



RESOLUÇÃO SESA nº 435/2018

Organiza e regula no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná o Regime de Força Tarefa para Resposta às Emergências em Saúde Pública.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, com base no Decreto Estadual nº 7.337/2017 que cria o *Regime de Força Tarefa para Resposta a Desastres*, e ainda, no uso das atribuições que lhe conferem os artigos Art. 45, XIV da Lei Estadual nº 8.485 de 03.06.1987 e,

- considerando que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA-PR tem como objetivo a construção e o fortalecimento de estratégias e diretrizes intersetoriais e interinstitucionais que levem à adoção de políticas públicas com ênfase na prevenção e respostas que minimizem os impactos dos desastres sobre a população;
- considerando o Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 na Diretriz 02 – Fortalecimento da Rede Paraná Urgência onde consta implantação e implementação de núcleos de manejo de desastre e emergências e saúde pública;
- considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;
- considerando a Portaria GM/MS nº 1378, de 09 de julho de 2013 que regulamenta as responsabilidades, define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e municípios relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e estabelece como uma das competências dos Estados da Federação, no seu Art. 9º, inciso IX – a coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;
- considerando o Decreto Presidencial nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESP) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS);
- considerando a Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011 que regulamenta, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), o Decreto Presidencial nº 7.616, de 11 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESP) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS);
- considerando o Decreto Estadual nº 7.337, de 11 de julho de 2017, que institui o regime de Força-Tarefa para resposta a desastres no Paraná (RFTRD), com o objetivo de reunir, organizar e direcionar recursos suplementares, oriundos dos diversos órgãos do Estado e

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400
www.saude.pr.gov.br - gabinete@sesa.pr.gov.br

[Handwritten signature]



externos à determinada área de desastre, para, em tais locais, fazer frente aos incidentes que extrapolem a capacidade de resposta das instituições locais, propiciando salvaguardar as pessoas, o meio ambiente e a propriedade.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir critérios aplicáveis para a constituição e organização de Recursos para o Enfrentamento às Emergências em Saúde Pública no Estado do Paraná.

Parágrafo Único: Esta Resolução regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Paraná (SUS-PR), o Decreto Estadual nº 7.337, de 11 de julho de 2017, que institui o regime de Força-Tarefa para resposta a desastres no Paraná (RFTRD).

Capítulo I Das conceituações

Art. 2º - A concepção, organização, estruturação, manutenção do Regime de Força Tarefa para Resposta às Emergências em Saúde Pública deverá atender às diretrizes contidas no *Plano de Ação da Saúde Para Emergência em Saúde Pública – Matriz Operacional*, Plano de Resposta a Emergências em Saúde Pública do Estado do Paraná e demais normas e diretrizes vigentes da Vigilância em Saúde. (Anexo I e II).

Art. 3º - Para efeito desta Resolução aplicam-se as seguintes siglas e definições:

- I. **Força Tarefa de Resposta a Emergências em Saúde Pública (FTSP)** – conjunto de medidas constituídas por diferentes recursos, materiais e humanos, especialmente preparados para oferecer resposta às situações de Emergências em Saúde Pública que acometem a população;
- II. **Emergência em Saúde Pública (ESP)** – situação que demande emprego de equipe operacional especializada para controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população;
- III. **Desastre:** evento de tal magnitude que causa perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas ou ambientais e que excedem a capacidade local de lidar com as conseqüências por meio dos recursos habituais; (ver nota *).
- IV. **Catástrofe:** quando um Desastre atinge tal magnitude em que há interrupção da infraestrutura local e da capacidade de resposta, geralmente provocado por causas naturais;
- V. **Situação de Desassistência à População:** evento que coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a

2



capacidade de resposta loco-regional.

- VI. **Recurso:** humano, logística, equipamentos, insumos, medicamentos, suprimentos e outros disponíveis ou potencialmente disponíveis para serem utilizados no apoio às atividades operacionais de resposta.
- VII. **Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES):** É uma estrutura organizacional temporária no âmbito da SESA constituída no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde–CIEVS/SVS, que realiza a gestão (planejamento, organização, coordenação, avaliação e controle) das atividades de resposta a emergências em saúde pública.
- VIII. **Sistema de Comando de Incidentes (SCI):** É uma ferramenta de gerenciamento de incidentes padronizada, para todos os tipos de sinistros e eventos, que permite ao seu usuário adotar uma estrutura organizacional integrada para suprir as complexidades e demandas de acidentes únicos ou múltiplos, independente das barreiras judiciais.

Capítulo II **Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COES** **Da organização**

Art. 4º - O Secretário de Estado da Saúde é o responsável em declarar um evento como “Emergência em Saúde Pública” e pelo acionamento do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) na esfera da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 5º - A coordenação do COES será do representante da Superintendência Vigilância em Saúde/CIEVS e Superintendência de Atenção em Saúde/Diretoria de Política de Urgência, que farão o planejamento e gerenciamento das ações.

§ 1º - Uma vez acionado, poderão ser convocados para compor o COES demais Superintendências da SESA, além de outros especialistas ou outras autoridades que poderão ser convidadas, cujas competências sejam relevantes para o enfrentamento ESP.

§ 2º - De acordo com a magnitude e a complexidade do evento a Coordenação define a forma de funcionamento do COES e a periodicidade de suas reuniões.

§ 3º - As ações do COES serão desenvolvidas conforme princípios do Sistema de Comando de Incidentes - SCI.

Art. 6º - Compete ao COES:

- I. Realizar diagnóstico situacional com identificação do tipo de ESP, avaliação de risco e magnitude do evento, para fins do disposto no inciso anterior, ou por solicitação das autoridades previstas nesta portaria, para subsidiar as manifestações em relação à



- declaração de ESP ou acionamento do COES;
- II. Estabelecer o nível de resposta do COES em articulação com gestores das instâncias municipais, regional e estadual de saúde;
 - II. Estabelecer critérios e procedimento de seleção e manter cadastro de profissionais integrantes do COES, para convocação e mobilização sempre que necessário;
 - IV. Manter cadastro de pesquisadores e especialistas em saúde, instituições e serviços que comporão as respostas coordenadas às emergências em saúde pública;
 - V. Articular-se com as demais instâncias do SUS na provisão de força de trabalho, de logística e de recursos materiais para assegurar a execução de ações de saúde oportunas;
 - VII. Acompanhar e verificar a disponibilidade, organização e distribuição dos recursos destinados à ESP;
 - VIII. Realizar o gerenciamento integral da resposta à ESP.

Art. 7º - Os níveis de resposta possível diante de uma Emergência de Saúde Pública, que serão considerados para ativação do COES, são:

- I. Nível de Resposta **0 (Zero)** - Monitoramento de eventos: quando o município possui os recursos necessários para responder à emergência, a atividade da esfera estadual restringe-se ao monitoramento e à orientação técnica à distância, bem como ao encaminhamento de insumos básicos complementares.
- II. Nível de Resposta I- Alerta e preparação – Ameaça identificada pela ocorrência de eventos de interesse em saúde pública que podem vir a tornar-se uma emergência em saúde pública.
- III. Nível de Resposta II - Emergência configurada: quando se identifica um evento, acidente/incidente caracterizado como emergência em saúde pública. O nível de resposta será modulado de acordo com a caracterização do risco.
- IV. Nível de Resposta III - Emergência com risco de propagação nacional ou extrapola a capacidade de resposta estadual: quando há ameaça de relevância nacional com impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. São situações de excepcional gravidade, que podem culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por parte do Ministério da Saúde.

Art. 8º - Segundo o nível de ativação, o COES deverá ser desativado considerando os seguintes aspectos:

- I. **Desativação do nível I** - quando a esfera local retomou sua capacidade de resposta ou o evento gerador da emergência foi encerrado.



- II. **Desativação do nível II** – quando as equipes de resposta à ESP foram desmobilizadas e o risco está controlado. A capacidade de resposta das esferas municipal e estadual foi retomada ou o evento gerador da emergência foi encerrado.
- III. **Desativação do nível III** – quando a ameaça foi controlada ou eliminada. Foram retomadas as capacidades de resposta das esferas municipal e estadual ou o evento gerador da emergência foi encerrado.

Capítulo III **Força Tarefa para Resposta à Desastre em ESP**

Art. 9º - A coordenação da RFTRD será de competência do COES no âmbito da SESA

Art. 10 - Será designado um representante titular da Diretoria de Políticas de Urgência e Emergência (DPUE) e um representante suplente do Centro de Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde (CIEVS) na condição de Coordenadores para representar a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) na Coordenação Multiagências – CMA do Regime de Força Tarefa para Resposta a Desastres (RFTRD), conforme Decreto Estadual nº 7337/2017 e Resolução 021 de 2017 da Casa Militar;

§ 1º - Durante o período de normalidade e preparação para atuar, quando ativado o RFTRD, os representantes terão poder de decisão para articular e mobilizar recursos necessários para planejamento das ações;

§ 2º - Quando da ativação do RFRSP os designados comparecerão a Sala Multiagências (CMA)/ Centro Estadual de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CEGERD) com a finalidade de planejar, coordenar e gerenciar as ações relacionadas ESP;

§ 3º - Deverá haver uma integração operacional entre o COES e os representantes da SESA na CMA para o planejamento e gerenciamento das ações de resposta a ESP.

Art. 11 - São princípios orientadores da FRSP:

- I. **Ação sistêmica:** Gestão integral com planejamento prévio para organização e estruturação da FTSP e para atuar operacional e administrativamente nas ESP, dentro das normas, sistemas, planos e protocolos já estabelecidos e pactuados com demais instituições envolvidas;
- II. **Integração interinstitucional:** as estratégias de atuação da FTSP serão norteadas pela atuação conjunta e coordenada junto a diferentes órgãos e instituições, públicas ou privadas;
- III. **Organização Macrorregional:** os recursos materiais serão organizados inicialmente nas 4 macrorregiões do Estado (Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel) de maneira proporcional a densidade populacional e nas regiões consideradas de risco. Os profissionais para compor



o RFTSP serão selecionados por Região de Saúde pela SVS/CIEVS ou SAS/DPUE das diversas áreas de atuação da Assistência (DPUE) e Vigilância em Saúde (VS), de forma proporcional e de maneira hierárquica conforme a complexidade do evento. Toda a ação será previamente planejada, mediante a análise da Classificação do Tipo e Risco do Evento e capacidade de resposta dos organismos locais;

- IV. Regimes de sobreaviso – composição de escala prévia de cobertura 24 h por categoria profissional com capacidade de mobilização e acionamento no menor espaço de tempo possível, com destino a qualquer região do território paranaense, brasileiro ou exterior;
- V. Adoção das Normas registrados na Matriz Operacional do Plano de Ação da Saúde para Emergência em Saúde Pública do Estado do Paraná, na forma do Anexo 1 desta Resolução, e atenderá normas e diretrizes da Vigilância em Saúde.

Capítulo IV **Dos Recursos Humanos**

Art. 12 - Os recursos humanos do RFRTD serão constituídos pela equipe de gerenciamento COES, CMA e por profissionais de saúde com experiência em atendimento pré-hospitalar de urgência, preferencialmente atuantes no SIATE ou SAMU ou demais serviços de urgência e emergência e profissionais capacitados e/ou especializados nas diversas áreas da Vigilância em Saúde, indicados ou selecionados das diversas regiões do estado, conforme normativa da SESA.

Art. 13 - Os servidores públicos estaduais convocados para atuar na FTSP, quando afastarem-se de sua sede, farão jus a diárias e passagens, nos termos do que dispõe o Decreto 5453, de 04 de novembro de 2016.

Parágrafo único: As despesas com diárias e passagens a que se refere o **caput** correrão à conta das dotações orçamentárias previstas para a Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 14 - Os servidores públicos municipais, federais e entes consorciados selecionados para compor a força tarefa deverão apresentar autorização da instituição de origem.

Parágrafo Único: As despesas com diárias e passagens a que se refere o **caput** correrão à conta das dotações orçamentárias previstas na Instituição de origem.

Art. 15 - Os profissionais das entidades sem fins lucrativos, Conselhos de Classe, as ONGs e mesmo as empresas do setor privado (ex.: concessionária), poderão compor a Força Tarefa da Saúde, desde que atestem, por meio de Ofício, sua participação voluntária e sem qualquer ônus ou contrapartida por parte do estado.



Capítulo V Dos Recursos Materiais e Financeiros

Art. 16 - Os recursos de que trata essa Resolução poderão ser empregados quando decretado ESP ou nos momentos de normalidade, direcionados para as ações de preparação para o enfrentamento da ESP.

Art. 17 - Os recursos financeiros disponibilizados para resposta à ESP serão repassados pela SESA, via Fundo a Fundo, para o município, Conforme Lei 15608 - 16 de Agosto de 2007

Parágrafo Único: O repasse fundo a fundo será realizado para os municípios que apresentem capacidade de execução das ações para enfrentamento do desastre, validado pela CMA e COES.

Art. 18 - Os recursos materiais necessários serão dimensionados no Plano de Ação do COES e Plano de Ação da Saúde para Emergência em Saúde Pública(DPUE).

Art. 19 - A aquisição dos equipamentos quando realizada será de acordo com a previsão orçamentária e disponibilidade financeira, por meio das fontes de recursos já em uso pela SESA ou por aquelas entendidas, como legalmente adequadas.

Capítulo VI Capacitações

Art. 20 - A SESA, por meio do NEU-PR/DPUE/SESA e do CIEVS/SVS/SESA poderão, em parceria com a Coordenadoria Estadual de Defesa Civil e do Corpo de Bombeiros e demais entes relacionados promover Cursos de Capacitação conforme necessidade.

I. CAPACITAÇÕES ou ESPECIALIZAÇÕES mínimas (obrigatórias):

a. Curso de Formação: Sistema de Comando de Incidentes – SCI

- Curso de Extensão - Processo formativo por Educação à Distância – EAD ou presencial, como Disciplina em Cursos de Formação ou Especialização do Corpo de Bombeiros/PMPR ou Defesa Civil Estadual ou Outros;
- Carga horária mínima de 24h/aula;
- Deve ser comprovada por Certificação por Instituição de Ensino reconhecida formalmente pelo CIEVS e DPUE, com verificação de grade curricular.

b. Treinamento: Plano de Ação da Saúde para Emergência em Saúde Pública do Estado do Paraná Matriz Operacional

- Processo formativo com exposição teórica e exercício prático– oferecido pela SESA;
- Carga horária mínima de 4 horas/aula;
- Certificação pela DPUE/SAS/SESA.



II. CAPACITAÇÕES ADICIONAIS - Socorrista ou Condutor de Veículo de emergência:

a. Curso de Primeiros Socorros, Curso de Formação de Socorrista ou Agente de Socorros de Urgência:

- Processo formativo de extensão como Curso de Formação de Socorristas formalmente reconhecidos pela DPUE/SESA;
- Curso de Agentes Socorros de Urgência (ASU) certificado pelo SIATE ou DPUE;
- Cursos de Primeiros Socorros por entidades certificadas pelo Núcleo de Estadual de Urgência -NEU-PR/DPUE/SESA ou Disciplinas em cursos de formação e especialização no CB/PMPR com, no mínimo, 40 h/a;
- Cursos em outras instituições formalmente reconhecidas pela DPUE/SESA com análise de Grade Curricular.

b. Curso: Incidentes Envolvendo Produtos Perigosos (IEPP)

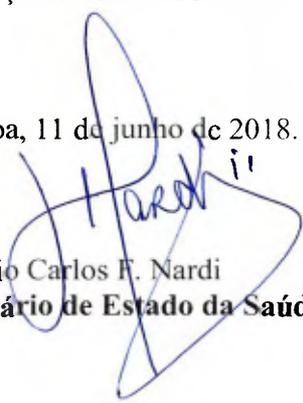
- Curso formativo ou disciplinas em cursos de formação e especialização no CB/PMPR com no mínimo, 30 h/aula;
- Cursos em outras instituições formadoras com verificação da grade curricular com no mínimo 30 horas/aula e reconhecidas formalmente pela DPUE/SESA.

c. Curso de Acidentes com Múltiplas Vítimas e que envolvem produtos Químicos, Biológicos, Radiológicos, Nucleares e Explosivos (QBRNE)

- Curso formativo ou disciplina de Acidentes com Múltiplas Vítimas e Acidentes envolvendo QBRNE, com carga horária mínima de 16 horas/aula, com metodologia de exposição teórica e exercícios práticos, realizados pelo Corpo de Bombeiros ou outra instituições formalmente reconhecidas pela DPUE/SESA;
- Certificação pelo Corpo de Bombeiros e DPUE/SESA.

Art. 21 - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução SESA nº 61/2011.

Curitiba, 11 de junho de 2018.


Antônio Carlos F. Nardi
Secretário de Estado da Saúde



Anexo I da Resolução SESA nº 435/2018

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ – SESA/PR

**Plano de Ação de Saúde para Emergência em Saúde Pública do
Estado do Paraná**

Matriz Operacional

Art. 1º - O Plano de Ação para Emergência em Saúde Pública do Estado do Paraná corresponde à matriz institucional e operacional de resposta coordenada oportuna, eficiente e eficaz, a qualquer emergência em saúde pública que ocorrer no território do Paraná. Está construído no sentido de oferecer respostas rápidas e integradas com finalidade de minimizar os impactos destes eventos sobre a população atingida, de limitar a progressão do dano e de reduzir a morbimortalidade relacionada aos mais diversos tipos de incidentes.

§ 1º - Emergência em Saúde Pública caracteriza-se como uma situação de impacto e interrupção da atividade rotineira de uma comunidade ou sociedade e, geralmente, acontece de maneira súbita e inesperada. Não pode ser manejada com procedimentos habituais e demanda emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população. (SVS/MS/2014). Pode ser caracterizada por provocar um número grande de vítimas (desastre) ou um Evento Especial que coloca em risco a saúde da comunidade.

§ 2º - Os principais eventos adversos com potencial em provocar um Desastre ou Evento Especial numa comunidade são:

- I Ameaças naturais como fenômenos climáticos extremos (inundações, tempestades, vendaval), terremotos, tornados etc.;
- II Ameaças de origem tecnológica (resultante da atividade humana) como acidentes de transportes e indústrias, rompimento de barragem, que acometem múltiplas vítimas, etc.
- III Terrorismo e demais acidentes envolvendo produtos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares e agentes explosivos (QBRNe);
- IV Epidemias e pandemias.

§ 3º - As conseqüências prováveis destes incidentes são: danos materiais, danos humanos (feridos, doentes, mortos), danos em cascata (efeitos adversos em outros setores), danos para a economia, danos psicológicos (histeria e pânico) e danos políticos (crise).

§ 4º - O enfrentamento destas situações exige um modelo gerencial com um sistema de coordenação e articulação interinstitucional responsável e pactuado. A somatória de esforços das instituições fortalece a capacidade de resposta às emergências em saúde pública e minimiza os danos além de reduzir impactos materiais e ambientais.

Art. 2º - Objetivos do plano:



- I. Oferecer uma resposta rápida, efetiva e oportuna às vítimas dos incidentes;
- II. Estabelecer um protocolo de resposta coordenada, técnica e padronizada às emergências em saúde pública que ocorrerem no território do Paraná, formalmente pactuada e articulada entre todas as instituições envolvidas;
- III. Definir procedimentos comuns, padronizados e com identificação das atribuições e responsabilidades das diferentes áreas e agentes envolvidos;
- IV. Potencializar a utilização de recursos por meio de ação integrada e coordenada intersetorialmente;
- V. Ser plano de resposta simples e flexível, baseado em protocolos e procedimentos comuns de resposta às Emergências em Saúde Pública;
- VI. Instituir uma força de trabalho - Força Tarefa Estadual da Saúde – coordenada pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES), composta por equipe de profissionais especializados e treinados em gestão e atendimento às emergências de maior vulto ou complexidade, especialmente para eventos que envolvam QBRNE.

