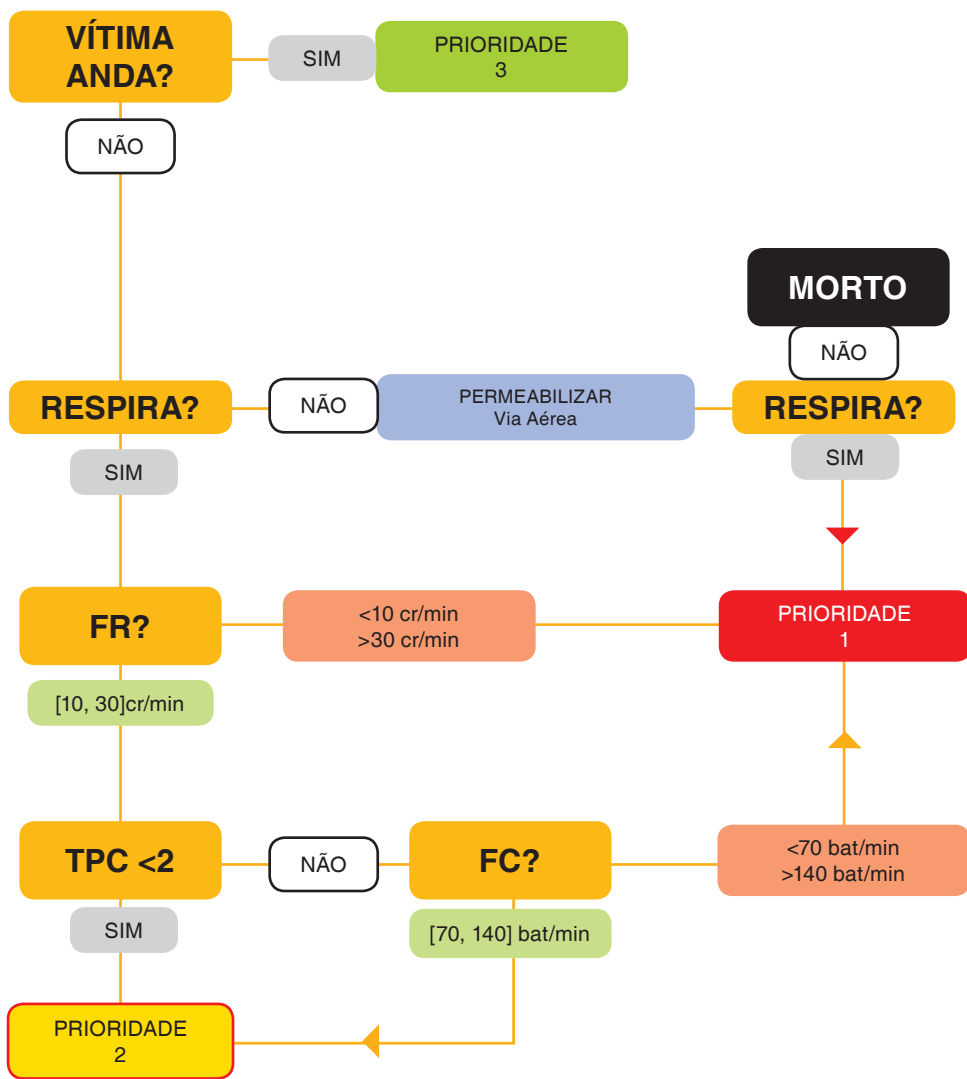


Figura 6 – Fluxograma de Triagem Primária da Criança (equivalente a criança com >5 anos de idade)  
 (TPC – Tempo de preenchimento capilar)

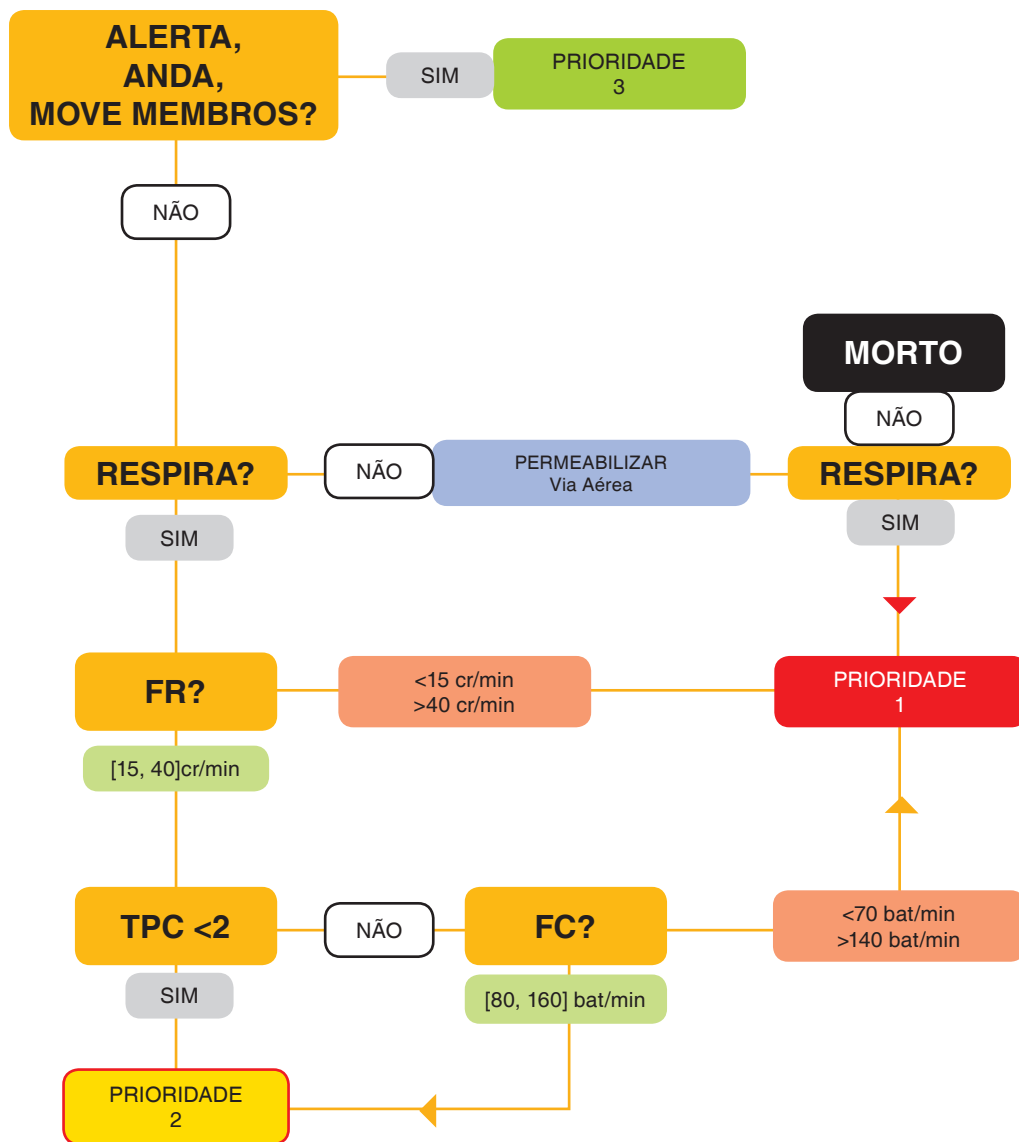
**Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)**  
**80-100cm 11-18 Kg**