Art. 3º - Partiu-se do princípio que o sucesso das ações de resposta nas emergências em saúde pública depende de uma integração operacional responsável entre as instituições ligadas a saúde e segurança. A resposta para estas situações deve ser rápida e eficiente e as equipes envolvidas devem ser qualificadas e com uma atuação coordenada. Portanto, as diretrizes para planejamento e execução desta matriz de resposta foram construídas de forma articulada entre as áreas de assistência às urgências e da vigilância em saúde da SESA, além de trabalhar de forma integrada e complementar com demais instituições envolvidas na resposta a qualquer emergência em saúde pública. Em especial, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil Estadual e Polícia Militar. Esta matriz integra e complementa os planos e diretrizes específicos da área de Vigilância em Saúde. Para validação final do Plano, o planejamento contempla estratégias de integração com Forças Armadas (Exército), Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Guarda Municipal, Infraero e outros serviços privados de atendimento pré-hospitalar (concessão de rodovias), no sentido de garantir uma estrutura organizacional coordenada, única e efetiva em todas as regiões do Estado. Assim, um programa de treinamento está previsto em todo Estado, num modelo pedagógico dinâmico e flexível, integrado interinstitucionalmente, formatado conforme disponibilidade do público alvo e de maneira permanente. Também será matriz para desenvolvimento dos diversos Planos de Contingências (como exemplo Plano Hospitalar, Plano para QBRN etc).

Art. 4º - Sistema de comando de incidente – SCI - NIMS (National Incident Management System/EUA).

§ 1º - Em consonância com o Decreto Estadual nº 9.557 de 06 de Dezembro de 2013, no seu art.12, § 3º do regulamento do sistema estadual de proteção e defesa civil, fica estabelecido que os pressupostos para o desenvolvimento deste planejamento estará pautado na ferramenta de gestão denominada SCI – Sistema de Comando de Incidentes.



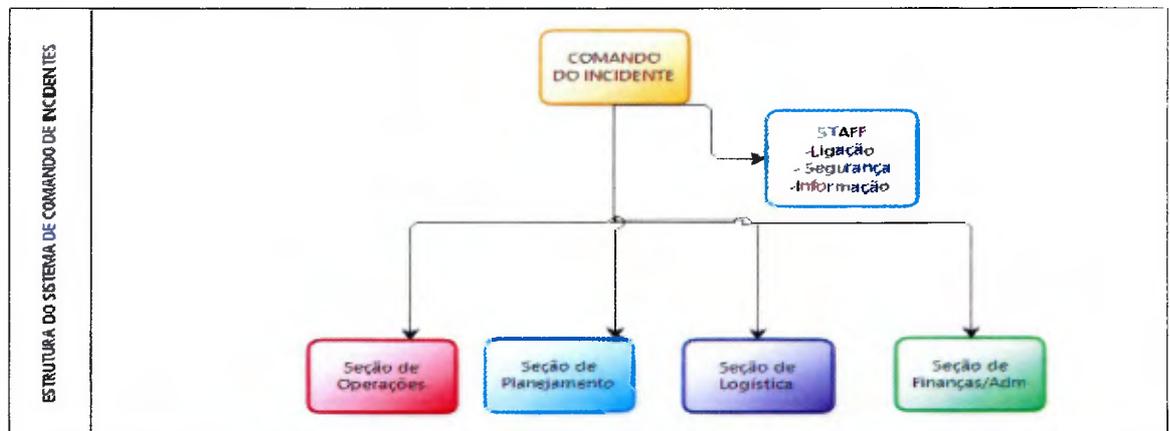
“ § 3º Ficam os Agentes Setoriais investidos dos poderes necessários para determinar a movimentação de pessoal e equipamentos necessários ao desempenho dos trabalhos de competência do órgão, consoante as instruções emanadas pelo Coordenador Estadual de Proteção e Defesa Civil, sendo que, durante a atividade de resposta, utilizarão o Sistema de Comando em Incidentes – SCI.”

- I. Segundo a definição, SCI *“É uma ferramenta de gerenciamento de incidentes padronizada, para todos os tipos de sinistros e eventos, que permite a seu usuário adotar uma estrutura organizacional integrada para suprir as complexidades e demandas de incidentes únicos ou múltiplos, independente das barreiras jurisdicionais”*. Desenvolvido nos Estados Unidos e reconhecido como modelo de resposta a vários tipos de incidentes e situações emergenciais de maior ou menor complexidade, tais como: respostas a desastres naturais, emergências com produtos perigosos, acidentes com múltiplas vítimas, eventos planejados (celebrações, paradas militares, concertos, etc.), operações policiais envolvendo outros órgãos, catástrofes, incêndios, missões de busca e salvamento etc. É um sistema de gestão projetado para proporcionar uma gestão eficaz e eficiente de um incidente ao combinar instalações, equipamentos, pessoal, procedimentos e um sistema de comunicação que operam dentro de uma estrutura organizacional em comum, cujo propósito é permitir a gestão eficaz e eficiente de incidentes. A premissa básica do SCI é que ele tem aplicação ampla. É usado para organizar operações em campo diante de uma ampla gama de emergências, tanto em curto como em longo prazo, desde incidentes pequenos até os mais complexos, sejam eles naturais ou fabricados. O SCI é usado por todos os níveis governamentais, federal, estadual e local. É normalmente estruturado para facilitar as atividades em cinco áreas funcionais principais: Comando, Operação, Planejamento, Logística e Finanças/Administração.
- II. O modelo de ação do SCI favorece a articulação operacional interinstitucional de forma padronizada, sendo que, a união de esforços é a chave para garantir a efetividade da resposta aos incidentes. Adequações no SCI relacionadas às especificidades das ações de saúde e à complexidade dos eventos que ameaçam a saúde da população foram necessárias no sentido de tornar o Plano prático e operacional e de encontro a nossa realidade. Não é pretensão capacitar o profissional nesta ferramenta de gerenciamento de crise. Alguns pontos serão destacados para melhor entendimento do papel do Setor Saúde. Está disponível no site da Corporação Bombeiro Militar o Manual do SCI do Corpo de Bombeiros do Estado do Paraná e recomendamos a todos os atores envolvidos que busquem esta capacitação junto aos órgãos de segurança e defesa civil.
- III. A presente Matriz Operacional fundamentada no SCI, formalmente pactuado e compartilhado com a área de segurança (Secretaria de Segurança Pública e Defesa Civil), caracteriza a resposta inicial no local da ocorrência. Também será o gatilho para dar continuidade na construção dos demais Planos de Contingências que complementarão o direcionamento das ações para resposta em qualquer emergência em saúde pública que acometa a população do Paraná. Cabe salientar, que o Plano estabelece as diretrizes operacionais de resposta e deve ser adaptado nos diversos níveis (local, regional e Estadual). Deve ser utilizado como referência para a construção dos diversos níveis de resposta. Sempre que um incidente alcance magnitude tal que ultrapasse a capacidade de resposta local (municipal/locorregional), entra em operação protocolos Estaduais, que estão especialmente detalhados na presente matriz operacional.



§ 2º - O SCI original está estruturado no *Comando do Incidente* e nas oito funções relacionadas, cada uma delas com responsabilidades de ação e adequações necessárias para atenção à saúde das vítimas que serão descritas no Art. 9º. As funções são:

- I. Comando do Incidente;
- II. Planejamento;
- III. Operações;
- IV. Logística;
- V. Administração e Finanças;
- VI. Segurança;
- VII. Informação Pública;
- VIII. Ligação.



Obs.: O detalhamento das divisões e responsabilidades de cada função está no Art. 10.

§ 3º - A organização do SCI é modular, sua expansão ocorre de baixo para cima conforme aumenta complexidade do evento e a chegada de mais recursos. Ou seja, tem a capacidade de ampliar-se ou contrair-se para se adequar-se às necessidades do incidente.

Art. 5º. O enfrentamento destas situações exige parametrização de alguns conceitos:

§ 1º - **Emergência em Saúde Pública (ESP):** Caracteriza-se como uma situação de risco que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública, em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres ou de desassistência à população. (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 2014);

§ 2º - **Desastre:** evento de tal magnitude que causa perdas humanas e/ou importantes perdas



materiais, econômicas ou ambientais e que excedem a capacidade local de lidar com as conseqüências por meio dos recursos habituais. No Brasil, em conformidade com o Anexo “A” da Política Nacional de Defesa Civil (2007, p.39), os desastres são classificados “quanto à origem, quanto à evolução, quanto à intensidade”.

Quanto à Origem		
1	Desastres Naturais	Caracterizam por serem provocados por fenômenos e desequilíbrios da própria natureza e produzidos por fatores de origem externa que atuam independentemente da ação humana.
2	Desastres Humanos	Caracterizam por serem provocados por ações ou omissões humanas.
3	Desastres mistos	Caracterizam por ocorrerem quando as ações ou omissões humanas contribuem para intensificar, complicar e/ou agravar desastres naturais.
Quanto à Evolução		
1	Súbitos ou de evolução aguda	Caracterizam pela rapidez com que evoluem e, normalmente, pela violência dos fenômenos que os causam.
2	Evolução crônica, gradual (lenta)	Caracterizam por evoluírem progressivamente ao longo do tempo, como por exemplo, no caso das secas e estiagens.
3	Somação de efeitos parciais	Caracterizam pela acumulação de eventos semelhantes, cujos danos, quando somados ao término de um determinado período, representam também um desastre muito importante, como por exemplo, no caso dos acidentes de trânsito.
Quanto à Intensidade		
1	Nível I	Caracterizam por serem de pequeno porte, com danos facilmente suportáveis e superáveis pelos serviços rotineiros.
2	Nível II	Caracterizam por serem de médio porte, com danos e prejuízos que podem ser superados com recursos local, desde que haja uma organização/plano, para tal.
3	Nível III	Caracterizam por serem de grande porte e exigirem ações complementares e auxílio externo para a superação dos danos e prejuízos.
4	Nível IV	Caracterizam por serem de muito grande porte. Nesses casos, os danos e prejuízos não são superáveis e suportáveis pelas agências locais sem ajuda de fora, mesmo que estas organizações estejam, preparadas e organizadas.

§ 3º - **Catástrofe**: quando um Desastre atinge tal magnitude em que há interrupção da infraestrutura local, dos recursos e da capacidade de resposta. Geralmente provocado por causas naturais;

§ 4º - **Situação de Desassistência à População**: evento que coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta locoregional.

§ 5º - **Acidentes com Múltiplas Vítimas**: evento que acomete um número de vítimas tal que excede a capacidade de resposta habitual dos serviços de urgência. Ou seja, a demanda de resposta do incidente é maior que os recursos iniciais disponíveis. Entretanto, após o impacto inicial, com alguma organização local e aplicação de protocolos, o sistema de saúde local responde a situação sem necessidade de intervenção externa;



§ 6º - **Plano de Ação para Emergência em Saúde Pública do Estado do Paraná:** matriz operacional e institucional de resposta rápida, coordenada e efetiva a qualquer emergência em saúde pública que ocorrer no Paraná, com objetivo de proteger a saúde da população, minimizar impactos dos desastres, limitar a progressão do dano e diminuir a morbimortalidade da população.

§ 7º - **Plano de Contingência:** documento que registra o planejamento elaborado para eventos específicos a partir do estudo de determinada hipótese de emergência em saúde pública. Exemplo: Plano de Contingência dos Hospitais, para QBRN;

§ 8º - **Gestão do Risco:** planejamento antecipado e continuado de ações, baseado em mapeamento de risco de determinado território, de responsabilidade compartilhada entre as 3 esferas de gestão (federal, estadual municipal) e intersetorial (áreas de Assistência e Vigilância em Saúde, área da Segurança Pública e Defesa Civil) que são necessárias para fortalecer a resposta do Plano de Ação da Saúde frente ao evento.

Art. 6º - Diretrizes para elaboração do plano. Deve ocorrer em três (3) fases, conforme tabela abaixo:

Fase I	Preparação do Plano de Ação	
Fase II	Níveis de Resposta	1. Organização Pré-Hospitalar 2. Organização Hospitalar 3. Plano de Contingências
Fase III	Mitigação e Recuperação	

§ 1º - Esta matriz operacional irá apresentar diretrizes gerais da **Fase I - Preparação do Plano de Ação** e da **Fase II – Nível de Resposta** relacionado à primeira etapa de Organização Pré-Hospitalar. Demais Planos (Hospitalar, de Contingências etc.) e outras ações relacionadas à Fase III serão complementadas em outros módulos.

§ 2º - **Fase I - Preparação do Plano de Ação** - É o conjunto das ações antecipadas, administrativas e organizacionais, desenvolvidas no sentido de reduzir o impacto das emergências na população. É de responsabilidade compartilhada entre os 03 níveis de gestão (federal, estadual e municipal). A finalidade principal é de fortalecer a resposta frente aos incidentes. Abaixo listamos algumas destas ações de interesse públicas, já desenvolvidas ou em desenvolvimento no Estado e, algumas orientações quanto à multiplicação em nível local ou localregional:

- I. **Gestão de Risco:** Uma comissão da SESA trabalha de forma intersetorial continuada com áreas afins, por meio de fóruns oficiais (Ex.: CEPRODEC) para garantir apropriação de relatórios oficiais de identificação de ameaças e vulnerabilidades existentes em todo o território do Estado do Paraná, assim como dos recursos disponíveis (especialmente equipamentos de saúde e corpo de bombeiros). O objetivo é estabelecer um desenho regional de riscos x vulnerabilidades x recursos. As informações geradas com o trabalho deste grupo e outros afins são fundamentais, e utilizados como referência na construção do Plano de Ação da Saúde.

- a) **Ações recomendadas:** Desenvolvimento local de fóruns de integração operacional neste modelo entre as áreas da saúde e que envolva Regionais de Saúde, Secretaria



Municipais de Saúde, Coordenação dos SAMUs Regionais e área de Segurança Pública, especialmente Corpo de Bombeiros e Defesa Civil, para mapeamento e gestão de risco. O objetivo é construir um mapeamento detalhado dos riscos, vulnerabilidades e recursos locais;

- II. Desenvolvimento de minuta de constituição da Força Tarefa Estadual da Saúde, tendo em vista o Decreto nº 7337 de 2011 que institui o Regime da Força Tarefa para Resposta à Desastre no âmbito do Estado do Paraná, e registra a responsabilidade da SESA (Art. 2º) enquanto instituição envolvida nas ações de resposta a desastres. Trabalho integrado com a Coordenadoria da Defesa Civil Estadual e demais Secretarias envolvidas;
- III. Uma equipe da SESA já está mantendo sobreaviso de 24hs, nas áreas de Vigilância e da Assistência, por meio do telefone **(41) 99155-9790** e pelo **CIEVS (41) 99177-3500**.
- a) Os seguintes setores da SESA estão comprometidos para responder às situações de urgência sempre que necessário:
1. Superintendência de Gestão de Sistemas – SGS
 2. Superintendência de Infraestrutura – SIE
 3. Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS
 4. Diretoria de Política de Urgência – Responsável pela Coordenação Operacional
 5. Departamento de Vigilância e Controle em Agravos Estratégicos -DECA/CIEVS
 6. Departamento de Vigilância Ambiental – DEVA
 7. Departamento de Vigilância Sanitária – DEVS
 8. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador – CEST
 9. Gabinete do Secretário – GS
 10. Assessoria de Comunicação Social – ACS
- b) Ações recomendadas: Recomenda-se que seja oficializado comitês locais de desastre, vinculados ao Comitê Gestor de Urgência, com representação oficial de instituições responsáveis e envolvidas na resposta à estes incidentes..
- IV. Equipe Técnica da SESA, Defesa Civil e Corpo de Bombeiros receberam treinamento, capacitação e trocaram experiência nacional e internacional (intercâmbio) para aperfeiçoamento na área de preparação para enfrentamento de desastres.
- V. Organização de lista de contatos de autoridades estratégicas e que estarão envolvidas na resposta Estadual, setores internos e externos (DPUE e VS/SESA, Defesa Civil Estadual, SESP – PM, Diretores de Regionais de Saúde, gestores municipais, diretor de serviços hospitalares, coordenação do SAMU Regional, Comando dos Bombeiros etc.). A lista será checada e atualizada periodicamente e contém nome, função, número do telefone, e-mail e responsabilidade específica. Complementada por uma segunda lista com contato de especialistas de diversas áreas afins que podem ser acionados, como por exemplo, físicos, químicos, biólogos, infectologistas;
- a) Ação que deve ser complementada nos Planos locais com contatos de autoridades municipais e disponibilizada às Centrais de Regulação do SAMU e SIATE.
- VI. A SESA e demais parceiros (SESP, Corpo de Bombeiros e Defesa Civil) está



desenvolvendo estratégias para divulgação, conhecimento e treinamento do protocolo descrito no Plano, em todas as macrorregiões do Estado do Paraná. Exercícios periódicos continuados e simulações regulares têm objetivo de testar a resposta local e avaliar necessidades de adequações. O Plano deverá ser de conhecimento geral desde o nível dos primeiros interventores até o nível de gestão do incidente. As Coordenações do SAMUs do Estado foram treinadas para elaboração do Plano de Contingências da Central de Regulação, ação fundamental para o sucesso das ações de resposta.

Plano de Contingências da Central de Regulação Médica de Urgências Corresponde ao protocolo de alerta e acionamento de recursos extras, pré-hospitalar e hospitalar, que é disparado pela Central de Regulação Médica de Urgência no caso de Desastre sempre que identificado a necessidade.

- a) Instituições envolvidas na resposta aos eventos devem replicar o presente plano a fim de criar uma doutrina de atendimento que comute as agências quando à resposta às emergências. Ao final de uma simulação ou exercício, o grupo deve ser capaz de responder a duas perguntas básicas:
- O que deu certo diante dos desafios propostos?
 - O que deve ser melhorado no futuro?
- VII. Cursos específicos, Workshops, palestras, aperfeiçoamento dos técnicos, intercâmbios internacionais, foram realizados e outros estão programados para equipe técnica responsável pela elaboração do Plano e demais atores envolvidos, no intuito de oferecer educação continuada na área e buscar cada vez maior eficácia e eficiência da resposta a estes incidentes. Assim, fica caracterizado que esta matriz operacional passa por um processo dinâmico e contínuo em busca de aperfeiçoamento, sujeito a adequações e atualizações necessárias;
- VIII. Sistema de radiocomunicação: SESA adquiriu sistema de radiocomunicação digital para todo o Estado e mantém um kit reservado (sistema HT) para ser distribuídos nas Emergências em Saúde Pública no sentido de garantir comunicação eficiente entre todos os profissionais que coordenam as ações para garantir o gerenciamento das operações;
- IX. Aquisição prévia de outros materiais já distribuídos para SAMUs Regionais, SIATE, e Portas de Urgência hospitalares:
- a) KIT Desastre – distribuído 01 Kit para cada SAMU e para SIATE Curitiba, composto por capacete, lonas nas cores vermelhas, amarela, verde e preta, cartão de triagem Metatag, coletes de identificação nas cores vermelho, laranja, amarelo, verde e preta e bolsa de lona;
- b) KIT EPI – 1 kit distribuído para cada SAMU, para o primeiro enfrentamento contra eventos com contaminação biológica:
1. 01 bolsa;
 2. 04 pares de luva cirúrgica;
 3. 06 pares de luva grossa;
 4. 01 máscara cirúrgica e 01 máscara N95,
 5. fitas adesivas;



6. óculos de proteção;
7. macacão termosselado Tyvec;
8. sobrebotas;
9. botas.