Figura 7 – Fluxograma de Triagem Primária da Criança (equivalente a criança com idade entre os 2 e os 5 anos) (TPC – Tempo de preenchimento capilar)

**Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)  
50-80cm 3-10 Kg**

NOTAS:

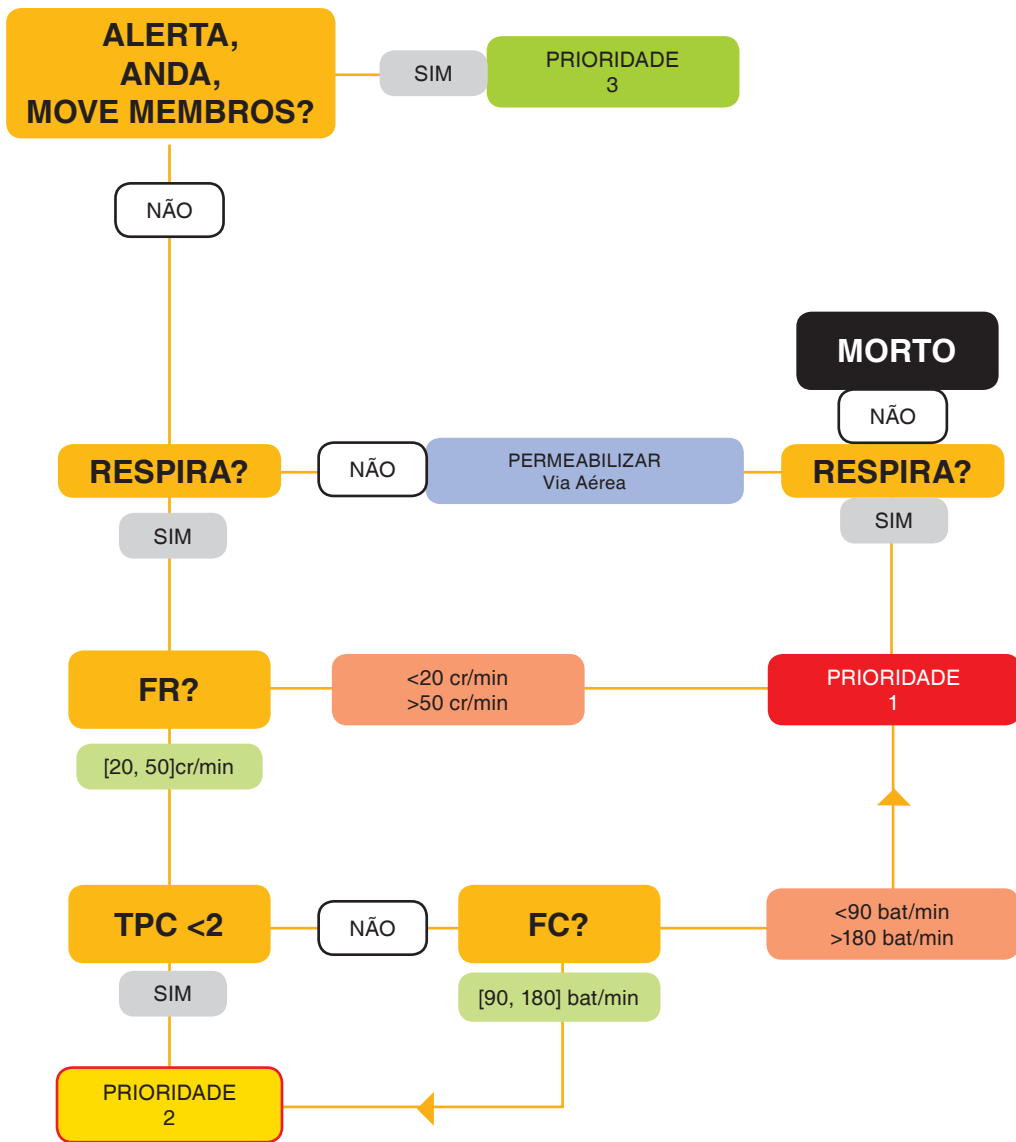


Figura 8 – Fluxograma de Triagem Primária da Criança (equivalente a criança com menos de 2 anos de idade) (TPC – Tempo de preenchimento capilar)

NOTAS:

## TRIAGEM SECUNDÁRIA

A Triagem secundária é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas.

Baseia-se no Triage Revised Trauma Score (TRTS). Este método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS (Figura 9) é igual à soma da Frequência Respiratória, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos.

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

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

<b>Abertura Olhos</b>		Hora: __	Hora: __
Espontânea	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A estímulos verbais	3	+	+
À dor	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nenhuma	1	+	+
<b>Resposta Verbal</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orientada	5	+	+
Confusa	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Discurso inapropriado	3	+	+
Discurso incompreensível	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nenhuma	1	+	+
<b>Resposta Motora</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obedece a comandos	6	+	+
Localiza	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fuga à dor	4	+	+
Flexão à dor	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Extensão à dor	2	+	+
Nenhuma	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ESCALA COMA GLASGOW TOTAL</b>		=	=
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ESCALA COMA GLASGOW TOTAL</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
13-15	4	+	+
9-12	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6-8	2	+	+
4-5	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	0	+	+
<b>Frequência</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
10-29	4	+	+
> 29	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6-9	2	+	+
1-5	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	0	+	+
<b>TA Sistólica</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
90 >	4	+	+
76-89	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50-75	2	+	+
1-49	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	0	+	+
<b>12 = PRIORIDADE 3</b>		=	=
<b>11 = PRIORIDADE 2</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>10 &lt; PRIORIDADE 1</b>		+	+
<b>TOTAL</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Figura 9 – Sistema de Pontuação do TRTS;  
As etiquetas de triagem apresentam estes campos próprios no seu interior.



INI



SITUAÇÃO DE  
EXCEÇÃO

# 3. ETIQUETAS DE TRIAGEM

A etiqueta de triagem é um elemento mais organizativo do que assistencial (figura 10).

Encontra-se acondicionada na bolsa de triagem disponível em meios INEM, no seu interior também se deve encontrar uma caneta/marcador e cartões plastificados com fluxogramas de triagem e um para "contagem" de vítimas.

A etiqueta de triagem permite a operacionalização dos métodos de triagem, primária e/ou secundária. Apresenta diversas vantagens, já que permite:

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

NOTAS:



Figura 10: Etiqueta de triagem do INEM (respetivos campos de utilização)

## COMO UTILIZAR A ETIQUETA DE TRIAGEM ?

1. Triar de acordo com fluxograma (START) apropriado (adulto ou criança);
2. Dobrar a etiqueta de acordo com a prioridade atribuída (1, 2, 3 ou MORTO);
3. Remover o destacável da etiqueta (neste momento não precisa de ser preenchido adequadamente);
4. Colocar a etiqueta de forma visível na vítima. Em simultâneo deve ser efetuado registo na "contagem de vítimas" (nº e prioridade).

**Triagem primária da vítima**



Figura 11: Face da etiqueta correspondente à prioridade 1, de cor vermelha (Vítima emergente)

CONTAGEM DE VÍTIMAS									
INEM Instituto Nacional de Emergência Médica									
<b>PRIORIDADE 1</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMEDIATO	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	28								
<b>PRIORIDADE 2</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
URGENTE	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	28								
<b>PRIORIDADE 3</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RETARDADO	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	28								
<b>MORTO</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15			

Figura 12: Documento de apoio disponível na bolsa de triagem para contagem de vítimas e respetivas prioridades atribuídas



A bolsa de triagem possui separadores. Sugere-se que no seu interior as etiquetas já se encontrem acondicionadas por prioridades (1,2 ou 3), ou seja, prontas a colocar na vítima.

A etiqueta "Morto" é um cartão independente da etiqueta de triagem (sem qualquer campo de preenchimento):

A recolha do destacável proveniente da etiqueta de triagem é muito importante:

- Terminada a fase da Triagem Primária é através da contagem dos destacáveis que é possível identificar o número de vítimas tríadas e a prioridade atribuída às mesmas;
- A informação proveniente desta contagem deverá ser entregue a quem se encontra a coordenar a operação.

NOTAS:

Fluxo de vítimas  
Triagem secundária

- Num teatro de operações as vítimas devem ser encaminhadas e/ou transportadas de acordo com as zonas definidas (ex. vítimas com prioridade 1 para o PMA);
- As vítimas etiquetadas como “MORTO”, não devem constituir uma preocupação na drenagem/encaminhamento para as equipas de emergência (salvo indicação em contrário);
- A triagem secundária é um processo contínuo (baseado no TRST), assim sempre que a vítima for (re)avaliada deve-se proceder aos registos nos campos próprios da etiqueta;
- Se ao efetuar uma avaliação da vítima o somatório de pontos lhe atribuir outra prioridade, deve voltar a dobrar-se a etiqueta para a prioridade correspondente e informar quem estiver a coordenar no local.

**Abertura Olhos**

Esperitismo	4
A instrução verbal	3
A dor	2
Nenhuma	1

**Resposta Verbal**

Orientada	5
Confusa	4
Discursão inapropriada	3
Discursão incompreensível	2
Nenhuma	1

**Resposta Motora**

Obedece a comandos	6
Localiza	5
Fuga à dor	4
Flexão à dor	3
Extensão à dor	2
Nenhuma	1

Here:

**ESCALA COMA GLASGOW TOTAL**

13-15	4
9-12	3
6-8	2
4-5	1
3	0

**ESCALA COMA GLASGOW TOTAL**

10-20	4
1-25	3
6-9	2
1-5	1
0	0

**Frequência**

10-20	4
1-25	3
6-9	2
1-5	1
0	0

**TA Sistólica**

10-20	4
70-89	3
50-75	2
1-49	1
0	0

**AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

**TOTAL**

12 = PRIORIDADE 3  
11 = PRIORIDADE 2  
10 < PRIORIDADE 1

Figura 13: Campos correspondentes à avaliação da vítima (triagem secundária)

HORA	TRATAMENTO / INTERVENÇÃO	ASS

Figura 14: Campo correspondente às notas de tratamentos/intervenções



## Fluxo de vítimas

## Triagem secundária

- Assim que possível, deve ser preenchido o campo relativo aos dados pessoais da vítima.

**INCM**

**VÍTIMA**

0100

**EVENTO**

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Local / Código Postal: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Sem história prévia  Doença hepática

Patologia Cardíaca  Cancro

Figura 15: Campo correspondente aos dados pessoais da vítima; Cada etiqueta possui um número de identificação único assinalado neste campo e no destacável.

## Cadeia de evacuação

## Controlo das vítimas transportadas

De acordo com as circunstâncias, quem gere o teatro de operações pode ter que tomar decisões como:

- evacuar as vítimas com uma determinada ordem (ex. prioridade atribuída, de acordo com meios disponíveis);
- evacuação em simultâneo ou parcial;
- evacuar para a mesma unidade de saúde ou para diferentes unidades de saúde;
- Ao evacuar/transferir a vítima, o destacável permanece SEMPRE no posto de triagem (ex. PMA), através do qual se pode:
  - Saber por quem foi transportada a vítima, quem fez o acompanhamento e qual o seu destino;
  - Identificar o número de vítimas, tipologia (sexo e prioridade) e identificação (nº de série da etiqueta);
  - Ter um breve resumo da vítima (dados, história, medicação).

Prioridade **P1** **P2** **P3** **Morto**

**0100**

Transportado por: \_\_\_\_\_

Acompanhado por: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

**HOMEM**

**MULHER**

Hora: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

História: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Figura 16: Campos da etiqueta correspondentes ao destacável (possui frente e verso)

NOTAS:



SITUAÇÃO DE  
EXCEÇÃO

# 4. O INEM EM SITUAÇÃO COM MULTIVÍTIMAS

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

## PROTEÇÃO CIVIL

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

A atividade de proteção civil tem carácter permanente, multidisciplinar e plurisectorial, cabendo a todos os órgãos e departamentos da Administração Pública promover as condições indispensáveis à sua execução, de forma descentralizada, sem prejuízo do apoio mútuo entre organismos e entidades do mesmo nível ou proveniente de níveis superiores.

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

A atividade de proteção civil exerce-se nos domínios de:

- Levantamento, previsão, avaliação e prevenção dos riscos coletivos;
- Análise permanente das vulnerabilidades perante situações de risco;
- Informação e formação das populações, visando a sua sensibilização em matéria de autoproteção e de colaboração com as autoridades;
- Planeamento de soluções de emergência, visando a busca, o salvamento, a prestação de socorro e de assistência, bem como a evacuação, alojamento e abastecimento das populações;
- Inventariação dos recursos e meios disponíveis e dos mais facilmente mobilizáveis, ao nível local, regional e nacional;
- Estudo e divulgação de formas adequadas de proteção dos edifícios em geral, de monumentos e de outros bens culturais, de infraestruturas, do património arquivístico, de instalações de serviços essenciais, bem como do ambiente e dos recursos naturais;
- Previsão e planeamento de ações atinentes à eventualidade de isolamento de áreas afetadas por riscos.

NOTAS:

## OS AGENTES DE PROTEÇÃO CIVIL

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

- Os corpos de bombeiros;
- As forças de segurança;
- As forças armadas;
- A autoridade marítima e autoridade aeronáutica;
- O INEM e demais serviços de saúde;
- Os sapadores florestais.

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

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

- Associações humanitárias de bombeiros voluntários;
- Serviços de segurança;
- Instituto Nacional de Medicina Legal;
- Instituições de segurança social;
- Instituições com fins de socorro e de solidariedade;
- Organismos responsáveis pelas florestas, conservação da natureza, indústria e energia, transportes, comunicações, recursos hídricos e ambiente;

## NOTAS:

- Serviços de segurança e socorro privativos das empresas públicas e privadas, dos portos e aeroportos.

Os agentes de proteção civil e as instituições referidas, sem prejuízo das suas estruturas de direção, comando e chefia, articulam-se operacionalmente nos termos do Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS).

## Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS)

O Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS) é o conjunto de estruturas, normas e procedimentos que asseguram que todos os agentes de proteção civil atuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único, sem prejuízo da respetiva dependência hierárquica e funcional, conforme Decreto-Lei n.º 134/2006, de 25 de Julho.

O Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro visa responder situações de iminência ou de ocorrência de acidente grave ou catástrofe.

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

## Estruturas de Coordenação no Âmbito do SIOPS:

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

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

Os Centros de Coordenação Operacional Distrital (CCOD), asseguram que todas as entidades e instituições de âmbito distrital imprescindíveis às operações de proteção e socorro, emergência e assistência previsíveis ou decorrentes de acidente grave ou catástrofe se articulam entre si garantindo os meios considerados adequados à gestão da ocorrência em cada caso concreto.