§ 3º - Fase II Níveis de Resposta:

I. **Resposta Pré-Hospitalar** - O sucesso da resposta pré-hospitalar depende fundamentalmente do Plano de Contingências da Central de Regulação Médica de Urgências, como já registrado anteriormente. A Central de Regulação faz a gestão dos recursos da saúde conforme a demanda da cena do incidente. O Sistema de Comando de Incidentes - SCI é a ferramenta adotada que direciona a organização e o gerenciamento das ações para responder ao incidente no local. Faz-se necessário destacar nesta Matriz as principais funções gestoras do SCI que devem ser reconhecidas pelas equipes de saúde no local do incidente e que são responsáveis pela organização do atendimento;

a) **Gabinete Gestor do Desastre/Posto de Comando/Comando Unificado** - Como estratégia inicial de resposta no local do incidente, a instalação e oficialização do **Gabinete Gestor do Desastre** é fundamental. É a estrutura do SCI responsável pelo gerenciamento total do evento e garante o funcionamento da operação como um todo, independente de sua magnitude. Cabe a ele desenvolver as estratégias, aplicar os protocolos e oferecer a logística de respostas geradas pelas demandas provenientes do incidente. O Gabinete Gestor do Desastre funciona no **Posto de Comando (PC)**. Este é o local destinado a função de comando das operações no local do incidente e onde concentra a coordenação das diversas instituições envolvidas na resposta do incidente. Assim, a característica do Posto de Comando varia conforme a complexidade do evento e deve ser instalado em local estratégico, facilmente visualizado e seguro. Para a concepção deste gabinete é interessante que as pessoas que irão fazer sua composição contemplem as seguintes características:

1. Pessoas que tenham responsabilidades pelas ações específicas de sua competência;
2. Pessoas que tenham o controle e articulação de grande número de recursos;
3. Pessoas que tenham grande representatividade no contexto locorregional;
4. Pessoas que tenham a responsabilidade legal para a questão.

Um representante da área da saúde participará do Gabinete Gestor no Posto de Comando. Inicialmente será o primeiro profissional mais habilitado da saúde que chegar ao local: como exemplo, o médico intervencionista do SIATE ou SAMU, que pode ser substituído, na sequência, pelo Médico Coordenador do SIATE ou SAMU, ou Médico Diretor de Urgência, ou até pelo Coordenador Estadual de Urgência, conforme aumenta a complexidade do incidente. Estas pessoas que representam as instituições envolvidas no evento, presentes no Gabinete Gestor formam o **Comando Unificado**, compartilham as mesmas instalações no Posto de Comando (PC) num mesmo processo de planejamento. Assim, o Comando Unificado é composto por representantes institucionais com responsabilidade pelo gerenciamento do incidente.

b. **Comando do Incidente** – O Comando do Incidente é uma função prevista em qualquer tipo de ESP. Em princípio, será exercido pelo primeiro profissional capacitado e maior nível hierárquico que chegar à cena. À medida que chegarem outros recursos, o

GABINETE DO SECRETÁRIO



comando será transferido a quem possua competência e responsabilidade requerida para o controle geral do incidente. O Comandante do Incidente deve determinar os objetivos operacionais e manter a coordenação das atividades. Recebe orientações/informações dos representantes das outras instituições envolvidas e que compõe o Gabinete Gestor para elaborar a estratégia de resposta. Sua ação se baseia em Planos de Ação, de Contingência, normas e protocolos dos serviços. Representantes dos bombeiros ou da Polícia Militar geralmente assumem o Comando das operações nos eventos de maior vulto e, conforme a natureza do incidente.

- c. **Primeiro Interventor** - Entende-se por primeiro interventor, o primeiro recurso que chegar ao local com competência e que deverá agir conforme o protocolo do primeiro interventor (Manual do SCI). Como principal ação na área da saúde, por exemplo, reportar para a Central de Regulação Médica de Urgência - CRMU (ou outras Centrais de Emergências) a descrição do cenário no local do incidente e fazer o isolamento seguro da cena. Uma observação importante é que, a partir da chegada da segunda equipe, inicia o estabelecimento das demais estruturas do SCI.

Art. 7º - Organização do setor saúde - classificação dos eventos. De acordo com a metodologia do plano de instalação de SCI do NIMS (National Incident Management System/EUA), a classificação quanto à complexidade do evento vai desde ações rotineiras dos serviços de emergências, até situações de interesse nacional muito complexo. Assim, se o incidente crescer em tamanho e complexidade, a cadeia do SCI será progressivamente implantada com acionamento e envolvimento de demais instituições. Da mesma forma, o setor saúde desencadeia o acionamento da cadeia hierárquica conforme aumenta a complexidade do incidente.

Com o objetivo de padronizar os "gatilhos" de acionamento deste plano, fica estabelecido como protocolo estadual que a partir de 05 (cinco) vítimas, os serviços de saúde de emergência já devem considerar como Acidente com Múltiplas Vítimas, e o acionamento do plano deve ser considerado.

§ 1º - Ainda como referência para orientação do atendimento da saúde, conforme a gravidade e número de vítimas envolvidas, as ocorrências serão classificadas em 04 Níveis. Assim, esta classificação leva em consideração: o número e gravidade das vítimas (vítimas com prioridade vermelha ou amarela), a segurança da cena e quantitativo mínimo de médicos coordenadores envolvidos no evento. Os critérios indicados são os mínimos exigidos e podem sofrer variação conforme avaliação do médico responsável (Regulador ou Coordenador no local).

I. Classificação dos Eventos:

a) **Nível 1** – Ocorrência com no máximo 02 vítimas classificadas como prioridades vermelho ou amarelo e a cena se apresenta sem risco (cena segura) – Necessário no mínimo de 01 médico no local com atuação conjunta como médico de área e coordenador no local;

b) **Nível 2** - Ocorrências com 03 ou mais vítimas classificadas como prioridades vermelha ou amarelas e com segurança na cena também– Necessário 02 médicos sendo 01 (um) atuando



como coordenador local e outro como médico de área. Fica estabelecido que eventos em massa planejados já são considerados como Nível 2 (pode mudar de nível conforme avaliação do gestor);

c) **Nível 3** - Ocorrências com 03 ou mais vítimas classificadas como prioridades vermelha ou amarelas em cena **não segura para intervenção da área de saúde** – Se faz necessário 02 médicos, sendo 01 (um) atuando como Coordenador Local e outro como médico de área. Considerar 01 (um) médico no Posto de Comando;

d) **Nível 4** – Ocorrências de natureza complexa (como as envolvendo QBRNE) com demanda de gestão médica superior as duas funções, necessitando de uma coordenação no Posto de Comando além da Coordenação Médica Local e da Coordenação Médica Operacional. Cena de risco.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS

Nível	Prioridades vermelha ou amarela	Médicos coordenação	Local
1	Máximo 02 vítimas	01	SEGURO
2	Acima de 02 vítimas Eventos em Massa Planejados	02	SEGURO
3	02 a 05 vítimas	02	Com Risco
4	Acima de 05 vítimas e/ou QBRNE	03	AMBOS

II. Os Acidentes com Múltiplas Vítimas têm uma variedade de apresentação e múltiplos cenários, sendo necessárias adequações e instalação de mais setores para acolhimento e/ou proteção das vítimas conforme determinação do Médico Coordenador. Assim, partimos do princípio que alguns acidentes envolvem um número de vítimas que extrapolam a demanda habitual dos serviços de urgência, entretanto, com alguma organização local e estabelecimento de protocolos, o sistema de saúde responde a situação, sem necessidade de ajuda externa e sem intervenção de demais instituições (não existem outros riscos envolvidos). Entretanto, se o incidente crescer em tamanho e/ou complexidade, a cadeia do SCI será progressivamente implantada com acionamento e envolvimento de demais instituições e pode necessitar de ajuda externa.

Art. 8º - Descrição das Estruturas Operacionais da Saúde – SCI.

§ 1º - Para uma boa operacionalização do plano pelo setor Saúde, algumas estruturas do SCI devem estar ser destacadas e conhecidas pelas equipes de saúde e de comum acordo com as diversas instituições que estarão presentes no teatro de operações. São elas:

I. **Posto de Comando (PC):** Lugar, que pode estar em uma estrutura fixa (edificação) ou móvel (veículo operacional) ou simplesmente em um terreno, a partir do qual se exercem as funções de comando. No entanto, suas características terão relação direta com o tamanho e a complexidade do evento. Só haverá um PC para cada cena, e este deverá ter a seguinte sinalização: um retângulo de fundo alaranjado com as letras “PC” em preto nas



medidas de 90 x 110 cm.

a) Condições para estabelecer um PC:

1. Local seguro (fora da zona de risco) e longe do ruído e da confusão que geralmente acompanha um incidente;
2. Possibilidade de (mantendo a condição anterior) uma visão integral da cena do incidente;
3. Possibilidades de expansão, caso o incidente o requeira;
4. Capacidade para prover vigilância (segurança) e para controlar o acesso quando seja necessário;
5. Informação de sua ativação e localização assim que for estabelecido;
6. Sinalização, de modo a ser identificado por todas as pessoas que estejam envolvidas na resposta ao incidente;
7. Disponibilidade de comunicação

b) No PC, instalam-se o **Comando do Incidente**, com os Oficiais do Staff de Comando. O Comando do Setor Saúde que conforme a natureza do evento, pode ser mais que 01 (um), como por exemplo, o Coordenador/Diretor de Urgência Local e um representante da Vigilância Sanitária, no caso de incidentes envolvendo QBRNE.

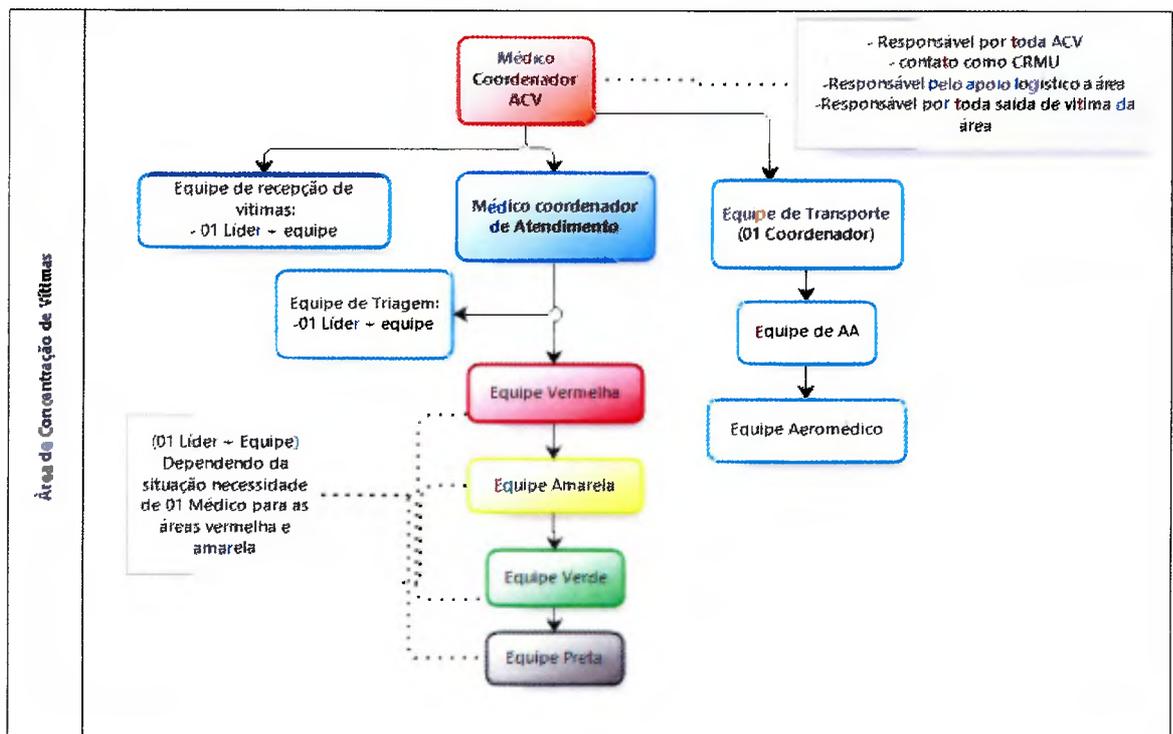
II. **Área de espera (E):** A Área de Espera é um local delimitado e identificado, para se dirigirem os recursos operacionais que se integrarem ao SCI. Local de **recepção (check-in) e cadastramento dos recursos**. Caso os recursos não sejam necessários imediatamente, eles permanecem em condições de pronto emprego aguardando o seu acionamento. No começo da operação pode ocorrer a designação direta dos recursos, sem passar pela Área de Espera, sendo necessário fazer o check-in pelo rádio. O sinal de identificação da Área de Espera é um círculo com fundo amarelo e um “E” de cor preta em seu interior, com 90 cm de diâmetro.

III. **Área de Concentração de Vítimas (ACV):** É o local no cenário do incidente onde estarão concentradas as vítimas aguardando o momento para serem transportadas ao hospital de referência. Pode ser o local onde a equipe de saúde começa a sua atuação, recepcionando, triando e conduzindo as vítimas de maneira ordenada de acordo com a sua gravidade para a área de prioridade e transporte. Dentro da ACV as vítimas são constantemente monitoradas e reclassificadas pela equipe de atendimento pré-hospitalar, equipe essa que atua em 04 (quatro) divisões:

1. Recepção de vítimas;
2. Área de Prioridades para Estabilização e monitoramento;
3. Transporte;
4. Manejo de pacientes em óbito (da ACV).

a) O lugar escolhido como ACV deve ser: seguro, de fácil acesso, perto do incidente (minutos), provido de recursos mínimos para atender as vítimas, ter capacidade de ampliar se necessário, preferencialmente coberto e iluminado.

b) O sinal de identificação da Área de Concentração de Vítimas é um círculo com fundo amarelo e um “ACV” de cor preta em seu interior, com 90 cm de diâmetro.



IV. Áreas de Atuação

§ 1º - **Zona Quente:** está diretamente correlacionada com o local do incidente, nesta área se sobrepõe as ações de resgate e salvamento, portanto a coordenação desta zona esta diretamente ligada com uma instituição da área de segurança, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar etc., cabendo a eles sua gestão e delimitação.

§ 2º - **Zona Morna:** é a localidade mais próxima a área de resgate, porém com segurança e mais estável. Local onde são desenvolvidas as ações para socorrer as vítimas do incidente. Sua coordenação é da área da Saúde, sendo este o local onde se instalam a ACV (áreas de recepção, triagem, socorro por prioridades e área de transporte de vítimas).

§ 3º - **Zona Fria:** é o local onde se instalam as estruturas de coordenação como o Posto de Comando e Área de Espera. Deve estar em local seguro e logo após da área de socorro;

§ 4º - Embora a identificação destas áreas fica mais evidente quanto maior a complexidade do evento, é importante que mesmo em ocorrências de menor impacto sejam ativadas a fim de tornar mais eficiente sua utilização para as instituições envolvidas e ser testada pela equipe;

§ 5º - Situações que envolvam QBRNE podem exigir ações extraordinárias na Zona Quente, ou seja, preparar uma zona de descontaminação antes dos pacientes ser encaminhados para ACV.

Art. 9º - Modelo Operacional do Setor Saúde – Atuação na Zona Morta. A Zona Morta é o local onde a saúde é o principal ator, cabendo a ela a premissa de gestão e coordenação. O objetivo principal deste Plano é detalhar as ações e funcionalidades deste local a fim de serem executados pelas equipes de atendimento. A Zona Morta é estabelecida logo após o perímetro da zona quente. É uma zona segura e estável, a fim de tornar possível o atendimento às vítimas antes de transportá-las aos hospitais de maneira organizada.

§ 1º - Suas ações estão pautadas principalmente em três momentos:

- I. Classificar (triar);
- II. Atender (socorrer);
- III. Evacuar (transportar).

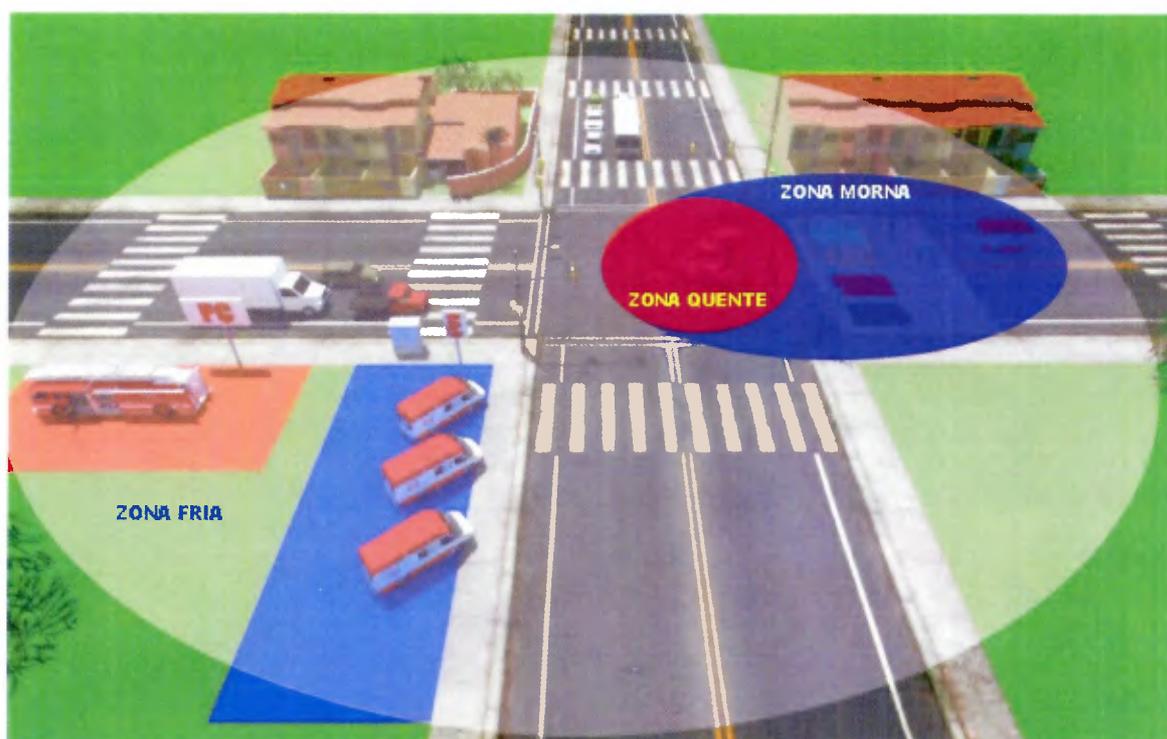


Ilustração 1- Modelo Operacional do Setor Saúde – Atuação na Zona Morta

a) Para atender as ações elencadas acima é importante ressaltar que na Zona Morta é estabelecida a estrutura denominada “**Área de Concentração de Vítimas - ACV**”, local onde estão concentradas as vítimas, sendo formada pelas seguintes estruturas:

1. **Área de recepção/triagem:** local de referência para concentração das vítimas retiradas pelas equipes de resgate e salvamento, com o objetivo de redefinir o nível de atendimentos a serem dados as vítimas. O Método START é o protocolo de Triagem adotado no Estado e é baseado nas condições clínicas do paciente. É estrutura de apoio a área de prioridades;



2. **Área de Prioridades:** local definido para atendimento e estabilização das vítimas de acordo com a gravidade de suas lesões, bem como de suporte aos feridos até que seja estabelecida sua ordem de transporte. Divididas em 04 subáreas, conforme a classificação do método START*, verde, amarela, vermelha e preta, onde as áreas vermelhas e amarelas requerem mais recursos e atenção das equipes de saúde.
3. **Área de transporte:** local que recebe as vítimas preparadas para serem transportadas a um hospital de referência é onde as ambulâncias são direcionadas e controladas.

b) Dentro da ACV, as vítimas são constantemente monitoradas e reclassificadas pela equipe de atendimento pré-hospitalar. Pode ser necessária estabelecer uma 4ª estrutura para manejo de mortos dentro da ACV; local seguro de fácil acesso e provido de recursos mínimos. Conforme a magnitude do evento, este espaço deve ter capacidade de ampliação. Ainda é importante salientar que uma equipe de profissionais da saúde especialmente preparada, a Força Tarefa Estadual da Saúde, poderá ser acionada para entrar na Zona Quente para prestar assistência às vítimas ainda não resgatadas, conforme determinação do Comando Unificado.