	NACIONAL	DISTRITAL	MUNICIPAL
Coordenação Institucional	CCON	CCOD	CMPC
	Presidente da ANPC	Comandante Operacional Distrital	Presidente da Câmara Municipal
Comando Operacional	CNOS	CDOS	COM
	Comandante Operacional Nacional	Comandante Operacional Distrital	Comandante Operacional Municipal

Tabela 2: Estruturas de Coordenação Institucional e Operacional de acordo com o SIOPS

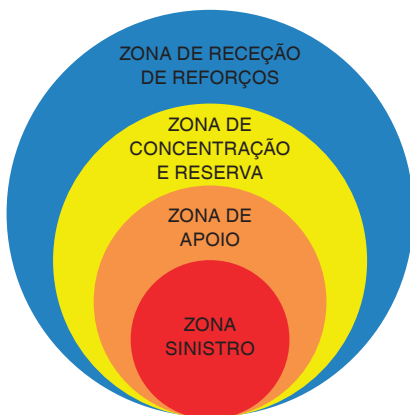
A Autoridade Nacional de Proteção Civil dispõe de uma estrutura operacional própria, o Comando Nacional de Operações de Socorro competindo-lhe, nos termos da lei, assegurar o comando operacional das operações de socorro e ainda o comando operacional integrado de todos os corpos de bombeiros de acordo com o previsto no regime jurídico dos bombeiros portugueses (Decreto Lei nº134/2006).

## A SETORIZAÇÃO DO TEATRO DE OPERAÇÕES

Um teatro de operações (TO) organiza-se em setores a que correspondem zonas geográficas ou funcionais conforme o tipo de acidente e as opções estratégicas consideradas, sendo que, cada setor do teatro de operações tem um único responsável.

As zonas de intervenção configuram-se como áreas circulares (muitas vezes virtuais), de amplitude variável e adaptadas às circunstâncias e à configuração do terreno, podendo compreender:

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



*Figura 17: Setorização do TO*  
Zonas de Sinistro e de Apoio (constituídas nas áreas consideradas de maior perigo)  
Zonas de concentração e reserva e zona de receção de reforços podem sobrepor-se em caso de necessidade.



*Figura 18: Posto de comando operacional*

NOTAS:

## POSTO DE COMANDO OPERACIONAL

O posto de comando operacional é o órgão diretor das operações no local da ocorrência destinado a apoiar o responsável das operações na preparação das decisões e na articulação dos meios no teatro de operações.

O posto de comando operacional tem por missões genéricas:

- A recolha e o tratamento operacional das informações;
- A preparação das ações a desenvolver;
- A formulação e a transmissão de ordens, diretrizes e pedidos;
- O controlo da execução das ordens;
- A manutenção das capacidades operacionais dos meios empregues;
- A gestão dos meios de reserva.

## O PAPEL DO INEM

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar, em território continental, o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

Em matéria de proteção civil, deve orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de acidente grave ou de catástrofe, integrando a organização definida nos planos de emergência:

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

## NOTAS:

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

## O centro de orientação de doentes urgentes (codu)

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

Assim, a interligação entre entidades, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Forças de Segurança, Autoridade Nacional de Proteção Civil e INEM, através das suas estruturas de coordenação e através dos seus oficiais de ligação, deve ter um carácter permanente e contínuo, para que, equipas multidisciplinares e diferenciadas cheguem em tempo útil ao teatro de operações.

De forma simples e objetiva, aos CODU compete:

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

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

Em função da magnitude da ocorrência, ou em função de determinadas especificidades, por determinação superior, poderão ser acionados para o local da ocorrência recursos adicionais (humanos e materiais), com o objetivo de reforçar a resposta primária (recursos normais) e/ou pela necessidade de coordenação institucional à escala da ocorrência.

Assim, sempre que necessário, poderão ser acionados os seguintes recursos de exceção:

- Equipa de Intervenção em Situações de Exceção;
- Equipa de Intervenção em Incidentes Tático-Policiais;
- Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC);
- Viatura de Intervenção Nuclear, Radiológica, Biológica e Química;
- Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência;
- Hospital de Campanha.

## O PRINCÍPIO DA COORDENAÇÃO

Perante situações de exceção importa estabelecer linhas orientadoras para a intervenção inicial, uma vez que, a sua aplicação converge para qualquer intervenção em acidente grave ou catástrofe.

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

O sistema de gestão de operações é uma forma de organização operacional que se desenvolve de uma forma modular de acordo com a importância e o tipo de ocorrência (figura 19).

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

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

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

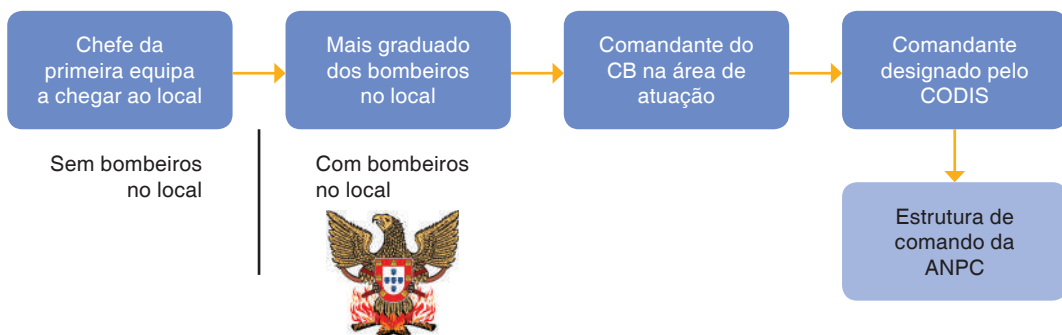


Figura 19: Processo evolutivo do COS (Fonte: ANPC)

NOTAS:



- Sempre que, por determinação superior, sejam enviados recursos de exceção para qualquer ocorrência (Equipa de Intervenção em Situações de Exceção e/ou Equipa de Intervenção em Incidentes Tático-Policiais), o responsável da equipa, por inerência, assume a coordenação estratégica da ação em matéria de saúde;
- Desde que uma ocorrência seja classificada pelas forças de segurança competentes como um Incidente Tático-Policial (ITP), estas chamarão a si a gestão da mesma.

## À CHEGADA DOS MEIOS AO TEATRO DE OPERAÇÕES

As ações de gestão inicial devem prevalecer em detrimento das ações de prestação de cuidados de emergência imediatos, logo, é fundamental que a primeira equipa a chegar ao local da ocorrência resista à tentação, no que diz respeito à prestação de cuidados, e garanta sim, a gestão inicial da ocorrência (ex. imagine um cenário com 30 feridos e à chegada de uma equipa de EPH, a mesma opta por iniciar manobras de RCP a uma vítima em PCR, sem antes avaliar o cenário e determinar o número/tipo de feridos).

O grande objetivo é salvar o maior número de vítimas e só será possível atingir esse objetivo, com um processo de gestão organizado e eficiente.

De acordo com a bibliografia e recomendações/orientações nacionais e internacionais, a primeira equipa de emergência médica a chegar ao local de ocorrência, em articulação com o primeiro comandante das operações de socorro (COS), deve iniciar uma avaliação sistematizada, por forma a estimar os danos e necessidades da ocorrência.

Neste sentido, recomenda-se a utilização do modelo “The Virginia 5`S Initial Action Set” baseado na metodologia dos cinco S, aplicados à avaliação inicial de cenários de exceção (figura 20).



Figura 20: “Mass casualty incident management, the Virginia model, 2000”



Quando já existem equipas de emergência médica no TO, este processo já se encontra em curso, pelo que, a prioridade imediata será estabelecer contato com quem está a assumir funções de Coordenação (INEM) para receber orientação/missão e entrar no cenário devidamente enquadrado.



NOTAS:

## Segurança do cenário:

Em qualquer ocorrência normal, a variável segurança é fator determinante para o sucesso da equipa, assim, num cenário de elevada complexidade a avaliação desta variável deverá ser mais abrangente, alargada e adequada à magnitude da ocorrência. Devem ser consideradas as ameaças reais e no imediato, bem como, as eventuais ameaças que possam surgir no decorrer das ações de socorro.

## Avaliar cenário:



Pense, não entre em pânico!

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

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

## Informar:

Nos primeiros minutos e após a avaliação do cenário, é obrigatório que a informação recolhida, mesmo que sumária, seja passada de imediato ao CODU da área. Só assim será possível iniciar um processo de gestão planeado e articulado que permitirá o envio de recursos adicionais em tempo útil e de forma estruturada. É também com base na informação disponibilizada que o CODU iniciará o processo de levantamento de vagas hospitalares.



Esta informação (que é diferente de uma passagem de dados) deverá ser concisa e muito objetiva, informando qual o número estimado de vítimas, qual o cenário encontrado e que reforços (meios) são, para já, necessários! Solicite Ajuda!

## Assumir Comando:

- Onde e como iniciar/efetuar o processo de Triagem Primária?
- Locais para colocar as vítimas (prioridade 1, 2, 3)?
- Locais para montagem de Postos Médicos Avançados (PMA)?
- Locais para ilesos?
- Locais para receção de familiares?
- Zona mortuária temporária (necrotério)?

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

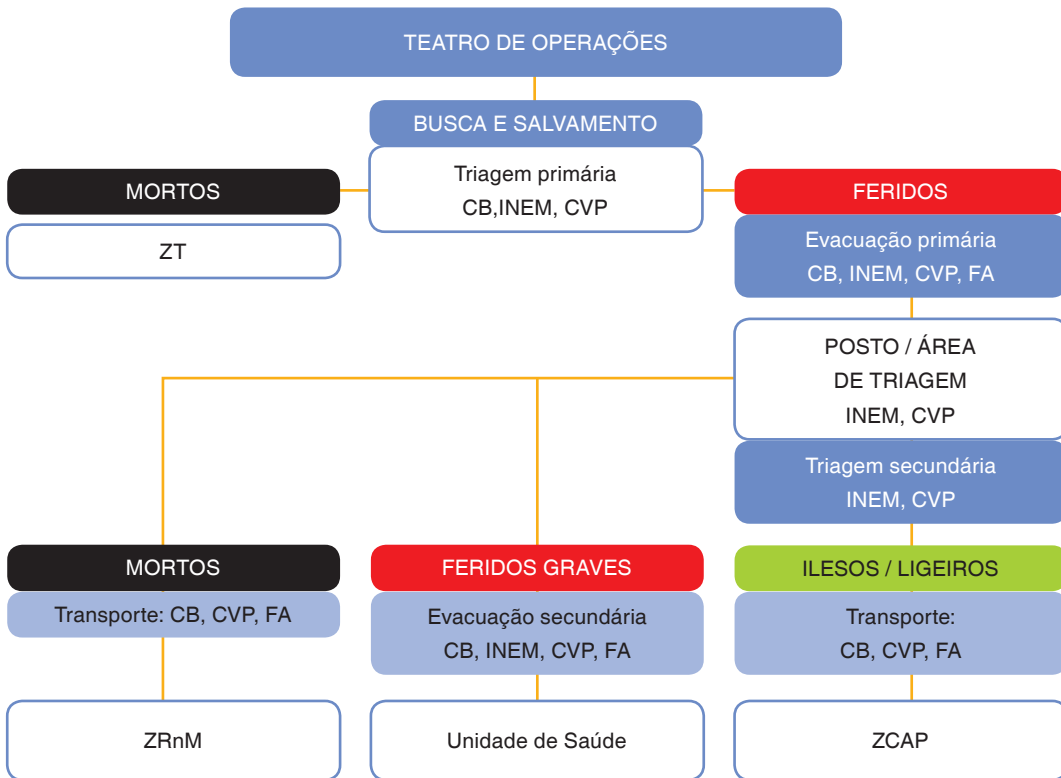
Logo que possível, os locais para onde serão enviadas vítimas P-3 e/ ilesos, bem como, os centros de receção de familiares, devem ser apoiados com equipas de psicólogos.

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

## Triar:

Tendo em conta a estratégia delineada, começar, garantindo a triagem no método de START (*Simple triage and rapid treatment*).





NOTAS:

Figura 21: Gestão de um teatro de operações (FA – Forças Armadas; CB – Corpos de bombeiros; ZT – Zona de Transição; ZRnM – Zona de Reunião de Mortos; ZCAP – Zona de Concentração e Apoio à População)

## O POSTO MÉDICO AVANÇADO (PMA)

O PMA é um espaço físico organizado, onde serão prestados os cuidados de emergência necessários para assegurar que as vítimas são estabilizadas e transportadas nas melhores condições possíveis até à unidade de saúde mais adequada.

Para o adequado controle de um fluxo ordenado de vítimas para as Unidades de Saúde, de forma a evitar a mera transferência de uma situação caótica do pré-hospitalar para o hospitalar, as vítimas podem aguardar no PMA, pelo momento mais oportuno para a sua transferência para a unidade de saúde adequada. Desta forma promove-se um melhor controlo da situação, evitando o transporte apressado e caótico das vítimas para o Serviço de Urgência (SU) mais próximo, fazendo com que se esgote a capacidade de resposta desse SU, contribuindo para o insucesso da operação, podendo, inclusive, agravar o prognóstico das vítimas mais graves.

O PMA não é obrigatoriamente uma estrutura física com requisitos específicos, pode ser:

- Um espaço físico virtual, delimitado (ex. com fita balizadora);
- Uma estrutura física fixa, adaptada (ex. um ginásio, uma escola ou um pátio);
- Uma estrutura móvel específica (ex. uma tenda insuflável);

- Outra estrutura ou área que no momento se entenda útil e segura para a situação em causa.

O PMA deverá estar organizado em áreas de atendimento, de acordo e compatíveis com as prioridades das vítimas, de forma a rentabilizar e gerir os recursos disponíveis.

É também comum que se tente, sempre que possível, não colocar os feridos ligeiros, catalogados como verdes, de baixa prioridade, no PMA, uma vez que este tem, normalmente, dimensões reduzidas e deve ser preferencialmente disponibilizado para as vítimas mais graves, catalogadas como encarnadas ou amarelas. Por razões de prudência e atendendo ao facto de que a situação clínica das vítimas é dinâmica e não estática, mesmo as vítimas consideradas, num primeiro momento, como menos graves devem manter-se sob vigilância por elementos das equipas médicas, uma vez que a sua situação (tal como a de qualquer outra vítima) poderá, eventualmente, agravar-se.



Figura 22: PMA

NOTAS:

## COMUNICAÇÕES

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

## EVACUAÇÃO

Cabe ao INEM, através dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes, coordenar a evacuação dos feridos para as Unidades de Saúde.

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

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



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



Figura 23: Hospital de Campanha do INEM



**INEM**

SITUAÇÃO DE  
EXCEÇÃO

# 5. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

Numa situação de exceção é fácil a atenção das equipas de socorro focar-se apenas nas condições físicas, ignorando os efeitos psicológicos nas vítimas. Estas vítimas psicológicas representam o chamado fenómeno icebergue, isto é, as vítimas físicas são apenas uma pequena fração do número total de vítimas a necessitar de cuidados, mas são as mais visíveis.