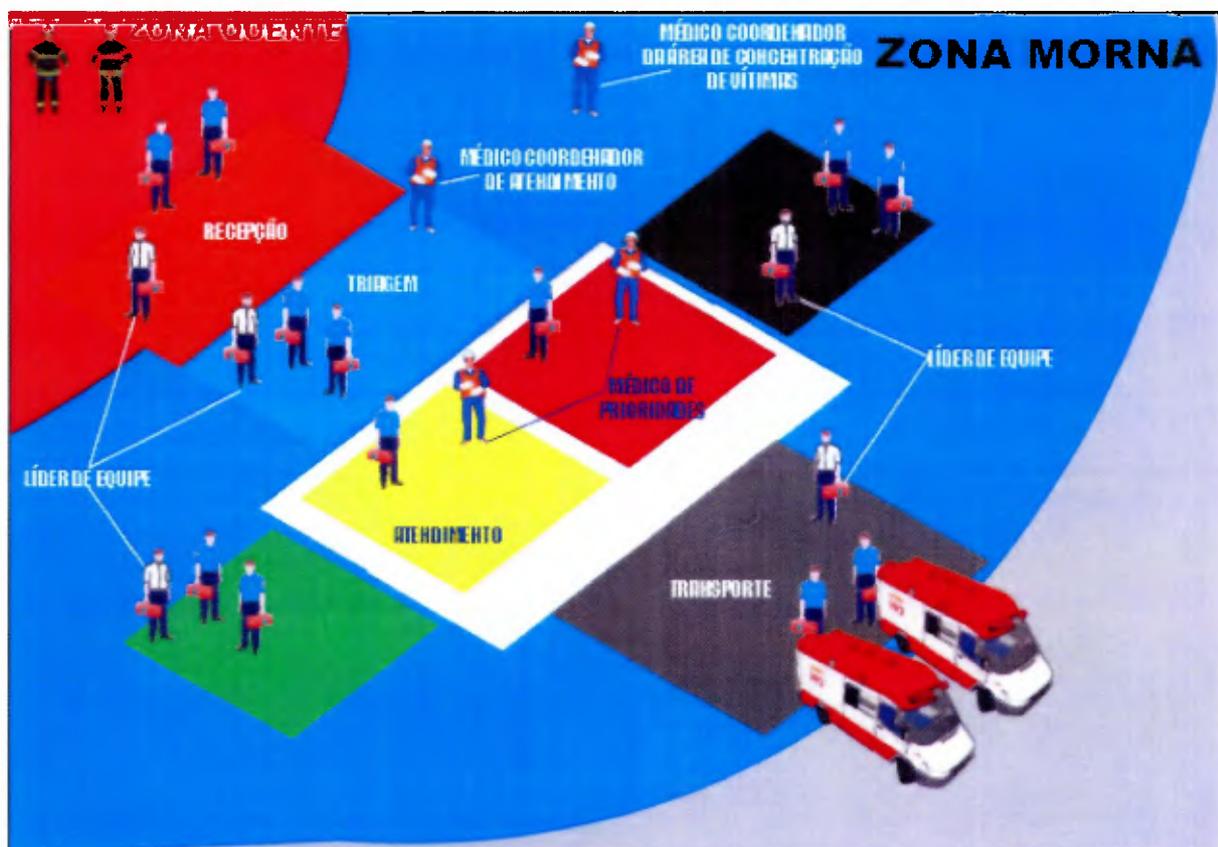


Ilustração 2 - Modelo Operacional do Setor Saúde

Art. 10 - Funções de Coordenação dos Agentes de Saúde - Conforme a magnitude do evento, se entende como necessário a execução das seguintes funções:



§ 1º - Comando do Setor Saúde: Exercido no Posto de Comando (PC). Deve ser exercido por representante do setor saúde locorregional onde o principal objetivo é participar na gestão de desastre de maior complexidade ou ESP. Deve estar desligado da parte operacional, porém deve ter autonomia de acesso e gestão de toda estrutura de saúde do Estado/regional. Assume a função e se apropria das informações referentes ao incidente com demais entes do Comando Unificado, desenvolvem o PAI em conjunto com demais no PC, dispara o alerta, as solicitações de recursos e dos Planos de Contingências. Pode ser exercido pelo Coordenador do SIATE ou SAMU e substituído pelo Diretor de Urgência e Coordenação Estadual, conforme a magnitude do evento.

§ 2º - Médico Coordenador Local MCL – de Área de Concentração de Vítimas: é o responsável por estabelecer e coordenar toda a área de concentração de vítimas. Pode ser a função de maior hierarquia nos incidentes de menor gravidade (que não foi necessário instalar o Comando do Setor Saúde ou PC). Deve gerenciar recursos a fim de estruturar e manter funcional as ações de triagem, classificação, atendimento e transporte das vítimas. É responsável em contactar a CRMU (Central de Regulação Médica de Urgência), informar situação no local, atualizar dados, garantir sistema de comunicação entre equipe de comando e de área. Define o transporte das vítimas para os hospitais e comunica a CRMU. Identificado através de um colete laranja e um capacete branco. Exercido geralmente pelo 1º Médico intervencionista com experiência que chega ao local da ocorrência, do SIATE ou do SAMU e que pode ser substituído conforme a magnitude do evento, pelo coordenador do serviço (SIATE ou SAMU).

§ 3º - Médico Coordenador de Área - Atendimento (CA): Este profissional será instituído em ocorrências de grandes dimensões (a partir do nível 02) e é indicado pelo Médico Coordenador Local. É responsável pela gestão direta no atendimento das vítimas, coordenando a área de prioridades, bem como dos procedimentos operacionais para estabilização das vítimas a serem transportadas. É também o responsável em estabelecer as prioridades para transporte e repassar a informação ao MCA. Geralmente é o segundo médico intervencionista do SIATE ou SAMU que chega ao local e assume a função, indicado pelo Médico Coordenador Local.

§ 4º - Líder de Recepção/Triagem (LR): é o profissional de saúde que tem a função de gestão de recepção/retriagem das vítimas, sendo esta um ponto de referência para as equipes de resgate ao direcionar as vítimas que são estrincadas da área quente.

§ 5º - Líder de Transporte de vítimas (LT): Pessoa responsável em controlar os recursos móveis destinados a transportar as vítimas do local do desastre aos hospitais, sendo estes ambulâncias ou aeronaves.

§ 6º - Líder da zona vermelha (LV): Profissional de saúde responsável pela área de prioridade vermelha. Coordena a equipe destacada para esta área que deve oferecer assistência necessária para estabilizar pacientes de maior risco e identifica aqueles que terão prioridade para transporte. Deve manter comunicação direta com o Médico Coordenador (Local e de Área) – repassar informações e solicitar a prioridade de transporte. É identificado pelo colete vermelho.

§ 7º - Líder da zona amarela (LA): Profissional de Saúde responsável pela área de prioridade amarela. Coordena a equipe destacada para esta área que deve oferecer assistência necessária aos pacientes e estabelecer prioridade de transporte. Deve manter comunicação direta com o Médico Coordenador (Local e de Área) – repassar informações e solicitar a prioridade de transporte. É identificado pelo colete amarelo.



§ 8º - Líder da zona Verde (LVd): Profissional de Saúde responsável pela área de prioridade verde. Coordena a equipe destacada para esta área que deve oferecer assistência necessária aos pacientes. Deve manter comunicação direta com o Médico Coordenador (Local e de Área) – repassar informações. É identificado pelo colete verde.

Obs.: Os Líderes de Prioridades devem ser exercidos pelos profissionais de saúde dos próximos recursos que chegam ao local. São profissionais com maior experiência e maior hierarquia. São indicados pelo Médico Coordenador de Área.

§ 9º - Líder da zona preta (LP): responsável pela área de prioridade preta. É identificado pelo colete preto.

§ 10 - Equipe de Saúde de intervenção na Zona Quente – Equipe da Força Tarefa Estadual: Profissionais treinados que, dependendo da necessidade operacional, irão trabalhar na Zona Quente, juntamente com as equipes do Corpo de Bombeiros ou Policial Militar. Exige treinamento especializado em conjunto com as unidades de resgate e estão sob a responsabilidade do coordenador da Zona Quente.

Art. 11 - Sistema De Comunicação - O sucesso das operações do Setor Saúde assim como das demais instituições envolvidas, depende de um sistema de comunicação eficiente. O fluxo de informações deve acontecer entre coordenadores da área do incidente e, entre este e a Central de Emergência – Central de Regulação de Urgência. Assim, como primeiro passo, os serviços de emergência locais devem pactuar fluxos de comunicação eficiente entre as Centrais de Emergências (PM/Bombeiros x Central de Regulação de Urgência x PRF etc.), no sentido de compartilhar de imediato qualquer solicitação referente a ocorrências que envolvem múltiplas vítimas ou qualquer suspeita de Emergências em Saúde Pública.

§ 1º - Assim que o evento for confirmado e na dependência da magnitude do mesmo, a Central de Regulação de Urgência deve se apropriar dos “kits de atendimento de desastre” para ser deslocado ao local do incidente. Partimos do princípio que as forças de segurança (especialmente bombeiros) tenham equipamento de radiocomunicação móvel para ser disponibilizado para a coordenação da saúde: 01 para Comando da Saúde no Posto de Comando, 01 para Coordenação Médica Local, 01 para Coordenador Médico de Área, no mínimo. Se possível, que cada Líder de zona de prioridade também disponha do equipamento.

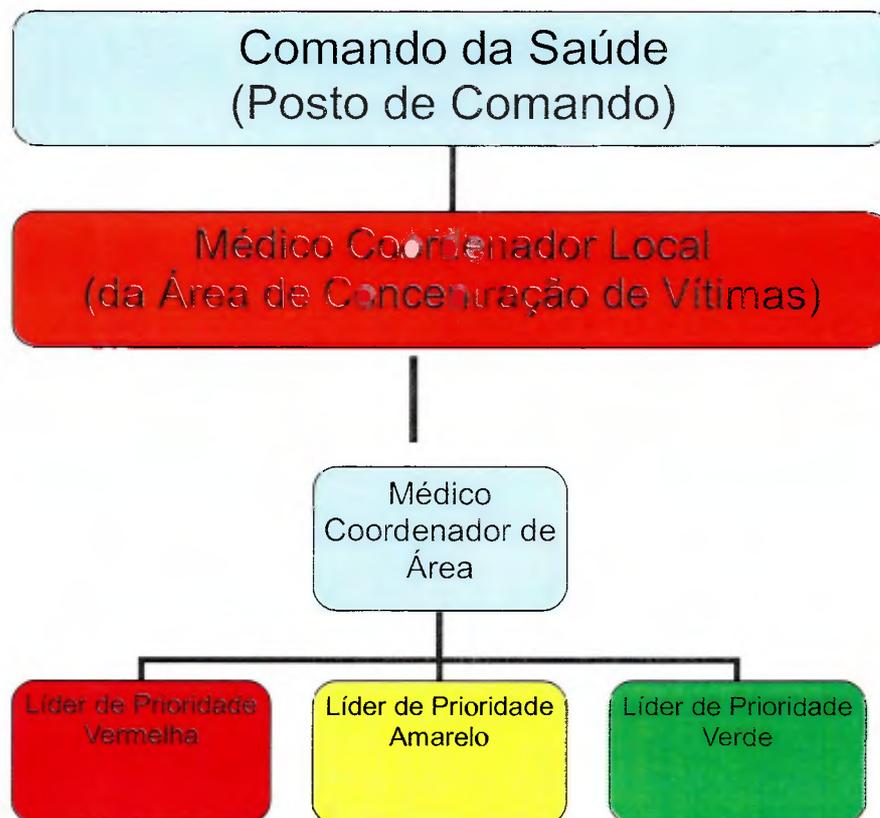
a) A Diretoria de Política de Urgência da SESA disponibilizou para todos os SAMUs Regionais equipamento de radiocomunicação digital (HT Móvel) e mantém um estoque de emergência para ser utilizado nestas situações. Todos os aparelhos de comunicação devem ser ligados na frequência determinada pelo Comando do Incidente.

b) A Coordenação Local (ou Comando Médico) repassa informações sobre a cena da ocorrência para a Central de Regulação e esta reporta sobre os recursos que foram acionados e devem chegar ao local. Sempre que um paciente está em condições de ser transportado, a Central recebe a informação sobre as condições gerais do paciente, característica do veículo que irá transportar e autoriza deslocamento indicando o hospital/serviço destino. Portanto, existe um fluxo hierárquico de decisão e resposta que deve ser respeitado, conforme modelo de trabalho do



SCI.

c) Existe uma interface de comunicação com as coordenações das demais instituições presentes (Comando Unificado, Chefe de Seções etc.) e que tem responsabilidade por recepção de viaturas (Área de Espera), transporte e deslocamentos operacionais. Assim, as decisões sobre necessidade de suprimentos, deslocamento das viaturas etc. devem ser compartilhadas e aprovadas pelas demais instâncias presentes, por questão de organização e segurança, conforme determina o SCI. A Central de Regulação de Urgência (Médico Regulador) tem autonomia de acionar recursos da saúde conforme a demanda do incidente, públicos e privados se necessário for, e determinar deslocamento para o local do incidente, (recursos humanos, veículos, ambulâncias, aeronaves, materiais e equipamentos extras pré-hospitalares etc.). Conforme a magnitude do evento, a Coordenação Médica do SAMU deve solicitar apoio da **Coordenação Estadual de Urgência/ Diretor de Política de Urgência da SESA (F 041-991559790)** para apoio no gerenciamento das ações. Eventos envolvendo QBRNE certamente necessitarão de apoio de outras instituições/especialistas para comandar as operações, como por exemplo, o CIEVS (Centro de Informações Estratégicas em Saúde) que atende pelo telefone 41 991173500.





Art. 12 - Força Tarefa Estadual da Saúde – Conjunto de medidas constituídas por diferentes recursos, materiais e humanos preparados para oferecer resposta especializada às situações especiais de Emergências em Saúde Pública que acometem a população. Como por exemplo, catástrofes, incidentes envolvendo QBRN etc. A mobilização desta equipe será por meio do CIEVS ou da Diretoria de Urgência e Emergência da SESA ou por ambos os setores, que também respondem a demanda da Coordenadoria Estadual de Defesa Civil – PR, na dependência da natureza da ocorrência.

§ 1º - Principais situações que demandam emprego da Força Tarefa Estadual do SUS:

- a) **Emergência em Saúde Pública** – situação que demande emprego de equipe operacional especializada para controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, acidentes com QBRNe ou outras de desassistência à população;
- b) **Desastre**: evento de tal magnitude que causa perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas ou ambientais e que excedem a capacidade local de lidar com as consequências por meio dos recursos habituais; (ver nota *);
- c) **Catástrofe**: quando um Desastre atinge tal magnitude em que há interrupção da infraestrutura local, dos recursos e da capacidade de resposta. Geralmente provocado por causas naturais;
- d) **Situação de Desassistência à População**: evento que coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta locoregional.

§ 2º - **Força Tarefa - perfil dos Recursos Humanos**: Profissionais com perfis selecionados para a atividade, especialmente capacitados nos treinamentos indicados pela Coordenação Geral do Regime de Força Tarefa (Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil), pelo CIEVS/SESA e pela DPUE/SESA. Serão selecionados profissionais das 04 macrorregiões do Paraná, com as seguintes competências:

- I. **Médico** – profissional com experiência comprovada em atendimento pré-hospitalar de pelo menos 01 ano na atividade, preferencialmente atuando no SAMU 192 ou SIATE 193;
 - II. **Enfermeiro** - profissional com experiência comprovada em atendimento pré-hospitalar de pelo menos 01 ano, preferencialmente atuando no SAMU 192 ou SIATE 193;
- a) Pré-Requisitos para médicos e enfermeiros:
 - 1. Equilíbrio emocional e autocontrole;
 - 2. Capacidade e facilidade de trabalhar em equipe;
 - 3. Facilidade de comunicação – pessoal e na linguagem de rádio;
 - 4. Preparo físico adequado a exercer a atividade;
 - 5. Destreza manual e física;
 - 6. Capacidade de liderança;
 - 7. Capacidade de cumprir ações orientadas;



8. Comprometimento;
9. Criatividade;
10. Responsabilidade;
11. Postura de liderança e Bom senso;
12. Trabalhar dentro dos preceitos ético-legais;
13. Capacidade de oferecer assistência às vítimas nos limites da sua competência;
14. Capacidade de exercer o controle operacional;
15. Estar disponível para capacitação permanente;
16. Obedecer diretrizes e normas técnicas vigentes.

III. Técnico de enfermagem - profissional com experiência comprovada em atendimento pré-hospitalar de pelo menos 01 ano, preferencialmente atuando no SAMU-192 ou SIATE-193;

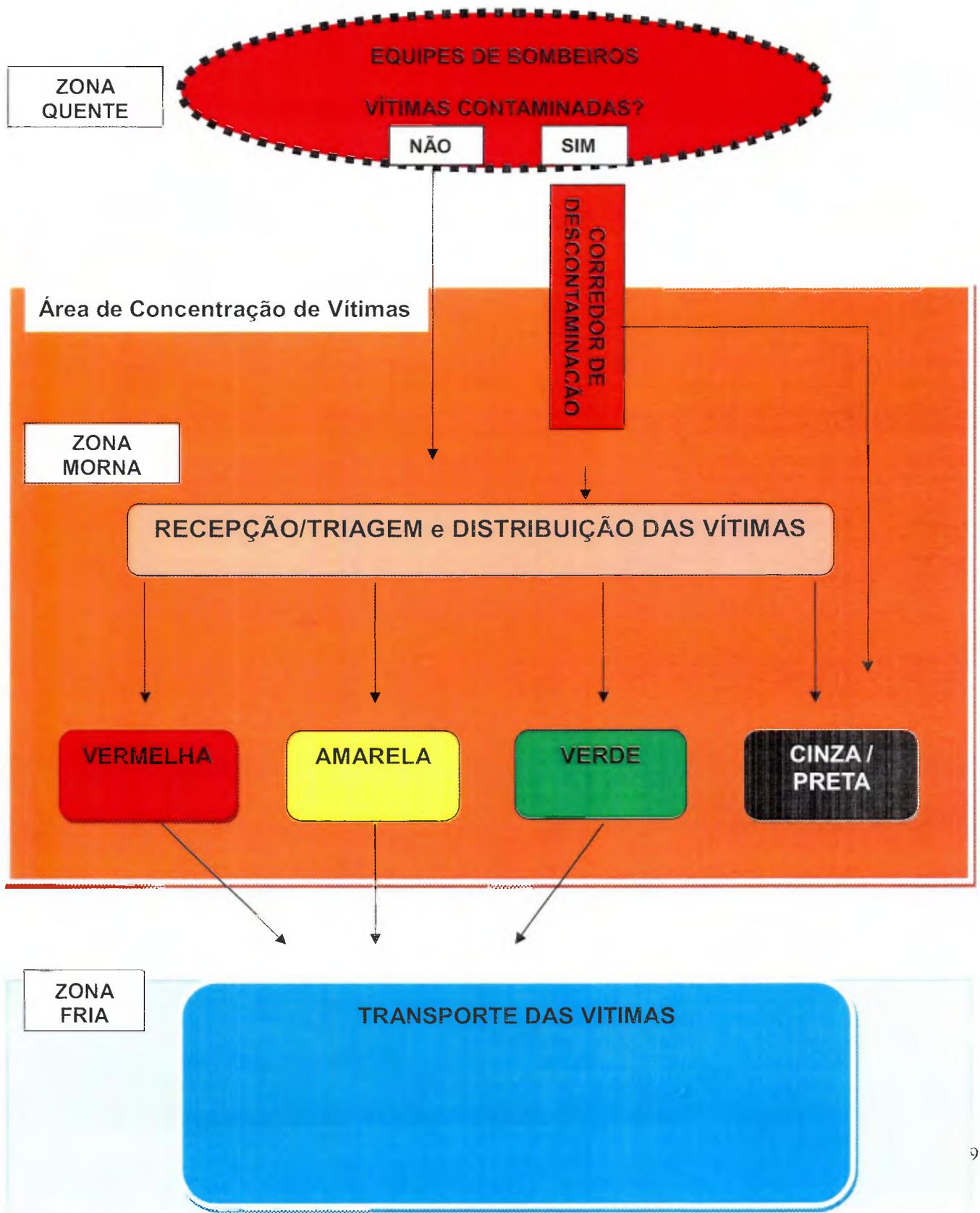
IV. Condutor de veículo de urgência/socorrista – profissional não oriundo da saúde, com capacitação comprovada em Escola formadora reconhecida pelo Núcleo Estadual de Educação em Urgência NEU/PR, com experiência de pelo menos 01 ano no atendimento pré-hospitalar.