Apesar de mais de 90% das pessoas sobreviverem sem consequências psicológicas a incidentes críticos como incidentes naturais (ex. fogos florestais ou desabamentos de terras), estudos indicam que uma intervenção psicossocial precoce (até mesmo durante o incidente) e um correto acompanhamento por parte das equipas de EPH ajudam a melhorar o prognóstico das vítimas envolvidas, tornando-as mais cooperantes com o processo de apoio e emergência.



Figura 40

## TIPOLOGIA DAS VÍTIMAS, NA PERSPETIVA PSICOSSOCIAL

Habitualmente são consideradas vítimas aquelas pessoas que estão diretamente expostas a um incidente. No entanto, muitas outras devem ser consideradas. Deste modo, podemos classificar as vítimas de um acidente grave ou catástrofe da seguinte forma:

1. Vítimas Primárias: Diretamente expostas;
2. Vítimas Secundárias: Familiares das vítimas primárias;
3. Vítimas Terciárias: Profissionais envolvidos no salvamento;
4. Vítimas Quaternárias: Comunidade envolvida na catástrofe;
5. Vítimas de 5º Nível: Não envolvidas diretamente;
6. Vítimas de 6º Nível: O acaso evitou a exposição direta.

## REAÇÕES DE STRESS A UMA SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO

As reações de stress mais comuns numa situação de exceção encontram-se descritas no Manual de Trauma Psicológico, pois são respostas individuais a incidentes críticos, sendo que a diferença reside no número de vítimas envolvidas.

Pela dimensão da situação, número de vítimas, circunstâncias e por todos os fatores envolvidos, existem determinadas especificidades que têm de ser tomadas em conta, nomeadamente, no que diz respeito a:

- Prioridades de intervenção – Triagem, reconhecimento e direcionamento;
- Aspectos organizacionais;
- Articulação com outras entidades presentes.

As catástrofes originam por cada vítima com danos físicos 4 a 10 vítimas com danos psicológicos.



Figura 41



Figura 42

NOTAS:

NOTAS:

## QUESTÕES ORGANIZACIONAIS

A atuação em situações de exceção difere, normalmente, pela qualidade e quantidade da situação produzida, de um evento considerado como uma emergência de rotina. Neste casos, a organização do evento deverá ser repensada para:

- Colocar no local os meios e especialistas adequados ao incidente;
- Dimensionar os meios ao incidente.

Pelo fato de diferir das situações de rotina, ou seja, não serem tão frequentes, o treino das situações de exceção é primordial, para que tudo possa funcionar e os protocolos possam ser seguidos corretamente quando a situação surgir.

Nestas situações o reconhecimento da delimitação de perímetros torna-se prioritário, pois a intervenção psicossocial baseia-se, em parte, no apoio à concentração de vítimas “não graves” e na colocação destas vítimas em contato com o seu apoio social. No entanto, outras funções podem ser pedidas à equipa de apoio psicossocial, e que, mais uma vez, dependem do que se passa em cada uma das áreas delimitadas. Poder-se-á afirmar que:

**Zona de Sinistro (ZS):** Local onde o incidente ocorre ou ocorreu, onde estão as vítimas que necessitam de assistência e que não se movem por si, e onde intervêm apenas os elementos da equipa de EPH necessários à resolução do incidente. É muito raro a necessidade de um elemento da equipa de apoio psicossocial neste local. Pode, no entanto, ser solicitado a sua colaboração para estabilizar emocionalmente e manter a comunicação com vítimas encarceradas, soterradas ou presas no local por uma qualquer outra razão. A presença deste elemento pode libertar a equipa de EPH para outras funções que não a comunicação constante com a vítima. De novo, esta ação só se justifica quando a libertação da vítima demorar (normalmente, mais do que 1 ou 2 horas).

**Zona de Apoio (ZA):** Onde estão colocados os meios necessários e equipas de apoio às EPH que se encontram a trabalhar na ZS. A intervenção da equipa psicossocial pode ser solicitada na zona de apoio essencialmente em duas situações. A primeira é o acompanhamento de vítimas “não graves” que se encontrem emocionalmente muito alteradas, direcionando-as para os locais de concentração de vítimas “não graves”. Pode ser solicitado também à equipa de apoio psicossocial o acompanhamento a elementos da equipa de EPH que, dado o forte impacto emocional do sinistro, se encontrem emocionalmente “bloqueados”.

**Zona de Concentração e Reserva (ZCR):** onde se encontra a zona de concentração e reserva. É nesta Zona onde deverá existir um espaço dedicado às vítimas

“não graves” e que serão alvo de acompanhamento por parte das Equipas Psicossociais. Estas vítimas terão acompanhamento e estabilização psicológica, e é onde se iniciarão os contatos com a sua rede familiar e/ou social, sendo apoiados pela equipa de apoio psicossocial para o efeito.

## ATUAÇÃO DA EQUIPA DE APOIO PSICOSSOCIAL

A Equipa de Apoio Psicossocial está integrada no dispositivo que o INEM destaca para o local. Como mais uma valência, ativada à posteriori, a Equipa de Apoio Psicossocial responde diretamente ao elemento de coordenação do INEM que estiver disposto lo local.

O que pode a equipa de EPH esperar da intervenção da Equipa de Apoio Psicossocial?

A Equipa psicossocial, no local do incidente, terá as seguintes linhas de intervenção:

1. Dar apoio à equipa de EPH em alguma decisão relacionada com a gestão do sinistro;
2. Intervir diretamente com as vítimas do incidente;
3. Procurar redes de apoio para encaminhamento das vítimas.

### Apoio à equipa de EPH

O apoio às equipas de EPH pode ser prestado, por exemplo, na escolha de locais mais apropriados para a instalação de determinadas valências, ou logísticas, como zona de concentração de cadáveres; zona de receção de sobreviventes (ilesos); apoio na comunicação a familiares ou conhecidos de vítimas do incidente; monitorização psicossocial dos restantes elementos das equipas de EPH, nomeadamente para os casos de “bloqueio”; rotação de equipas; apoio nas desmobilizações, entre outros. Este é um apoio apenas de aconselhamento, baseado no impacto psicológico que cada uma destas decisões pode acarretar, sendo dispensável, caso o elemento mais diferenciado do INEM no local achar que não é adequado.

### Intervir diretamente com as vítimas do incidente

A Equipa Psicossocial intervém nas situações do foro emocional e social e a sua atuação é realizada com as vítimas triadas pelas equipas médicas com prioridades 3, vítimas “não graves”, mas também com familiares ou amigos que possam ocorrer ao local do incidente durante a resolução do mesmo.

Nota para conhecimento das equipas de EPH:

A Equipa Psicossocial também procede a triagem, sendo que as vítimas que se apresentam mais agitadas, com medo intenso ou terror, “imobilizadas” ou em



choque emocional serão consideradas prioritárias relativamente à intervenção dos psicólogos. O mesmo se aplica a vítimas vulneráveis como crianças, grávidas, idosos ou pessoas portadoras de deficiência. Esta intervenção prioritária pode ser realizada em 2 locais, ou diretamente na zona do incidente (caso seja necessário dar apoio a um encarcerado, soterrado ou a alguém que esteja em choque emocional) ou num local mais reservado, na Zona de Atuação da Equipa Psicossocial. As restantes vítimas que apresentem orientação espaço-temporal e estratégias adaptativas (coping) minimamente adequadas para garantir alguma autonomia serão concentradas em zona comum, na Zona de Atuação da Equipa Psicossocial, a fim de receberem apoio psicossocial, nomeadamente, contacto com familiares e/ou amigos, informações sobre a rede social de apoio, transporte, entre outros, que possam ser fornecidos pelo INEM ou por outras instituições. A psicoeducação é parte integrante da intervenção do psicólogo.