§ 3º - Perfil geral dos profissionais da saúde:

1. Equilíbrio emocional e autocontrole;
2. Capacidade e facilidade de trabalhar em equipe;
3. Facilidade de comunicação – pessoal e na linguagem de rádio;
4. Preparo físico adequado a exercer a atividade;
5. Destreza manual e física;
6. Capacidade de cumprir ações orientadas;
7. Comprometimento;
8. Criatividade;
9. Responsabilidade;
10. Postura de liderança e Bom senso;
11. Trabalhar dentro dos preceitos ético-legais;
12. Capacidade de oferecer assistência às vítimas;
13. Capacidade de exercer o controle operacional;
14. Estar disponível para capacitação permanente;
15. Obedecer diretrizes e normas técnicas vigentes.



FLUXOGRAMA: ATENDIMENTO DE ACIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS ÁREAS SEM SEGURANÇA OU SOB RISCO





Art. 13 – Descrição de Funções SCI e demais Áreas da Saúde:

§ 1º - Comando do Incidente: Atua no **Gabinete Gestor do Desastre**, que é responsável pela operação como um todo. Cabe a ele desenvolver os protocolos e respostas geradas pelas demandas provenientes do incidente. Suas principais atribuições são:

- I. Instalar o SCI;
- II. Designar um posto de comando e uma área de espera/estacionamento;
- III. Buscar informações, avaliar a situação como um todo e suas prioridades;
- IV. Determinar objetivos estratégicos e táticos;
- V. Desenvolver um plano de ação;
- VI. Implementar uma estrutura organizacional adequada;
- VII. Mobilizar e gerenciar os recursos disponíveis;
- VIII. Coordenar as atividades como um todo;
- IX. Garantir a segurança;
- X. Coordenar atividades com órgãos externos de apoio e cooperação;
- XI. Divulgar informações junto à mídia;
- XII. Registrar as informações da operação em formulários padronizados.

§ 2º - Planejamento: A Seção de planejamento prepara e documenta o plano de ação para alcançar os objetivos e prioridades estabelecidas pelo comando, coleta e avalia informações, mantém um registro dos recursos e da emergência ou situação crítica como um todo. Sob sua responsabilidade encontram-se os líderes das unidades de situação, recursos, documentação e mobilização/ desmobilização ou outros especialistas que se fizerem necessários. Entre as principais atribuições do chefe de planejamento estão:

- I. Obter informações sobre a emergência ou situação crítica e o SCI;
- II. Ativar e supervisionar unidades e seções específicas conforme a necessidade;
- III. Obter, reunir, registrar, julgar, processar e compartilhar informações;
- IV. Participar da elaboração, acompanhamento e atualização do plano de ação;
- V. Elaborar relatórios informando a situação e suas futuras tendências;
- VI. Monitorar o conjunto de recursos mobilizados na cena, incluindo aqueles que estão na área de espera, em operação ou nas bases de apoio;
- VII. Documentar o evento, produzindo os devidos expedientes necessários;
- VIII. Planejar e implementar a desmobilização dos recursos;
- IX. Coordenar a participação de especialistas e colaboradores;
- X. Ativar e supervisionar as unidades que se fizerem necessárias.



§ 3º - Operações: A seção de Operações é a responsável pela execução das ações de resposta. O Chefe da Seção de Operações reporta-se ao Comando do Incidente, determina a estrutura organizacional interna da Seção, dirige e coordena todas as operações cuidando da segurança do pessoal da Seção, assiste o CI no desenvolvimento dos objetivos da resposta ao incidente e executa o Plano de Ação do Incidente (PAI). Responsabilidades:

- I. Obter um rápido relatório do CI;
- II. Desenvolver a parte operacional do Plano de Ação do Incidente (PAI) em conjunto com a seção de planejamento;
- III. Apresentar um rápido relato e dar destino ao pessoal de operações de acordo com o PAI;
- IV. Supervisionar as operações;
- V. Determinar as necessidades e solicitar recursos adicionais;
- VI. Compor as equipes de resposta designadas para a Seção de Operações;
- VII. Manter informado o CI acerca de atividades especiais da operação.

§ 4º - Logística: O chefe da seção de logística fornece suporte, recursos e outros serviços necessários ao alcance dos objetivos e prioridades da operação como um todo. Sob sua responsabilidade encontram-se os líderes das unidades de suporte (normalmente atuam com suprimentos e instalações) e serviços (comunicações, alimentação, serviços médicos) que se fizerem necessários.

§ 5º - Administração e Finanças: A Seção de Finanças controla e monitora os custos relacionados à operação como um todo, providencia o controle de emprego de pessoal, horas trabalhadas para fins de indenização, compras (orçamentos, contratos, pagamentos) e custos. Sob sua responsabilidade encontram-se os líderes das unidades de emprego, compras, indenizações e custos, e outras que se fizerem necessárias. Entre as principais atribuições do chefe de administração/finanças estão:

- I. Obter informações sobre a emergência ou situação crítica e o SCI;
- II. Planejar a organização da administração do SCI, ativando e supervisionando unidades e seções específicas conforme a necessidade;
- III. Realizar o controle de horas de trabalho do pessoal e equipamentos empregados para fins de pagamento;
- IV. Providenciar orçamentos, contratos, pagamentos que se fizerem necessários;
- V. Controlar e registrar os custos da operação como um todo;
- VI. Manter o comando informado sobre o andamento dos trabalhos administrativos e financeiros da operação.

§ 6º - Segurança: Oficial DE SEGURANÇA faz parte do staff/assessoria do comando e é o responsável por avaliar e monitorar constantemente condições inseguras de trabalho no local da operação. Entre as principais atribuições do coordenador de segurança destacam-se:

- I. Obter informações sobre a emergência ou situação crítica e o SCI;
- II. Avaliar os riscos da operação e identificar medidas de segurança;



- III. Recomendar medidas para o gerenciamento dos riscos relacionados à operação;
- IV. Monitorar a segurança das pessoas envolvidas na operação;
- V. Estabelecer medidas preventivas com vistas a redução do risco;
- VI. Informar ao comando medidas de segurança específicas para as pessoas que acessam as zonas de trabalho da operação;
- VII. Interromper, de imediato, qualquer ato ou condição insegura;
- VIII. Registrar as situações inseguras constatadas;
- IX. Participar da elaboração do plano de ação, sugerindo medidas de segurança.

§ 7º - Informação Pública: Oficial DE INFORMAÇÕES AO PÚBLICO faz parte do staff/assessoria do comando e é o responsável pela formulação e divulgação de informações sobre a situação crítica e a operação para a mídia. As principais atribuições do coordenador de informações ao público são:

- I. Obter informações sobre a emergência ou situação crítica e o SCI;
- II. Produzir informes sobre a situação crítica e a operação, tão logo quanto possível;
- III. Estabelecer locais e horários para a divulgação de informações;
- IV. Assumir pessoalmente ou identificar alguém preparado para ser porta voz da operação (pessoa que fala sobre o evento na mídia);
- V. Estabelecer contatos regulares com a mídia para fins de disseminação das informações;
- VI. Observar as restrições para a divulgação de informações estabelecidas pelo comando da operação;
- VII. Obter a aprovação dos informes antes de divulgados na mídia;
- VIII. Organizar coletivas e intermediar o contato do comando com integrantes da imprensa em geral;
- IX. Controlar o acesso de integrantes da mídia na área de operações.

§ 8º - Ligação: O Oficial DE LIGAÇÃO faz parte do staff/assessoria do comando e é o responsável pelo enlace (contatos externos) com os representantes dos organismos que estão auxiliando e cooperando com a operação, especialmente aqueles que não estão no posto de comando e autoridades políticas. As principais atribuições do Oficial de ligações são:

- I. Obter informações sobre a emergência ou situação crítica e o SCI;
- II. Estabelecer um ponto de contato para os organismos que estão auxiliando e cooperando com a operação;
- III. Identificar um representante (pessoa de contato) de cada organismo envolvido;
- IV. Atender às solicitações do comando, estabelecendo os contatos externos necessários;
- V. Monitorar as operações como um todo para identificar possíveis conflitos ou problemas no relacionamento entre os organismos envolvidos;
- VI. Manter um registro dos organismos que estão auxiliando e cooperando com a operação e seus respectivos contatos (telefone, celular, email).



§ 9º - Comando Geral do Incidente: A primeira pessoa que chega à cena com capacidade operacional deve assumir inicialmente o Comando do Incidente e todas as funções até que as delegue. Na incorporação dos demais agentes da cadeia do SCI, a função será assumida pelo Oficial com maior hierarquia e experiência que chega ao local, e pode variar conforme a natureza e local da ocorrência. Na maioria das vezes, nas ocorrências rotineiras, é exercida por um oficial bombeiro.

§ 10 - Primeiro Respondedor: Primeira pessoa habilitada que chega a cena do incidente e assume a liderança no local. Deve comunicar a Central de Emergência e/ou CRMU sua chegada ao local, avalia a situação, confirma a natureza do evento, solicita recursos de apoio, estabelece perímetro de segurança. As responsabilidades do Primeiro Respondedor estão listadas no Cartão de Ações.

§ 11 - Posto de Comando: Lugar, que pode estar em uma estrutura fixa (edificação) ou móvel (veículo operacional) ou simplesmente em um terreno, a partir do qual se exercem as funções de comando, devendo ser instalado em todas as operações que utiliza o SCI, independentemente do tamanho e da complexidade da situação. No entanto, suas características terão relação direta com o tamanho e a complexidade do evento. No PC, instalam-se o Comando do Incidente, com os Oficiais do Staff de Comando e a **Coordenação Médica** e eventualmente da Vigilância Sanitária.

- I. Só haverá um PC para cada cena, e este deverá ter a seguinte sinalização:
 - a) Um retângulo de fundo alaranjado com as letras "PC" em preto nas medidas de 90 x 110 cm.
- II. Condições para estabelecer um PC:
 - a) Local seguro (fora da zona de risco) e longe do ruído e da confusão que geralmente acompanha um incidente;
 - b) Possibilidade de (mantendo a condição anterior) uma visão integral da cena do incidente;
 - c) Possibilidades de expansão, caso o incidente o requeira;
 - d) Capacidade para prover vigilância (segurança) e para controlar o acesso quando seja necessário;
 - e) Informação de sua ativação e localização assim que for estabelecido;
 - f) Sinalização, de modo a ser identificado por todas as pessoas que estejam envolvidas na resposta ao incidente;
 - g) Disponibilidade de comunicação.

§ 12 - Comando Unificado: Várias instituições envolvidas e responsáveis, com competência técnica e jurisdicional promovem acordos conjuntos para gerenciar o incidente. Cada instituição conserva sua autoridade, responsabilidade e obrigação de prestar contas. Os integrantes do Comando Unificado (C. Unif) discutem e concordam com aspectos importantes prioritários à reunião em espaço compartilhado. A reunião deve ser breve e os pontos mais importantes devem ser abordados e documentados. Os resultados dessa reunião irão guiar os esforços operacionais.

§ 13 - Plano de Ação do Incidente – PAI: É um planejamento operacional específico para a resposta a um incidente. Estes planos são elaborados no momento da resposta e consolidados em um só. A grande maioria dos incidentes não necessita de um PAI escrito, mas sim mental, uma



vez que, para o período inicial (fase reativa), ou seja, as primeiras 4 (quatro) horas do incidente, ele não se faz necessário, e se estrutura nos seguintes tópicos: objetivos, estratégias, organização e recursos requeridos. É definido no ciclo de reuniões, briefings e operações realizados pelo Comando Unificado.

§ 14 - Áreas de Espera (E): A Área de Espera é um local, delimitado e identificado, para se dirigirem os recursos operacionais que se integram ao SCI, onde ocorre a recepção (check in) e o cadastramento dos recursos. Caso os recursos não sejam necessários imediatamente, eles permanecem em condições de pronto emprego, aguardando o seu acionamento. No começo da operação, pode ocorrer a designação direta dos recursos, sem passar pela Área de Espera, sendo necessário fazer o check-in pelo rádio. O sinal de identificação da Área de Espera é um círculo com fundo amarelo e um “E” de cor preta em seu interior, com 90 cm de diâmetro.

§ 15 - Área de Concentração de Vítimas (ACV): É o local no cenário do incidente onde estarão concentradas as vítimas, aguardando o momento exato para serem transportadas ao hospital de referência. A equipe de atendimento começa a sua atuação conduzindo as vítimas de maneira ordenada, de acordo com a sua gravidade, para a área de concentração de vítimas. O lugar escolhido como ACV deve ser: seguro, de fácil acesso, perto do incidente (minutos), provido de recursos mínimos para atender as vítimas, ter capacidade de ampliar se necessário, ser coberto e iluminado. O sinal de identificação da Área de Concentração de Vítimas é um círculo com fundo amarelo e um “ACV” de cor preta em seu interior, com 90 cm de diâmetro. Dentro da ACV, as vítimas são constantemente monitoradas e reclassificadas pela equipe de atendimento pré-hospitalar, equipe essa que atua em 04 (quatro) divisões:

- I. Recepção;
- II. Área de Prioridades para Estabilização e monitoramento;
- III. Transporte;
- IV. Manejo de mortos (da ACV).

§ 16 - Posto Médico Avançado: Unidade fixa temporária estabelecida especificamente para um incidente para atendimento às vítimas, com área coberta, iluminado, possuindo instalações elétricas e sanitárias, plano de gerenciamento de resíduos de saúde, devidamente equipado para permitir o atendimento inicial, a estabilização do paciente e a sua observação; após a vítima deve ser liberada ou transportada para o serviço de saúde de referência. O posto médico pode ser adaptado em uma edificação existente ou pode ser montado especialmente para a ocasião.

§ 17 - Sistema de Comunicação – SCI: Na estrutura do SCI, as comunicações são estabelecidas em um único plano, no qual é utilizada a mesma terminologia, os canais e frequências são comuns ou interconectados e as redes de comunicação são estabelecidas dependendo do tamanho e complexidade do incidente.

§ 18 - Coordenador Médico Local - do Comando Unificado: Coordenador Médico do SIATE e/ou SAMU que assumem a função e se apropriam das informações referentes ao incidente com demais entes do Comando Unificado, desenvolve o PAI em parceria com demais, dispara alerta, solicitações de recursos e Planos de Contingências da Saúde. É o responsável em informar a CRMU situação no local e atualizar os dados e garantir sistema de comunicação entre ao Posto de Comando e equipe de área. Deve supervisionar continuamente as ações da equipe operacional.



Também desenvolve o plano de transporte médico do incidente (por terra e/ou ar) e prepara relatórios médicos.

§ 19 - Profissional de Saúde Líder: Primeiro profissional de saúde de maior habilitação e com experiência em ações de atendimento à AMUVI que chegar ao incidente e que assumir a liderança junto à equipe de saúde até a chegada de outro profissional da saúde mais qualificado para a função.

Art. 14 - Cartão de Ações – Passo a passo para desencadear resposta ao atendimento envolvendo ESP.

§ 1º - Central de Regulação Médica de Urgência SIATE e SAMU 192

- I. Receber o chamado inicial ou aviso do evento;
- II. Estabelecer:
 - a. Identificação do solicitante (nome, telefone);
 - b. Natureza do evento;
 - c. Localização exata do evento;
 - d. Tempo que ocorreu o evento;
 - e. Número aproximado de vítimas.
- III. Verificar informações (se o solicitante não for qualificado);
- IV. Mobilizar e enviar equipe para avaliação inicial;
- V. Deixar em alerta – Plano de Contingências;
- VI. Receber as informações iniciais da avaliação feita pela equipe encaminhada;
- VII. Comunicar autoridades conforme protocolo (Diretoria de Urgência da SESA, Diretoria de Urgência do Município, Coordenação Médica – SIATE/SAMU);
- VIII. Despachar recursos necessários.

§ 2º - Primeira equipe de saúde que chega ao local – SIATE ou SAMU

- I. Dirigir-se ao local rapidamente;
- II. Identificar um líder da equipe;
- III. Estabelecer:
 - a. Local preciso do evento;
 - b. Tempo decorrido do evento;
 - c. Tipo de incidente.
- IV. Faz uma rápida análise da cena e estimar:
 - a. Numero de vítimas;
 - b. Riscos potenciais associados;
 - c. População exposta;
 - d. Característica geográfica, risco potencial, vias de acesso, etc.
- V. Reporta as informações iniciais a CRMU;



- VI. Direcionar os recursos que chegam ao evento até a chegada de um responsável (coordenador médico, oficial bombeiro ou policial).

§ 3º - Médico Coordenador Local - SIATE ou SAMU - Responsável pelo controle operacional das ações de saúde. Ações:

- I. Supervisionar os cuidados médicos as vítimas no evento na fase inicial;
- II. Estabelecer as áreas de concentração de vítimas e prioridades de tratamento de maneira compartilhada com Comando Operacional Local;
- III. Distribuir os recursos humanos e físicos conforme a necessidade;
- IV. Supervisionar a triagem das vitimas quando realizada pela equipe de segurança;
- V. Estabelecer a operação de triagem de vítimas quando responsabilidade da saúde
- VI. Fazer a articulação entre o Comando Unificado (médico coordenador geral) e equipe de área;
- VII. Receber informações sobre o suprimento de recursos humanos e equipamentos;
- VIII. Receber os relatórios das equipes de chefias das áreas de prioridade;
- IX. Coordenar as atividades dos profissionais de saúde no local;
- X. Reporta-se ao coordenador Médico Local do Comando Unificado com informações sobre andamento e situação das ações.

§ 4º - Líder de Recepção

- I. Recebe as vítimas trazidas da área quente;
- II. Faz uma retriagem ou classificação de risco conforma gravidade do quadro clínico;
- III. Faz registro e determina remoção para áreas de prioridade de tratamento.

§ 5º - Profissional responsável pela Triagem

- I. Examinar e avaliar as condições de cada vítima;
- II. Categorizar e etiquetar vítima conforme prioridades (vermelha, amarela, verde, preta). Método Start;
- III. Direcionar as vítimas para a Área de Concentração de Vítimas ou se retriagem para as áreas de prioridade de tratamento;
- IV. Reportar-se ao MCL/MCA.

§ 6º - Primeiro Respondedor - Guia de trabalho para o período inicial: passos a seguir para o primeiro respondedor que chegar à cena com capacidade operacional:

- I. Informar a base de sua chegada ao local do acidente;
- II. Assumir e estabelecer o Posto de Comando:
 - a. Segurança e Visibilidade;
 - b. Facilidades de acesso e circulação;
 - c. Disponibilidade de comunicações;



- d. Lugar distante da cena, do ruído e da confusão;
- e. Capacidade de expansão física.
- III. Equipar-se com EPI;
- IV. Avaliar a situação:
 - a. O que ocorreu?
 - b. Quais ameaças estão presentes?
 - c. Há vítimas?
 - d. Qual o tamanho da área afetada?
 - e. Como poderia evoluir?
 - f. Como seria possível isolar a área?
 - g. Quais são as rotas de acesso e de saída mais seguras para permitir o fluxo de pessoal e de equipamento.
 - h. Quais os perímetros das zonas quente, morna e fria?
- V. Estabelecer um perímetro de segurança;
 - a. Estado do produto: sólido, líquido, ou gasoso (de acordo com o manual ABIQUIM);
 - b. Tamanho da área afetada;
 - c. Topografia;
 - d. Localização do incidente em relação à via de acesso e áreas disponíveis ao redor;
 - e. Condições atmosféricas;
 - f. Qual a direção do vento;
 - g. Identificar zonas quente, morna e fria;
 - h. Possível entrada e saída de veículos;
 - i. Coordenar a função de isolamento perimetral com o organismo de segurança correspondente;
 - j. Solicitar ao organismo de segurança correspondente a retirada de todas as pessoas que se encontrem na zona de impacto, exceto o pessoal de resposta autorizado.
- VI. Contatar órgãos de resposta;
 - a. Corpo de Bombeiros;
 - b. Polícia Rodoviária;
 - c. Polícia Militar;
 - d. Defesa Civil;
 - e. Concessionária;
 - f. SAMU;
 - g. SIATE.
- VII. Estabelecer seus objetivos;
- VIII. Preparar as informações para transferir o comando.

§ 7º - Corpo de bombeiros – responsabilidade:

- I. Segurança;
- II. Busca e salvamento;
- III. Redução de riscos;
- IV. Definição das áreas restritas;
- V. Estabelecer um membro para compor o posto de Comando.



§ 8º - Líder das Áreas de Tratamento – quando instalado:

- I. Reavaliar os pacientes – checar a triagem inicial, estabilizar e monitorar o quadro clínico das vítimas;
- II. Estabelecer a organização interna do atendimento nas áreas de prioridade;
- III. Gerenciar as equipes do posto médico;
- IV. Garantir que o fluxo de vítimas seja mantido;
- V. Garantir que equipamentos e suprimentos adequados estejam disponíveis em cada área de prioridade;
- VI. Organiza juntamente com o Coordenador Médico de Área o transporte o encaminhamento das vítimas a rede hospitalar;
- VII. Decide a ordem de transporte das vitimas, tipo de transporte e lugar;
- VIII. Garante o bem estar da equipe;
- IX. Reporta-se ao Médico Coordenador de Área.

§ 9º - Líder de Área de Tratamento:

- I. Receber os pacientes da triagem médica;
- II. Examinar e avaliar as condições médicas de cada vítima;
- III. Instituir medidas para estabilizar as vítimas;
- IV. Continuamente monitorizar as condições clínicas das vítimas;
- V. Reavaliar e transferir vítimas para outras áreas de prioridade;
- VI. Priorizar vítimas para transporte;
- VII. Solicitar transporte ao Coordenador Médico de Área de acordo com lista de prioridades.

§ 10 - Coordenador de Transporte – quando instalado:

- I. Coordenar e supervisionar o transporte das vítimas;
- II. Identificar as vias de acesso e informar ao motorista de cada ambulância;
- III. Supervisionar todos os motoristas de ambulâncias e catalogar as mesmas;
- IV. Receber solicitação de transporte;
- V. Assegurar o veículo adequado para as necessidades apresentada;
- VI. Manter uma lista de controle de todas as ambulâncias que estejam sob sua responsabilidade;
- VII. Receber as vítimas para transporte;
- VIII. Reavaliar a estabilidade da vítima;
- IX. Avaliar a segurança de qualquer equipamento atado a vítima e corrigir deficiências;
- X. Garantir que a imobilização está adequada;



- XI. Garantir que o cartão de triagem esteja adequadamente atado a vítima;
- XII. Manter as vítimas em observação até serem transportadas;
- XIII. Supervisionar o embarque e garantir que a tripulação saiba de cada caso;
- XIV. Reportar-se ao Médico Chefe de área de Tratamento e Coordenador Médico de Área.

§ 11 - Auxiliar Administrativo – TRIAGEM:

- I. Manter registro de todas as vítimas admitida para triagem médica;
- II. Anotar:
 - a. Nome ou numero de identificação;
 - b. Idade quando possível;
 - c. Sexo;
 - d. Tempo da chegada;
 - e. Categoria de prioridade estabelecida.
- III. Reportar-se ao coordenador da triagem.

§ 12 - Auxiliar Administrativo - ÁREA DE REMOÇÃO:

- I. Manter o registro de todas as vítimas que deixem o posto médico;
- II. Anotar:
 - a. Nome ou número de identificação;
 - b. Categoria de prioridade das vítimas;
 - c. Tempo da partida;
 - d. Tipo de veículo e tripulação;
 - e. Destino.
- III. Reportar-se ao coordenador da remoção.

§ 13 - Motorista da Ambulância:

- I. Permanecer no veículo todo tempo;
- II. Responder prontamente as ordens do MCA e/ou coordenador de transporte;
- III. Garantir que a ambulância está estacionada adequadamente e pronta para sair;
- IV. Transportar as vítimas com normas de segurança e conforme as instruções.

Art. 15 - Kit Desastre – Diretriz SESA da 1ª Etapa.

§ 1º - Conjunto de materiais e equipamentos especialmente formatados para compor Kit Desastres e que deve ser disponibilizado para o município sede de cada uma das 04 macrorregiões do Estado (Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel) e classificados conforme especificação do local e quantitativo de materiais:

- I. Kit ambulância - composição do Kit que deve estar disponível nas ambulâncias avançadas do SIATE e SAMU;
- II. Kit 20 vítimas - composição do kit para atendimento a 20 vítimas que deve estar



disponibilizado em local de fácil acesso, como Complexo Regulador, Quartel do Corpo de Bombeiros, etc. e que é disparado para o local do evento pela Central de Regulação Médica de Urgência na instalação do Plano de Contingência da CRMU;

- III. Kit tenda – composto por 01 hospital de campanha para ser montada como Posto Médico Avançado.

§ 2º - Uma tenda de descontaminação será disponibilizada em Curitiba – mantida no Quartel do Corpo de Bombeiros.

§ 3º - **Relação de materiais para compor kit desastres para o serviço de atendimento pré-hospitalar SIATE ou SAMU:**

A - KITS DE ATENDIMENTO A SITUAÇÕES DE DESASTRES

MALETA DE DESASTRES - ambulâncias

Maleta contendo materiais necessários a organização inicial da cena do acidente (realizar triagem e estabelecer posto médico).	
Deve fazer parte de cada uma das USA do SAMU ou SIATE para uso médico.	
Material	quantidade
Capacete	01
Lonas de 1m2 nas cores vermelha, amarela, verde e preta	01 conj.
Cartão de triagem	100
Bracelete (10 V, 10 A, 20 V, 10 P)	50
Coletes de identificação nas cores vermelha, laranja, amarela, verde, preta e azul	01 conj.
Pranchetas	02

B - KIT DE DESASTRES – 20 vítimas

6. Considerando que em média, do total de vítimas: <ul style="list-style-type: none">• 30% de agudos (sendo 5% vermelhos e 25% amarelos)• 70% de não agudos (sendo 60% verdes e 10% pretos)
2. Conjunto de materiais e equipamentos a serem disponibilizados nos casos de desastres.
3. Devem estar armazenado nos almoxarifados do SAMU ou dos Bombeiros
4. Kits para o atendimento de até 20 vítimas.



Assistência Ventilatória	
Material	Quantidade
Laringoscópio com lâminas adulto e pediátrico	02 conj.
Cânulas entubação (2,5;4,0;5,0;6,0;7,0;8,0;9,0)	05 conj.
Cânulas de guedel	05 conj.
Pinça Maguil	02
Seringa de 10 ml	05
Fio guia	02
Xilocaina spray	02
Ambú adulto	05
Ambú infantil	02
Sonda de oxigênio	10
Mascaras de oxigênio	10
Sondas de aspiração	10
Cilindros de oxigênio 0,5l	05
Pilhas reservas	04
Conjunto de drenagem de tórax	02

Assistência circulatória e medicamentos	
Material	Quantidade
Catéteres vários tamanhos nº (14;16;18;20;22)	10 conj.
Agulhas	20
Equipo de macrogotas	20
Equipo de microgotas	05
Polifx 2 vias	10
Seringas (10ml e 20ml)	20
Esparadrapo	02
Micropore	01
Garrote	02
Compressa cirúrgica	20
Gaze (pacote com 10 unid.)	100
R. Lactato 500 ml	40
Soro Glicosado 5% 500 ml	10
Adrenalina	20



Atropina	10
Medicamentos para analgesia e anestesia	02 conj.

Material de imobilização e Curativos	
Material	Quantidade
Pranchas de imobilização	10
Cintos de Fixação	30
Colar cervical ajustável (P, M, G)	20
Tração de fêmur	02
Talas de imobilização (papelão)	30
Bandagens	40
Ataduras de crepe 15cm	20
Gazes	50
Compressas cirúrgicas	10
Cobertor térmico	10
luvas de procedimento	02 cx
Luvas cirúrgicas	10 pares
Esparadrapo	02
Imobilizador de cabeça	10
Antisépticos	05 frascos

Materiais diversos	
Material	Quantidade
EPI (PP)	03
Tendas para posto médico	01 conj.
Macas	
Padiolas	10
Conjunto de iluminação	01
Radiocomunicação	05
Manta aluminizada	10
Lonas de 25m2 (V,A,V,P)	05
Material Pequenas cirúrgias	03



C - KITS AMUVI Socorristas SIATE – SESA

Distribuídos para Centrais do SIATE

Kit AMUV Socorristas SIATE - SESA	
Materiais diversos	
Material	Quantidade
Bolsas	03
Desfibrilador Externo Automático	01
Aspiradores de Secreção	02
Colar cervical PMG regulável	10
Colar cervical pequeno	0
Colar cervical médio	0
Ambú Adulto	05
Ambú Infantil	02
Cânulas de Guedel nº 0 a 5	4 jogos
Tração de fêmur	02
Prancha de Imobilização Compensado naval	07
Prancha de Imobilização Compensado polietileno	03
Imobilizador de Cabeça	10
Cintos de Fixação	30
Talas de Papelão	50
Manta aluminizada	10
Lanterna clínica	03
Esfigmomanômetro adulto	02
Esfigmomanômetro infantil	01
Máscara de Oxigênio adulto	10
Máscara de Oxigênio infantil	05
Máscara de proteção facial EPI	20
Estetoscópio adulto/infantil	02
Oxímetro portátil	02
Cilindro de oxigênio alumínio 1 m ³ com manômetro e fluxômetro	04
Pinça Maguil	01
Bandagens	40
Gaze	20 pacotes
Compressa Cirúrgica	10 pacotes



Ataduras	20
Esparadrapo - Micropore	02 + 02
Sonda de aspiração	10
Pilhas reserva para lanterna	04
Material de curativo	10
Óculos de proteção	10
Luvas de procedimento	1 cx P M G
Avental de Proteção	10
Cartão de Triagem	50
Cobertor de tecido	06
Pranchetas	10
Tesoura para corte de tecido	01
Lonas com no mínimo 01 m ² nas cores vermelha, amarela, verde e preta	01 de cada
Coletes de identificação nas cores vermelha, amarela, verde e preta	01 de cada



GLOSSÁRIO

1.	ACS	Assessoria de Comunicação Social
2.	ACV	Área de Concentração de Vítimas
3.	AMUVI	Acidentes com Múltiplas Vítimas
4.	CA	Coordenador de Área
5.	CEPRODEC	Coordenação Estadual de Proteção e Defesa Civil
6.	CEST	Centro Estadual de Saúde do Trabalhador
7.	CI	Comandante do Incidente
8.	CIEVS/DECA	Departamento de vigilância e Controle em Agravos Estratégicos
9.	COL	Comando Operacional Local
10.	COL	Coordenação Operacional Local
11.	CRMU	Central de Regulação Médica de Urgência
12.	C.Unif.	Comando Unificado
13.	DEVA	Departamento de Vigilância Ambiental
14.	DEVS	Departamento de Vigilância Sanitária
15.	DPUE/DAUE	Diretoria de Urgência e Emergência
16.	E	Área de Espera
17.	EPI	Equipamento de Proteção Individual
18.	ESP	Emergência em Saúde Pública
19.	GS	Gabinete do Secretário
20.	LA	Líder da Zona Amarela
21.	LP	Líder da Zona Preta
22.	LR	Líder de Recepção
23.	LT	Líder de Transporte de Vítima
24.	LV	Líder da Zona Vermelha
25.	LVd	Líder da Zona Verde
26.	MCA	Médico Coordenador de Área
27.	MCL	Médico Coordenador Local
28.	MS	Ministério da Saúde
29.	NEU	Núcleo Estadual de Educação em Urgência
30.	PAI	Plano de Ação do Incidente
31.	PC	Posto de Comando
32.	PCI	Posto de Comando do Incidente
33.	PM	Polícia Militar
34.	PMA	Posto Médico Avançado
35.	PRF	Polícia Rodoviária Federal
36.	QBRNe	Acidentes envolvendo produtos químicos, biológicos, radiológicos, nucleares ou explosivos
37.	SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
38.	SCI	Sistema de Comando de Incidente
39.	SESA	Secretaria Estadual de Saúde
40.	SESP	Secretaria da Segurança Pública e Administração Penitenciária
41.	SGS	Superintendência em Gestão de Sistemas
42.	SIATE	Serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência
43.	SIE	Superintendência de Infraestrutura
44.	SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
45.	VIR	Viatura de Intervenção Rápida

ANEXO II

**PLANO DE RESPOSTA A
EMERGÊNCIAS EM SAÚDE
PÚBLICA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

2018



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Superintendência de Vigilância em Saúde

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

**Plano de Resposta a Emergências em
Saúde Pública**

Curitiba - PR
2018

Secretaria de Estado da Saúde



Governadora do Estado do Paraná
Cida Borghetti

Secretaria de Estado da Saúde
Antônio Carlos F. Nardi

Diretoria Geral
Sezifredo Paulo Alves Paz

Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS)
Julia Valéria Ferreira Cordellini

Centro Estadual de Epidemiologia (CEPI)
João Luis Gallego Crivellaro

Centro Estadual de Vigilância Ambiental (CEVA)
Ivana Lúcia Belmonte

Centro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS)
Paulo Costa Santana

Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST)
José Lúcio dos Santos

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)
Laurina Setsuko Tanabe

Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN)
Célia Fagundes Cruz

Sala de Situação
Raul Junior Belly

CIEVS - Divisão de Informação
urr@sesa.pr.gov.br

Elaboração: CIEVS-PR
Texto e organização: Lísian Lourenço Nass

Equipe CIEVS - Divisão de Informação
Ana Paula Banachek Costa
Ana Santana Araújo Ferreira Silva
Daniele Akemi Arita
Lísian Lourenço Nass
Mirian Marques Woiski
Paula Linder
Rafael Mialski
Sandra Samila
Sidneya Marques Svierdsovski



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Acampamento
ACV	Área de Concentração de Vítimas
B	Base
CEST	Centro Estadual de Saúde do Trabalhador
CEVS	Centro Estadual de Vigilância Sanitária
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CME	Comitê de Monitoramento de Eventos
COES	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
E	Área de Espera
ESP	Evento de Saúde Pública
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FEMA	<i>Federal Emergency Management Agency</i>
FN-SUS	Força Nacional do SUS
FORMSUS	Formulários do SUS
GEI-ESPII	Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional
GM	Gabinete do Ministro
H	Helibase
H1	Heliponto
LACEN	Laboratório Central do Estado do Paraná
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
QBRN	Agente Químico, Biológico, Radiológico e Nuclear
QG	Quartel General
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSP	Risco à Saúde Pública
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SCO	Sistema de Comando de Operações
SESA-PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TUE	Tratado da União Europeia



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Síntese dos critérios para caracterização de uma emergência em saúde pública	9
Figura 2. Rede CIEVS	11
Figura 3. Dimensões e subdimensões da análise de risco.....	12
Figura 4. Fluxo de notificação e verificação de eventos de saúde pública.....	16
Figura 5. Fluxo de informações no CME.....	19
Figura 6. Estrutura do SCO	22
Figura 7. Níveis da resposta e ativação/desativação do COES	24



SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	6
2.	OBJETIVOS DO PLANO DE RESPOSTA.....	7
3.	CONCEITOS FUNDAMENTAIS.....	7
	3.1. REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI).....	7
	3.2. EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA.....	8
	3.2.1. Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)	8
	3.2.2. Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)	8
	3.3. RISCO À SAÚDE PÚBLICA (RSP).....	8
	3.4. EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA	8
	3.5. VIGILÂNCIA BASEADA EM EVENTOS	9
	3.6. PONTO FOCAL.....	10
4.	REDE CIEVS.....	10
	4.1. ATUAÇÃO DO CIEVS	10
5.	ESTRATÉGIAS	11
	5.1. GESTÃO DE RISCO.....	112
	5.1.1. Análise de ameaças e vulnerabilidade.....	112
	5.1.2. Princípio da precaução.....	13
	5.1.3. Comunicação de risco.....	13
	5.1.4. Organização da vigilância e estratégias de gestão da resposta.....	14
	5.2. COMITÊ DE MONITORAMENTO DE EVENTOS (CME)	14
	5.2.1. Objetivos específicos.....	15
	5.2.2. Composição.....	15
	5.2.3. Coordenação	15
	5.2.4. Instrumentos de notificação de ESP	15
	5.2.5. Fluxo da informação	17
	5.2.6. Funcionamento do CME.....	18
	5.3. SISTEMA DE COMANDO DE OPERAÇÕES (SCO).....	19
	5.3.1. O conceito de SCO.....	19
	5.3.2. Origem do SCO	19
	5.3.3. Princípios do SCO	20
	5.3.4. Estrutura e funções do SCO	21
	5.4. CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE (COES).....	22
	5.4.1. Composição	23
	5.4.2. Ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES).....	23
	5.4.3. NÍVEIS DE RESPOSTA	23
	5.4.4. Desativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública	24
6.	ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA	25
	6.1. PRESSUPOSTOS DA RESPOSTA	25
	6.2. PREPARAÇÃO.....	25
	6.2.1. Instrumentos de apoio: protocolos, procedimentos e formulários.....	26
	6.3. PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO COES.....	27
	6.4. RESPONSABILIDADES DO COES.....	27
7.	MATERIAL CONSULTADO PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO	28
8.	ANEXOS.....	29
	8.1. ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE DECISÃO DO RSI 2005	29
	8.2. ANEXO 2 - EXEMPLO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE DECISÃO.....	29
	8.3. ANEXO 3 – MODELO DE FORMULÁRIO PARA O CME.....	33
	8.4. ANEXO 4 – RESPOSTA À EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA	34
	8.5. ANEXO 5 – FLUXO DA RESPOSTA À EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA.....	36



PLANO DE RESPOSTA A EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ

1. INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas no mundo nas últimas décadas produziram impactos sobre a saúde pública, com reflexos na vida das pessoas e na economia global. Ao mesmo tempo em que doenças infecciosas foram erradicadas e doenças imunopreveníveis apresentaram expressiva redução da ocorrência em muitas partes do mundo, observou-se um aumento dos registros de epidemias provocadas por doenças conhecidas e supostamente controladas, como a cólera, a febre amarela e a dengue, ao lado do surgimento de novas doenças como a Aids, doença do vírus ebola, hantavirose, síndrome respiratória aguda grave (SARS) e influenza aviária.

Os perfis epidemiológicos atuais têm estreita relação com o modelo de desenvolvimento econômico hegemônico no mundo, suas políticas de industrialização e as principais consequências daí advindas: rápido processo de urbanização, degradação ambiental nas cidades e no campo, migrações em massa e aumento da intensidade e velocidade do trânsito internacional de pessoas e mercadorias, com papel central na disseminação de doenças.

Nesse contexto globalizante, os sistemas nacionais de saúde são desafiados a readequar e aprimorar as práticas de vigilância em saúde, incorporando novos conceitos e organizando novos processos de trabalho, de forma articulada com a rede assistencial, em particular nos países menos desenvolvidos, cujas populações se encontram em situação de maior vulnerabilidade tanto pela pobreza extrema como pela degradação ambiental.