## Procurar redes de apoio para encaminhamento das vítimas

Qualquer situação de exceção provoca destabilização nas pessoas que vivenciam o evento, sendo que o tempo de recuperação é, normalmente, superior a uma situação de emergência de rotina.

A Equipa de Apoio Psicossocial, mesmo durante o incidente, interage com outras entidades, como a Linha de Emergência Social, a Segurança Social, as Urgências Hospitalares, entre outros. O intuito desta articulação é referenciar as vítimas que tiveram direta ou indiretamente envolvidas na situação, assegurando que se irá dar continuidade ao melhor apoio possível até estarem totalmente recuperadas.

## Como Agir?

A organização e apoio psicossocial nas situações de exceção dependem da dimensão e especificidade do incidente. Podemos dizer que a intervenção é qualitativamente progrediente, o que significa que quanto mais vítimas existirem maior é a necessidade de trabalhar com elementos de referência das vítimas e não diretamente com estas. Isto significa que, desde que exista uma proporção de 1 psicólogo para 5 vítimas é possível trabalhar diretamente com cada vítima, aplicando noções de primeiros socorros psicológicos. Quando este rácio psicólogo/vítima não se cumprir, verificando-se um número superior de vítimas por psicólogo, a intervenção é realizada diretamente com pais, professores, vítimas que se encontrem mais orientadas, elementos de socorro, sendo esta intervenção dirigida à orientação destes grupos para prestarem apoio mais direto às vítimas envolvidas. Existe então o efeito de multiplicação. Com um número elevado de vítimas, as funções do psicólogo são essencialmente gerir o contexto e planear zonas de receção, informação e suporte a vítimas, assim como, coordenar-se com outras organizações presentes no local.



Independentemente dos recursos tecnológicos utilizados como suporte à comunicação, a estrutura de comunicações é fundamental ao adequado funcionamento do dispositivo, pelo que, deve ser do conhecimento de todos os intervenientes.



A articulação entre a equipa psicossocial e as restantes equipas tem como objetivos:

- O socorro, estabilização e encaminhamento de todas as vítimas, familiares e testemunhas;
- O apoio às equipas de socorro presentes na ocorrência. Esta intervenção psicológica poderá ter lugar em diferentes momentos. Tal como acontece com as vítimas, também os profissionais se podem transformar em vítimas e desenvolver Reações de Stress que, apesar de normais, poderão evoluir para patologia psicológica / psiquiátrica.

### FACTO

A cultura influencia a forma como cada indivíduo interpreta o significado duma situação traumática. Se uma situação de exceção for integrada nas expectativas culturais, a sua ocorrência pode ser menos perturbante. Assim, a intervenção com estes indivíduos deve ser adaptada de acordo com os seus costumes, crenças e valores.

Aspetos relevantes de cada cultura:

- Hierarquia etária;
- Significado da morte;
- Género;
- Linguagem / Dialeto;
- Espiritualismo / Religiões;
- Estatuto Socioeconómico;
- Individualismo / Comunitarismo;
- Poder de soberania;
- Saúde;
- Grupos específicos de intervenção (ex.Crianças, idosos, portadores de deficiência);
- Sexualidade;
- Vestuário.

NOTA: A EQUIPA DE APOIO PSICOSSOCIAL APOIA A EQUIPA DE EPH A ENTENDER ESTES ASPETOS RELEVANTES DE CADA CULTURA.

NOTAS:



SITUAÇÃO DE  
EXCEÇÃO

# 6. BIBLIOGRAFIA E SIGLAS









# BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ LEIVA, C. – Manual de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes. España. Aran, 2002.
- Arbon P, Bridgewater FHG, Smith C. Mass gathering medicine: a predictive model for patient presentation and transport rates. *Prehosp Disast Med* 16:150-158, 2001.
- Arbon P. The development of conceptual models for mass-gathering health. *Prehosp Disast Med* 19:208-212, 2004.
- Baker WM, Simone BM, Niemann JT, et al. Special Event Medical Care: The 1984 Los Angeles Summer Olympics Experience. *Ann Emerg Med* 15:185-190, 1986.
- Briggs SM, Brinsfield KH. *Advanced Disaster Medical Response – Manual for providers*. 2003. Ed. Harvard Medical International.
- CAPIC, Manual de Apoio CAPE (2008), INEM.
- DE BOER, J. - Order in chaos: medical management in disaster. *European Journal Emergency Medicine* 1999. Pag.141-148.
- De Lorenzo RA, Gray BC, Bennett PC, et al. Effect of crowd size on patient volume at a large, multipurpose, indoor stadium. *J Emerg Med* 7:379-384, 1989.
- DOLAN, Brian; LYNDA, Holt. – *Accident & Emergency: theory into practice*. United Kingdom. Baillière Tindall, 2000.
- Gomes E, Araujo R, Soares-Oliveira M, Pereira N. International EMS Systems: Portugal. *Resuscitation* 62:257-260, 2004.
- Grange JT, Baumann GW, Vaezazizi R. On-site physicians reduce ambulance transports at mass gatherings. *Prehosp Emerg Care* 7:322-326, 2003.
- Guia geral para elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde, Orientação da DGS nº 007/2010
- Hogan DE, Burstein JL. *Disaster Medicine*. 2002. Ed Lippincott Williams & Wilkins.
- Huguenard P. *Traité de Catastrophes: de la stratégie d'intervention à la prise en charge médicale*. 1996. Ed. Elsevier.
- John H. Ehrenreich, Ph.D. (October 2001). *Coping With Disasters. A Guidebook to Psychosocial Intervention (Revised Edition)*.
- Kasper DL et al (Editors). *Harrison's Manual of Medicine*. 2005. Ed. McGraw-Hill.
- Leiva CA. *Manual de atención a multiples victimas y catástrofes*. 2002. Ed Arán.
- MEYRAN, Daniel [et al] - *Secours en Situation d'Exception*. Seconde Édition. Paris. Médecine Sciences Flammarion, 1997.
- Michael JA, Barbera JA. Mass gathering medical care: a twenty-five year review. *Prehosp Disast Med* 12:305-312, 1997.
- Miguel Soares de Oliveira, A emergência médica em eventos com multidões, do planeamento aos resultados, Experiência do EURO2004. Dissertação de Mestrado (Medicina de Emergência), Faculdade Medicina, Universidade do Porto, 2007
- Millan EM, Bonilla F, Alonso JM, et al. Medical care at the VIIth International Amateur Athletics Federation World Championship in Athletics "Sevilla 99". *Eur J Emerg Med* 11:39-42, 2004.
- Milsten AM, Maguire BJ, Bissell RA, et al. Mass-Gathering Medical Care: A review of the literature. *Prehosp Disast Med* 17:151-162, 2002.
- Morimura N, Katsumi A, Koido Y, et al. Analysis of patient load data from the 2002 FIFA World cup Korea/ Japan.