Nessa perspectiva, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) sistematiza estratégias e conceitos dirigidos à ampliação das capacidades de detecção e resposta aos riscos de disseminação de doenças/agrivos, especialmente aqueles caracterizados como emergências em saúde pública, fornecendo os elementos fundamentais para apoiar o debate em torno da atuação da vigilância em saúde no cenário contemporâneo.

Sinteticamente, as emergências em saúde pública são caracterizadas como situações que exigem a adoção de medidas urgentes de prevenção, controle e contenção de riscos, danos ou agravos à saúde pública, decorrentes de surtos e epidemias, desastres ou desassistência à população e que contribuem de forma expressiva na morbimortalidade no mundo, muitas vezes com efeitos limitantes ao trânsito de pessoas e/ou ao comércio entre os países.

O RSI ampliou, dessa forma, o objeto de monitoramento e intervenção da vigilância em saúde, que já não se restringe apenas às doenças infecciosas, mas inclui também fatores de risco para a ocorrência de agravos à saúde em sentido amplo, como problemas decorrentes de desastres ambientais (p. ex. terremotos, inundações ou secas) e de eventos de natureza química, biológica e radionuclear (desastres químicos, terrorismo, etc.). A forte pressão dessas ocorrências sobre os serviços de saúde demanda a organização de estratégias capazes de minimizar os potenciais danos daí advindos, com a adoção de ferramentas e instrumentos adequados ao seu enfrentamento.



Diante disso, a elaboração de um Plano Estadual de Resposta a Emergências de Saúde Pública torna-se imperiosa para definir claramente as responsabilidades, os mecanismos de atuação e articulação entre os diferentes atores envolvidos na resposta a eventos dessa natureza, otimizando os recursos disponíveis e reduzindo os impactos à saúde pública deles resultantes.

Diante disso, o presente Plano organiza as instruções básicas a serem desenvolvidas pela esfera estadual diante de uma emergência em saúde pública, em consonância com as diretrizes da OMS, do RSI e do MS, definindo estratégias e procedimentos a serem realizados e adequando instrumentos, ferramentas e processos de trabalho, com a finalidade de reduzir os potenciais impactos do evento, por meio de uma resposta coordenada, eficaz, eficiente e oportuna.

2. OBJETIVOS DO PLANO DE RESPOSTA

- I. Definir a estratégia de atuação da vigilância em saúde da SESA-PR na resposta a emergências de saúde pública de importância estadual ou que superem a capacidade de atuação da esfera municipal, bem como a sua articulação com o nível federal em situações de emergência internacional ou nacional;
- II. Definir os instrumentos e estabelecer processos de trabalho adequados a uma resposta coordenada, eficaz, eficiente e oportuna a emergências em saúde pública;
- III. Organizar a articulação entre os setores e níveis central e regional da SESA-PR, bem como com o Ministério da Saúde (MS), municípios e outras instituições envolvidas na resposta a emergências em saúde pública;
- IV. Adotar o Comitê de Monitoramento de Eventos (CME) como estratégia de fortalecimento da capacidade de monitoramento e detecção de eventos de saúde pública com potencial de constituir uma emergência;
- V. Adotar o Sistema de Comando de Operações (SCO) e o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) como ferramentas para a gestão e coordenação da resposta a emergências de saúde pública.
- VI. Estabelecer a forma de interação com os meios de comunicação e a mídia em geral durante uma emergência em saúde pública;
- VII. Estabelecer a utilização de protocolos e procedimentos comuns para a resposta a emergências em saúde pública.

3. CONCEITOS FUNDAMENTAIS

3.1. REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (RSI)

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é o instrumento jurídico internacional elaborado com a finalidade de proteger os países da disseminação internacional de doenças. Introduziu o conceito de emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII). Envolve 194 países, incluindo todos os Estados Membros da OMS, e tem como principal objetivo auxiliar a comunidade internacional a prevenir e responder aos riscos agudos de saúde pública que possuem o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar a população



mundial. Abrange, portanto, todas as ameaças ou riscos à saúde que possam interferir com o tráfego e o comércio internacionais.

3.2. EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Emergências em saúde pública são eventos de grande repercussão que exigem uma ação imediata, ou surtos de doença com potencial epidêmico, independentemente de sua natureza, origem ou fonte. Podem ter importância internacional ou nacional, conforme o risco de propagação para outros países ou, internamente, para outros estados, impondo restrições ao comércio e/ou ao tráfego de pessoas. Incluem também eventos inusitados ou imprevistos com elevada morbidade e/ou mortalidade diferente da habitual.

3.2.1. Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)

O RSI (2005) define Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) como um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países, com potencial para propagação internacional e que, em geral, requer uma resposta internacional coordenada.

3.2.2. Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)

A Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por sua vez, trata de evento que representa risco para a saúde pública nacional e ocorrerá nas situações epidemiológicas (surtos ou epidemias), de desastres e de desassistência à população, que extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS ou que, especificamente nas situações epidemiológicas, apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada ou apresentem gravidade elevada (Decreto nº 7.616/2011). A Portaria MS/GM nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)¹.

3.3. RISCO À SAÚDE PÚBLICA (RSP)

Risco à saúde pública é a probabilidade de um evento em afetar adversamente a saúde de populações humanas, com ênfase naqueles que possam se propagar internacionalmente, ou apresentar um perigo grave e direto. A avaliação de risco dos eventos para a definição da relevância nacional e internacional em saúde pública fundamenta-se na análise do espectro clínico da doença, do padrão epidemiológico em determinada localidade, do impacto do evento nos serviços de atenção à saúde do território acometido, da capacidade de resposta local para o controle adequado e do risco de disseminação da doença a outras localidades.

3.4. EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA

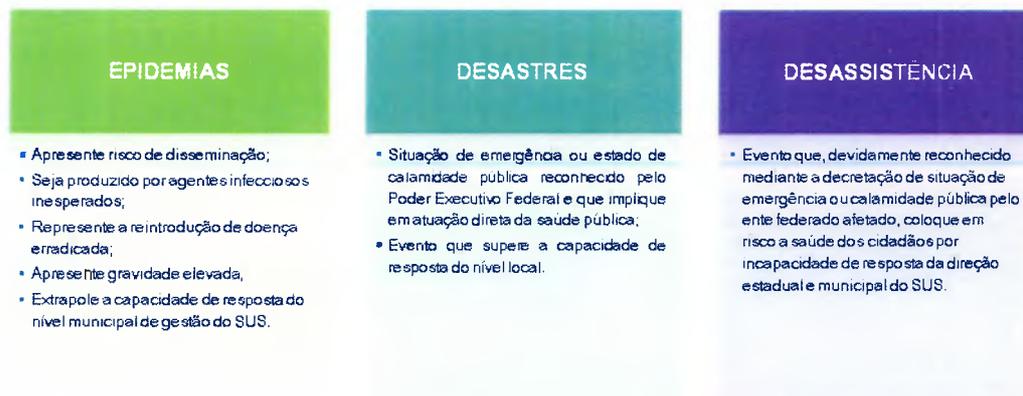
Evento de saúde pública significa uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença. É, portanto, qualquer situação capaz de vir a constituir uma ameaça à saúde pública, considerando o potencial de disseminação, a

¹ A rede CIEVS, juntamente com outras áreas técnicas, realiza o monitoramento de potenciais ESPII ou ESPIN a fim de cumprir os prazos estabelecidos pelo RSI e pela Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde. O Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Foi regulamentado pela Portaria Nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, que dispõe que a declaração ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. A ESPIN será declarada em virtude da ocorrência de situações: epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população.



magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, que se expressa em um surto ou epidemia, doença ou agravamento de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico de doenças conhecidas, epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes (Portarias MS/GM nº 204 e 205 de 2016 e Portaria MS/GM nº 782 de 2017)². Não se restringe, portanto, às doenças transmissíveis, incluindo ocorrências relacionadas a situações de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais, como terremotos, inundações ou secas.

Figura 1. Síntese dos critérios para caracterização de uma emergência em saúde pública



Fonte: Decreto N.º 7.616, de 17 de novembro de 2011.

3.5. VIGILÂNCIA BASEADA EM EVENTOS

Para atingir os objetivos do RSI, é necessário que os procedimentos de rotina da vigilância estejam alinhados. O Brasil dispõe de normas nacionais e estruturas que possibilitam a coleta e análise de informações sobre os ESP entre as três esferas de gestão do SUS. Com a finalidade de fomentar a captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas, o CIEVS adota procedimentos específicos de detecção, recebimento, verificação, notificação, avaliação, monitoramento e documentação da resposta.

A vigilância baseada em eventos é a captura organizada e rápida de informações sobre os eventos que constituem um risco em potencial para a saúde pública. Estas informações podem ser transmitidas por canais de comunicação formais e informais, incluindo:

- Eventos relacionados à doença em seres humanos, como surtos ou síndromes, padrões incomuns de ocorrência de doenças ou óbitos inesperados;
- Eventos relacionados a fatores aos quais as pessoas podem ser expostas, como eventos relacionados à doença e mortes em animais, água ou produtos alimentares contaminados, bem como riscos ambientais, incluindo agentes químicos, biológicos, radioativos e nucleares.

As informações recebidas a partir da vigilância baseada em eventos devem ser rapidamente avaliadas quanto ao risco que a situação representa para a saúde da população para uma resposta adequada e oportuna.

² A Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. A Portaria n.º 205, de 17 de fevereiro de 2016 define a lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes e a Portaria MS/GM n.º 782, de 15 de março de 2017 define a relação das epizootias de notificação compulsória e suas diretrizes para notificação em todo o território nacional.



3.6. PONTO FOCAL

O Ponto Focal é uma estratégia de vigilância estabelecida pelo RSI para facilitar a comunicação oportuna de informações relacionadas a eventos de saúde pública com potencial de constituir uma emergência. Cada país define o centro nacional que estará permanentemente acessível para comunicação com os Pontos de Contato da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o Ponto Focal Nacional para o RSI é a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS n.º 1.865/2006³) e as atividades de detecção (recebimento da informação e processamento) e desencadeamento da resposta a emergências em saúde pública são desenvolvidas pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). O CIEVS estadual realiza essas competências nos limites do respectivo território de atuação.

4. REDE CIEVS

Desde 2006, o Brasil vem investindo esforços para responder ao cenário epidemiológico contemporâneo, implantando estruturas voltadas à melhoria das capacidades de detecção e resposta aos riscos de disseminação de doenças/agravos, como o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), a Força Nacional do SUS (FN-SUS), a Rede de Laboratórios de Fronteiras e o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII).

O CIEVS nacional atua de forma articulada com estruturas estaduais e municipais, compondo uma rede nacional de alerta e resposta a emergências em saúde pública, atualmente composta por 57 centros ativos (Figura 2), integrados por tecnologia de informação e comunicação (27 nos Estados, 01 no Distrito Federal, 26 nas capitais e 04 em municípios estratégicos de fronteira). Os centros estaduais e municipais atuam nos limites de seus respectivos territórios. O Paraná possui um centro estadual, localizado na SESA-PR, e um centro de fronteira, no município de Foz de Iguaçu.

O objetivo da Rede é aperfeiçoar os mecanismos de detecção, monitoramento e resposta a emergências em saúde pública, organizando processos de trabalho padronizados entre as três esferas de comando do SUS, para a gestão coordenada dessas ocorrências.

4.1. ATUAÇÃO DO CIEVS⁴

As competências do CIEVS incluem:

- Desenvolvimento de atividades de manejo de crises agudas, incluindo o monitoramento de situações sentinelas e apoio ao manejo oportuno e efetivo de emergências epidemiológicas, facilitando a formulação de respostas rápidas e integradas nas diferentes esferas de gestão do SUS;
- Identificação de emergências epidemiológicas, de modo contínuo e sistemático, por meio de análises de dados de notificações e mineração de informações nos principais meios de comunicação;

³ No Brasil, a Portaria n.º 1.865, de 10 de agosto de 2006, estabelece a SVS como PFN para o RSI (2005) junto à OMS. Desta forma, a SVS designou o CIEVS como a unidade operacional para organizar e responder as demandas como PFN-RSI. Além da interface com os organismos internacionais, o PFN desempenha importante papel de comunicação e colaboração internamente, em especial com as coordenações estaduais, municipais e do Distrito Federal para desempenhar suas funções.

⁴ A Portaria N.º 30, de 7 de julho de 2005 instituiu o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/MS) definindo suas atribuições, composição e coordenação.



- Aperfeiçoamento dos mecanismos de triagem, verificação e análise de riscos e notificações para identificar e desencadear resposta a emergências epidemiológicas;
- Fortalecimento da articulação intra e intersetorial para o desencadeamento de resposta adequada e oportuna a emergências em saúde pública;
- Elaboração de informes e alertas para subsidiar a comunicação de riscos;
- Apoio às áreas técnicas da SESA e das SMS na formulação de Planos de Respostas a emergências em saúde pública e no desenvolvimento das capacidades básicas de vigilância e resposta.

Figura 2. Rede CIEVS



Fonte: Ministério da Saúde

5. ESTRATÉGIAS

O enfrentamento das emergências de saúde pública, em quaisquer de seus níveis, requer o desenvolvimento, o fortalecimento e a manutenção dos mecanismos de monitoramento, análise e contínua avaliação de eventos de saúde pública, com vistas a acompanhar, além de riscos potenciais, as mudanças na dinâmica de transmissão e propagação de agentes e doenças, permitindo a adoção de medidas de controle oportunas e adequadas.

O Plano de Resposta a Emergências em Saúde Pública da SESA-PR é um dos instrumentos à disposição da gestão de risco, na medida em que organiza a atuação da vigilância em saúde diante de uma ameaça ou situação dessa natureza, definindo fluxos e processos de trabalho voltados à prevenção ou mitigação de impactos da ocorrência sobre a saúde da população.



5.1. GESTÃO DE RISCO

A gestão de risco relacionada a emergências em saúde pública compreende o conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais, baseadas em critérios técnicos e político-administrativos, adotadas para a implementação de políticas e estratégias de fortalecimento das capacidades institucionais dirigidas à redução dos impactos provocados por situações emergenciais.

Inclui, portanto, ações de redução de risco (prevenção, mitigação e preparação), manejo da emergência (alerta e resposta) e recuperação (reabilitação e reconstrução). Vale-se de elementos técnicos, entre os quais a análise de ameaças, de vulnerabilidades e dos níveis de risco potencial que afetam a saúde da população, realizada pelo setor saúde com a participação de outras instituições. É, portanto, uma competência de caráter multissetorial e contínuo, que requer a articulação horizontal e transversal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, de diferentes setores e atores/instituições.

5.1.1. Análise de ameaças e vulnerabilidade

A identificação de problemas em um ambiente ou população e a respectiva avaliação dos riscos são fundamentais para o sucesso de um programa voltado ao gerenciamento da situação. A avaliação de risco é um processo sistemático utilizado para descrever e estimar a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos à saúde, decorrentes da exposição de pessoas e do ambiente a algum agente ou fator. Serve para subsidiar a tomada de decisão, a escolha de estratégias e ações, a orientação e o monitoramento de todo o processo.

Figura 3. Dimensões e subdimensões da análise de risco



Fonte: adaptado de OMS, 2002.

Avaliar riscos é, portanto, um processo relativamente complexo que envolve diferentes dimensões (social, biológica, política, econômica e tecnológica) configurando-se como um desafio para o serviço. Exige o reconhecimento do contexto local, regional e global e a agregação de múltiplas competências para o seu enfrentamento (conhecimento científico, técnicas de comunicação, juízo corporativo e regulatório) (Figura 3).



5.1.2. Princípio da precaução

Todas as áreas da secretaria de saúde, de acordo com as respectivas competências, têm a responsabilidade de identificar, caracterizar e analisar ameaças e vulnerabilidades frente a situações que podem vir a constituir uma emergência em saúde pública.

O estudo dessas situações e dos riscos correspondentes tem caráter multidisciplinar e deve ser efetuado por profissionais capacitados, contemplando tanto elementos de análises quantitativos quanto qualitativos. Geralmente parte de uma minuciosa compilação de registros históricos e atuais, para poder inferir a probabilidade de ocorrência de danos futuros. Essa leitura inicial possibilita a elaboração de mapas simples ou complexos, que identificam regiões com maior ou menor probabilidade de serem afetadas, orientando sobre as medidas a serem desenvolvidas em cada local.

Na abordagem quantitativa do risco, torna-se necessário diferenciar dois conceitos: a possibilidade e a probabilidade da ocorrência de algum agravo ou dano. Risco, pensado como possibilidade, é inerente à própria vida. Viver é estar, de certa maneira, submetido a variados riscos. A probabilidade, por outro lado, é uma medida, é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em uma dada situação e sua real ocorrência. É, portanto, a probabilidade que pode ser avaliada e gerenciada, já que admite gradação. A avaliação do risco na dimensão estritamente técnica, de identificação e mensuração (ou medição), não é suficiente. O resultado dessa avaliação, que nem sempre é possível de ser feita, deve ser integrado a aspectos sociais, econômicos e políticos na hora da decisão e da ação.

Embora essa prática de análise seja um consenso entre todas as áreas técnicas da vigilância em saúde, no âmbito da resposta a emergências de saúde pública, há necessidade de definir o instrumento ou a forma como a síntese das informações relevantes para a avaliação da ameaça deve ser feita, fornecendo informações técnicas e suas possíveis repercussões sobre a saúde da população, definindo a infraestrutura necessária à resposta e os recursos exigidos para tal.

5.1.3. Comunicação de risco

Diante da multiplicidade de riscos a que a sociedade está exposta a comunicação com o público sobre os problemas relacionados à exposição a agentes que possam afetar a saúde é necessária e deve ser dialógica, com troca de informações e opiniões entre os indivíduos, grupos, instituições, cientistas e governo.

Quando se fala de risco e comunicação de risco, antes de qualquer ação, é primordial perguntar: quando se deve comunicar o risco? Como estabelecer um diálogo? Com quem se comunicar? Quem são os interessados na comunicação do risco? O que comunicar?

A comunicação de risco não deve, portanto, ser apenas um cálculo matemático e científico, mas deve constituir-se, sobretudo, em um fórum para a discussão a respeito de questões mais amplas sobre a saúde e a qualidade de vida. Essa ação comunicativa deve ser iniciada desde o momento da constatação de evidências sobre o fenômeno observado e, para atingir os objetivos, deve ser clara e eficaz, levando em conta as diferentes percepções de risco dos atores envolvidos, as diretrizes políticas e as estratégias eleitas para o seu gerenciamento.

Todo esse processo necessita de recursos e técnicas adequadas, mas, sobretudo, de sensibilidade e envolvimento com o problema, para que não se distorçam os fatos gerando crises ou pânico. Com discernimento e postura ética é possível construir laços de confiança e solidariedade entre as pessoas, estabelecendo um canal de comunicação rápido e de fácil entendimento para o adequado gerenciamento do risco em questão.



Contemporaneamente, diante das ameaças, dos riscos e das vulnerabilidades a que estão expostos pessoas e lugares, há um movimento crescente favorável à adoção de posturas e medidas preventivas para o correto gerenciamento de riscos à saúde e ao meio ambiente. Uma delas é a adoção do princípio da precaução, sobretudo quando há um alto grau de incerteza científica e é premente agir com relação a um risco potencialmente elevado sem aguardar resultados de investigações científicas⁵. Quanto maior o dano associado a um risco e menor a incerteza de sua ocorrência, mais rigorosas devem ser as medidas adotadas, mas, por outro lado, quando o dano associado ao risco é pequeno e sua ocorrência incerta, as medidas mitigatórias devem ser priorizadas.

5.1.4. Organização da vigilância e estratégias de gestão da resposta

Como já mencionado anteriormente, para dar conta dos desafios relacionados à detecção oportuna de potenciais emergências em saúde pública ou para o manejo de situações já caracterizadas como tal, a vigilância em saúde precisa incorporar novas formas de organização e novas ferramentas de trabalho, compatíveis com os desafios anteriormente assinalados, que precisam ser eleitas, implantadas e desenvolvidas.