Prehosp Disast Med 19:278-284, 2004

Polk, D.A., Mitchell, J.T., Prehospital Behavioral Emergencies (2009), Canada, Jones and Bartlett Publishers. Psychological First Aid. <http://www.nctsn.org>

RYAN, James [et al]. – Conflict and Catastrophe Medicine: a practical guide. London, Great Britain. Springer, 2002.

Sanders AB, Criss E, Steckl P, et al. An analysis of Medical care at Mass Gatherings. Ann Emerg Med 15:515-519, 1986.

Sidell FR, Takafuji ET, Franz DR (Editors). Medical Aspects of Chemical and Biological Warfare. 1997. Ed. Borden Institute.

Spaite DW, Criss EA, Valenzuela TD, et al. A new model for providing prehospital medical care in large stadiums. Ann Emerg Med 17:825-828, 1988.

Thompson JM, Savoia G, Powell G, et al. Level of medical care required for mass gatherings: the XV winter Olympic games in Calgary, Canada. Ann Emerg Med 20:385-390, 1991.

Varon J, Fromm RE, Chanin K, et al. Critical illness at mass gatherings is uncommon. J Emerg Med 25:409-413, 2003.

Walter G. Green III, Ph.D., CEM, mass casualty incident management, the virginia model, 2 May 2000;

Weisaeth, L. (2006) – Collective Traumatic Stress: Crisis and Catastrophes – Cap. 4, pp. 71-91 in “Stress in Health and Disease”, B. B. Arnetz e R. Ekman (eds.) – Wiley – VCH Verlag GmbH & Co. KgaA.

Wetterhall SF, Coulombier DM, Herndon JM, et al. Medical Care Delivery at the 1996 Olympic Games. JAMA 279:1463-1468, 1998.

Young, M., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). Disaster Mental Health Services: A guidebook for clinicians and administrators. California: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder – Department of Veterans Affairs.

#### **Legislação:**

Decreto-Lei nº 134/2006, de 25 de Julho – Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

Decreto-Lei nº 27/2006, de 3 de Julho – Lei de bases de Proteção Civil

Decreto-Lei: 124/2011 de 29 de Dezembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde

Decreto-Lei: 34/2012 de 14 de fevereiro – Lei Orgânica do INEM, I.P.

Portaria: 158/2012 de 22 de maio – Estatutos do INEM, I.P.

#### **Diretivas Operacionais:**

Diretiva Operacional Nacional N.º 1/2010 – Dispositivo Integrado de Operações de Proteção e Socorro (DIOPS)

#### **Normas Operacionais:**

Norma Operacional Permanente/ANPC/1401/2012 – Sistema de Gestão de Operações (SGO)

#### **Planos de Emergência:**

Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes – PEERS-AML

#### **IMAGENS (obtidas de diversas fontes):**

- Algumas imagens presentes neste manual foram retiradas de páginas eletrónicas de acesso livre, sendo, por este facto, difícil reconhecer a sua autoria. Neste sentido, o INEM encontra-se disponível, através do contato [dfem.formacao@inem.pt](mailto:dfem.formacao@inem.pt), para em futuras re-edições fazer o devido crédito de autor, ou retirar as mesmas, caso seja solicitado;
- Fotografia (INEM);
- Desenho dos autores/colaboradores;
- APLICATIVO iOS (iPhone e iPad):  
WordFoto, Version 1.0.2., 2011 bitCycle ([www.bitcycle.com](http://www.bitcycle.com))



INI



# SIGLAS

**ANPC**

Autoridade Nacional de Proteção Civil

**CB**

Corpo de Bombeiros

**CCO**

Centro de Coordenação Operacional

**CCOD**

Centro de Coordenação Operacional Distrital

**CCON**

Centro de Coordenação Operacional Nacional

**CDC**

Center of disease control

**CDOS**

Comando Distrital de Operações de Socorro

**CDPC**

Comissão Distrital de Proteção Civil

**CNOS**

Comando Nacional de Operações de Socorro

**CNPC**

Comissão Nacional de Proteção Civil

**CODIS**

Comandante Operacional Distrital

**CODU**

Centro de Orientação de Doentes Urgentes

**COS**

Comandante Operações de Socorro

**CVP**

Cruz Vermelha Portuguesa

**DDR**

Dispositivo de dispersão radiológica

**DGS**

Direção Geral de Saúde

**Equipa EPH**

Equipa de Emergência Pré-hospitalar

**FA**

Forças Armadas

**FC**

Frequência cardíaca

**FR**

Frequência respiratória

**GNR**

Guarda Nacional Republicana

**INEM**

Instituto Nacional de Emergência Médica

**OMS**

Organização Mundial de Saúde

**PCR**

Paragem cardiorrespiratória

**PMA**

Posto Médico Avançado

**PSP**

Polícia de Segurança Pública

**RCP**

Reanimação Cardiopulmonar

**SIEM**

Sistema Integrado de Emergência Médica

**SIOPS**

Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

**START (triagem)***Simple Triage Rapid Treatment***TO**

Teatro de Operações

**TOTE**

Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência

**TPC**

Tempo de preenchimento capilar

**TRST (triagem)***Triage Revised Trauma Score***VIC**

Veículo de Intervenção em Catástrofe

**ZA**

Zona de Apoio

**ZCAP**

Zona de Concentração e Apoio à População

**ZCR**

Zona de Concentração e Reserva

**ZRnM**

Zona de Reunião de Mortos

**ZRR**

Zona de Recessão de Reforços

**ZS**

Zona de Sinistro

**ZT**

Zona de Transição



SITUAÇÃO  
DE EXCEÇÃO (MANUAL TAS)



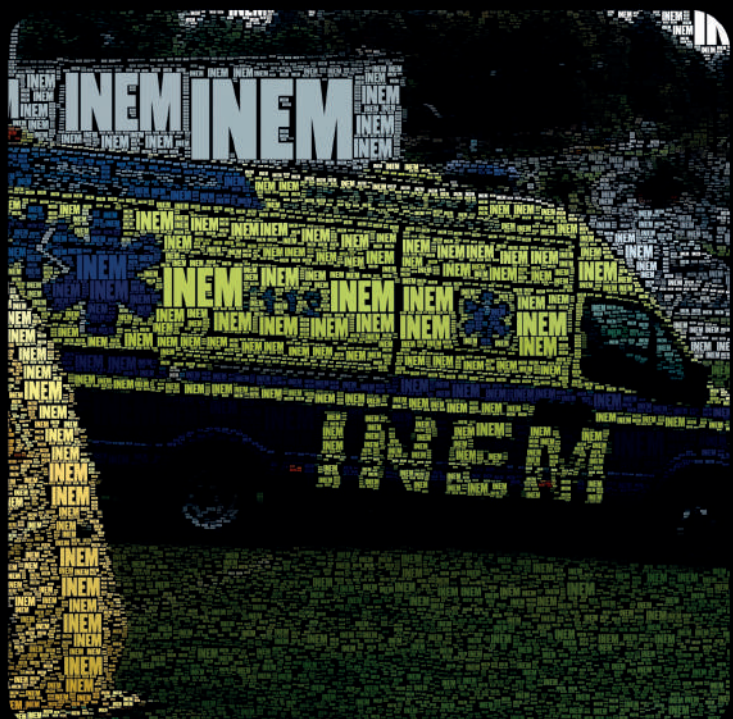




INI

EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO

EXCEÇÃO EXCEÇÃO EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO EXCEÇÃO EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO EXCEÇÃO EXCEÇÃO  
EXCEÇÃO EXCEÇÃO EXCEÇÃO



# SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO MANUAL TAS



Versão 3.0  
1ª Edição, 2012