Nessa perspectiva, este Plano adota as seguintes estratégias como instrumentos ou meios facilitadores de uma resposta adequada e oportuna:

- **Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)**, para aprimorar os mecanismos de detecção e avaliação permanente das situações de risco e ameaças;
- **Sistema de Comando de Operações (SCO)** como um sistema de coordenação e controle que proporciona condições para uma resposta oportuna, eficiente e eficaz;
- **Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES)** como a organização operacional do setor saúde para a melhor resposta na vigência de uma emergência em saúde pública.

5.2 COMITÊ DE MONITORAMENTO DE EVENTOS (CME)

O **Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)** é o fórum institucional que promove o debate sistemático do resultado do monitoramento dos eventos de interesse à saúde pública, realizado tanto pelo CIEVS como pelas demais áreas técnicas da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), a partir de agravos notificados à vigilância epidemiológica ou capturados das mídias, permitindo a detecção oportuna de eventos relevantes com a finalidade de adotar medidas mitigadoras de danos.

Sua estruturação e funcionamento são pressupostos para a melhoria da qualidade das intervenções da vigilância, bem como de racionalização dos processos de trabalho e otimização de recursos, mediante a efetiva integração entre as áreas técnicas da SVS/SESA-PR. Além disso, o produto das análises e informações desenvolvidas no CME respalda e fundamenta a definição das medidas de enfrentamento das emergências de saúde pública, contribuindo com o fortalecimento das capacidades básicas elencadas no RSI, constituindo-se em importante mecanismo de apoio à tomada de decisão dos gestores da saúde.

⁵ Em 1992, em Maastricht, Holanda, foi assinado o Tratado da União Europeia (TUE), no qual, dentre outras recomendações, foi definido o princípio da precaução como “a tomada de ação prudente quando há suficiente evidência científica (mas não necessariamente prova absoluta) de que a falta de ação pode implicar em dano, e quando a ação pode ser justificada com base em julgamentos razoáveis de custo-benefício”. Em 2000, a Comissão Europeia definiu regras para orientar a aplicação desse princípio, inclusive no tange à relação custo-benefício.



5.2.1 *Objetivos específicos*

- Discutir o resultado do monitoramento sistemático de riscos e agravos à saúde, realizado pelo CIEVS e demais áreas técnicas da SVS, no âmbito do Paraná, objetivando o aprimoramento das capacidades de detecção e resposta da vigilância em saúde a situações de emergência em saúde pública;
- Compartilhar com as demais áreas técnicas da SVS o resultado do monitoramento de rumores internacionais e nacionais;
- Promover a articulação e integração das áreas técnicas da Vigilância em Saúde e, futuramente, com as demais áreas da SESA-PR;
- Racionalizar ações e recursos envolvidos na resposta a situações de emergência em saúde pública;
- Fornecer subsídios para a tomada de decisão diante de eventos de saúde pública;
- Fornecer elementos técnicos para a elaboração e emissão de alertas quando necessário;
- Promover a articulação com o Comitê de Infectologia do Paraná para definição das estratégias de enfrentamento de situações de risco quando necessário;
- Implantar novo processo de trabalho na vigilância em saúde para responder aos preceitos do RSI.

5.2.2 *Composição*

O CME-PR é constituído por representantes das áreas técnicas da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), com participação de representantes da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS), com destaque à Urgência/Emergência e Assistência à Saúde, além de outras que se fizerem necessárias. Minimamente, é composto por representantes das seguintes áreas técnicas, podendo ser ampliado com convidados de outras áreas ou instituições, de acordo com o tipo de evento em debate:

- Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS);
- CIEVS;
- Centro de Epidemiologia;
- Centro de Vigilância Ambiental;
- Centro de Vigilância Sanitária;
- CEST;
- LACEN;
- Urgência/emergência;
- Atenção Primária.

5.2.3 *Coordenação*

O CME é coordenado pela Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) ou, por delegação, pelo CIEVS.

5.2.4 *Instrumentos de notificação de ESP*

Segundo as normas nacionais vigentes, os eventos de saúde pública são de notificação compulsória imediata⁶ e devem ser notificados à autoridade de saúde competente por profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento, em até 24 (vinte e quatro) horas, pelo meio mais rápido disponível (telefone, e-

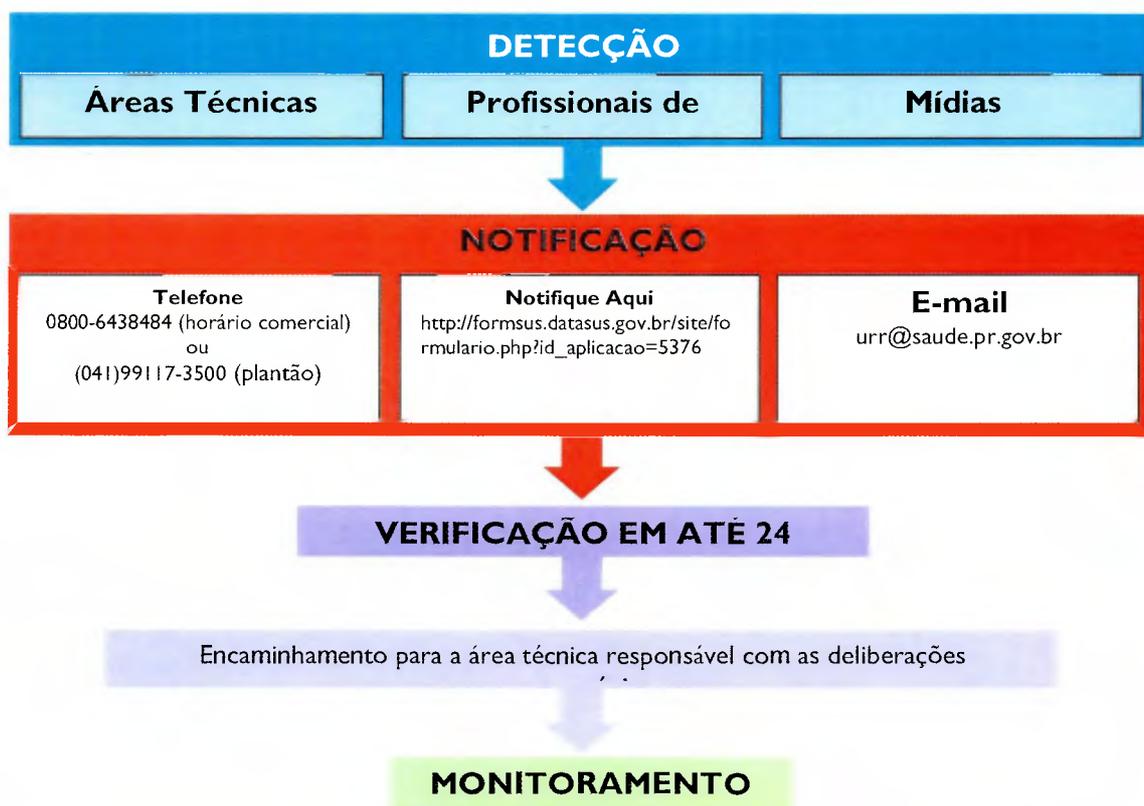
⁶ Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.



mail ou formulário eletrônico - FormSUS). Essas notificações provêm de fonte oficial e não exigem verificação de veracidade.

Por outro lado, as comunicações ou rumores procedentes de outras fontes como setores governamentais, população, mídias e quaisquer outros serviços públicos ou privados – fontes não oficiais - exigem verificação porque, nestes casos, a fonte notificadora não tem nenhuma responsabilidade quanto à gestão do evento notificado. Assim, identificado o evento, a sua verificação deve ser feita junto às áreas técnicas e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para avaliar a situação e, se necessário, acionar a respectiva resposta/monitoramento.

Figura 4. Fluxo de notificação e verificação de eventos de saúde pública



Fonte: Ministério da Saúde - CIEVS

Para que esses processos sejam facilitados, foram estabelecidos meios de comunicação institucionais para o intercâmbio de informações entre o CIEVS nacional e os pontos de contato nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, profissionais de saúde e população em geral, que garantem o acesso permanente e pessoal ao ponto focal para o RSI.

Na SESA-PR, os meios institucionais utilizados para a notificação de eventos de saúde pública são:

- **Telefone 0800-6438484 do CIEVS-PR:** é o serviço telefônico para recebimento de notificações de eventos de saúde pública, por meio de discagem direta gratuita, disponível apenas em horário comercial. Permite receber ligações provenientes de números fixos e de celulares.



- **Telefone do Plantão CIEVS-PR - (041)99117-3500:** contato telefônico para notificações em finais de semana, feriados ou fora do horário comercial.
- **CIEVS - Notifique aqui (FormSUS):** Formulário eletrônico disponível no site da SESA-PR que, ao ser preenchido, encaminha a informação imediata e automaticamente ao CIEVS-PR. O link do formulário desenvolvido em plataforma web é o seguinte:
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5376
- **Endereço eletrônico do CIEVS-PR - urr@saude.pr.gov.br:** endereço de e-mail, divulgado aos profissionais de saúde para recebimento de notificações pelo correio eletrônico.

5.2.5 Fluxo da informação

O Artigo 6 do RSI (2005) dispõe que cada país deve realizar a avaliação dos eventos de saúde pública que ocorram em seu território, utilizando o instrumento de decisão em anexo (Anexo 1)⁷, e notificar ao Ponto de Contato da OMS para o RSI (2005), por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI (2005), dentro de 24 horas a partir da avaliação das informações de saúde pública disponíveis para classificar o evento como potencial emergência em saúde pública. Essa atribuição é do Ministério da Saúde/SVS/CIEVS.

Após a notificação, a comunicação com o Ponto de Contato da OMS deve ser mantida, atualizando as informações sobre o evento notificado, de modo oportuno e em nível suficiente de detalhamento, incluindo, sempre que possível, definições de caso, resultados laboratoriais, fonte e tipo de risco, número de casos e de óbitos, condições que afetem a propagação da doença, medidas de saúde pública implementadas para a resposta ao evento, dificuldades encontradas e necessidade de apoio frente à emergência em saúde pública (OMS, 2008).

Para dar conta dessa responsabilidade, o nível local e/ou primário de resposta (município) deve aprimorar as capacidades de detecção de eventos, repassando imediatamente as informações essenciais ao nível apropriado de resposta e desencadeando imediatamente as medidas preliminares de controle. O nível intermediário (Estado) deve, por sua vez, confirmar a situação dos eventos notificados e apoiar com medidas adicionais de controle, ao mesmo tempo em que avalia imediatamente o evento e repassa as informações essenciais ao nível nacional, caso o considere urgente. O nível nacional avalia as informações recebidas em até 48 horas e, quando se tratar de agravo de notificação compulsória, notifica imediatamente à OMS, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI.

As emergências em saúde pública são notificadas ao CIEVS nacional e podem ser classificadas como de importância nacional e internacional. Como consequência da avaliação de risco, ações de vigilância e controle da emergência são desenvolvidas e o seu monitoramento realizado.

De acordo com o já mencionado instrumento de decisão do RSI, constante no Anexo 1 deste Plano, as doenças específicas devem ser avaliadas das seguintes formas:

- **Variola, poliomielite por vírus selvagem, influenza humana causada por novo subtipo de vírus e síndrome respiratória aguda grave por coronavírus - notificação imediata à OMS, independentemente da forma de ocorrência na população.**

⁷ O Anexo 2 do RSI (2005) apresenta o instrumento de decisão para avaliação e notificação de eventos que possam constituir emergências em saúde pública de importância internacional. Os eventos que devem ser avaliados compreendem desde doenças específicas até eventos de etiologia desconhecida.



- Outras doenças com um maior risco de disseminação internacional aplica-se o algoritmo de decisão quando houver casos ou surtos para avaliar de forma contextualizada segundo população, tempo e espaço específicos.

5.2.6 *Funcionamento do CME*

O CME é um fórum de reuniões sistemáticas semanais, cuja pauta, previamente definida por meio de contatos com todas as unidades técnicas da SVS/SESA-PR (pré-CME), inclui a apreciação de eventos considerados relevantes e que demandam atenção do serviço de saúde, selecionados e pré-avaliados de forma conjunta, além da atualização de informações sobre eventos já em monitoramento e a sistematização de recomendações das unidades técnicas de vigilância sobre as situações destacadas. Dependendo do tema em discussão, representantes de órgãos parceiros podem ser convidados a participar das reuniões do CME.

As reuniões semanais são organizadas pelo CIEVS/SVS e presididas pela Superintendente de Vigilância em Saúde da SESA-PR. Delas participam os representantes elencados no item 5.2.2, podendo haver ampliação dos participantes, inclusive por meio virtual, conforme o caso.

A reunião tem o objetivo de definir a estratégia de resposta a eventos com risco em potencial de vir a constituir uma emergência de saúde pública e seu detalhamento é realizado de acordo com o nível de resposta exigido em cada situação.

Na abertura da reunião do CME, o CIEVS sintetiza o que foi discutido no pré-CME. Após a síntese inicial, a situação objeto de análise é apresentada pela área técnica correspondente, valendo-se do instrumento padronizado para esta finalidade, constante no instrumento em anexo (Anexo 3).

Os eventos submetidos à apreciação do colegiado são avaliados, verificando-se a necessidade de implantação de medidas/ações complementares para o seu controle, definindo-as e desencadeando-as. Também é definido o mecanismo de monitoramento que será adotado.

As reuniões semanais são realizadas em dia e horário definidos pela SVS, com duração de uma (01) hora e a seguinte pauta geral:

- Síntese do pré-CME para informar sobre os eventos suscitados na semana (até 5 minutos).
- Atualização sobre as ações em andamento referentes a eventos sob monitoramento, definidos em reuniões anteriores (5 min).
- Apresentação dos destaques da semana do Informe CIEVS, que contém a síntese semanal do monitoramento de eventos de saúde pública e eventuais riscos para o Brasil e Paraná (10 minutos).
- Debate dos eventos com potencial de constituir uma emergência em saúde pública selecionados no pré-CME – avaliação e encaminhamentos (20 a 30 minutos).
- Encaminhamentos (10 min.).



Figura 5. Fluxo de informações no CME



Fonte: Ministério da Saúde - CIEVS

5.3 SISTEMA DE COMANDO DE OPERAÇÕES (SCO)

Este Plano adota o Sistema de Comando de Operações (SCO) e a oportuna ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) como mecanismos de coordenação para gerenciar e monitorar a resposta do setor saúde a emergências em saúde pública.

SCO e COES são estratégias que andam de mãos dadas na gestão de uma situação de crise e, portanto, inseparáveis, uma vez que o segundo se organiza a partir da base conceitual fornecida pelo primeiro. Por isso, é fundamental que a instituição seja capacitada para a implantação desse sistema e que seus conceitos fundamentais sejam compreendidos por todos os envolvidos na resposta a uma emergência.

5.3.1 O conceito de SCO

Conceitualmente, o SCO é um modelo gerencial para comandar, controlar e coordenar operações de resposta em situações críticas, que fornece meios de articular os esforços dos diferentes atores envolvidos, com o objetivo comum de estabilizar o evento e proteger vidas e o meio ambiente. É uma ferramenta que pode ser utilizada para responder a qualquer tipo de ameaça à saúde da população.

A utilização de um sistema predefinido dessa natureza permite o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, otimizando também os resultados desejados.

5.3.2 Origem do SCO

O SCO é baseado no *Incident Command System (ICS)*, criado e desenvolvido nos Estados Unidos da América, nos anos 70, em resposta a uma série de incêndios florestais que atingiram a Califórnia. Após analisar os resultados desastrosos da atuação de diferentes órgãos e jurisdições naquela situação, concluiu-se que o maior problema no enfrentamento dessas emergências não estava na quantidade nem na qualidade dos recursos existentes, mas sim na dificuldade em coordenar as ações entre os envolvidos de maneira articulada e eficiente.

Como resposta a essa constatação, foi desenvolvido o modelo do *ICS*, que se mostrou apropriado a todos os tipos de situações críticas, passando a ser o sistema recomendado pela *Federal Emergency Management Agency (FEMA)* para o gerenciamento de todos os tipos de emergências e desastres.



5.3.3 *Princípios do SCO*

O SCO é um sistema de gerenciamento que possui uma série de princípios e conceitos, tornando-o uma ferramenta adequada para coordenar a atuação integrada de múltiplos órgãos em situações críticas. Para o seu êxito, todos precisam conhecer seus fundamentos.

São princípios do SCO:

5.3.3.1 *Comando Unificado*

É uma estrutura de gerenciamento em que as decisões são tomadas em conjunto, estabelecendo uma estrutura de coordenação única entre distintos atores, com prioridades e objetivos comuns no enfrentamento da situação de emergência. Envolve representantes dos diferentes órgãos participantes na resposta à situação crítica.

Um comando unificado aumenta a eficiência da coordenação das atividades de resposta e evita duplicação de esforços. O volume de recursos empregados e a responsabilidade de determinado órgão na operação podem servir de critério para que seus representantes componham o comando unificado.

5.3.3.2 *Terminologia comum*

O SCO adota uma terminologia comum entre os órgãos envolvidos, para assegurar a integração de todos, formando uma equipe coordenada e focada nos objetivos. Envolve, primeiramente, as expressões relacionadas ao próprio SCO. Se, por exemplo, a expressão que designa o local onde o comando desenvolve suas atividades é Posto de Comando, haverá confusão se alguém solicitar a localização do QG, Sala de Situação ou Escritório de Crise. Envolve também os equipamentos e recursos utilizados.

5.3.3.3 *Alcance do controle*

O nível de controle refere-se ao número de pessoas que um coordenador pode controlar com segurança durante uma situação crítica. A um único coordenador devem reportar-se um limite entre três e sete indivíduos. Se alguém no SCO está coordenando menos que três ou mais que sete funções, é possível que um ajuste na estrutura seja necessário.

5.3.3.4 *Organização modular e flexível*

Ao implementar o SCO, apenas as funções necessárias para alcançar os objetivos são ativadas. Dessa forma, a estrutura é flexível e pode ser adaptada às mais diversas situações.

5.3.3.5 *Comunicações integradas*

A capacidade de se comunicar com os elementos do SCO é absolutamente essencial. Isso nem sempre é fácil, pois de um modo geral a comunicação entre os órgãos que respondem normalmente a emergências é dificultada pela incompatibilidade entre equipamentos e frequências. Por isso, é necessário desenvolver um Plano de Comunicações para garantir a integração.

5.3.3.6 *Plano de Ação*

A ferramenta para consolidar o gerenciamento por objetivos no SCO é o Plano de Ação, elaborado pelo Comando para cada situação concreta. Fornece aos envolvidas o conhecimento das prioridades e objetivos que devem ser atingidos em um determinado período, permitindo a otimização de esforços.

O Plano começa a ser elaborado assim que as informações cheguem ao Comando. Uma operação terá tantos planos de ação quanto forem necessários, que podem ser mais ou menos formais conforme a ocorrência. Nos primeiros momentos, ou em situações menos complexas, o Plano de Ação é verbal. Outras situações exigem um maior grau de formalidade, com as principais informações registradas esquematicamente em um quadro. Em situações complexas, podem ser produzidos planos escritos. De qualquer forma,



independentemente do grau de formalidade, o Plano de Ação refere-se a um período determinado e contém os objetivos e as tarefas a serem cumpridas.

5.3.3.7 Cadeia de comando

Dentro do SCO cada indivíduo que se integra ao sistema deve reportar-se apenas a uma pessoa, e todos no sistema devem se reportar a alguém.

Este princípio permite deixar claro qual linha deve ser seguida para dar ou receber uma ordem e elimina os problemas causados por ordens conflitantes ou múltiplas. Indivíduos que gerenciam emergências, independente do nível de gerência, devem estar aptos a controlar as ações de todos os indivíduos sob sua supervisão.

5.3.3.8 Gerenciamento integral dos recursos: pessoas, equipamentos e unidades

Todos os recursos operacionais empregados no SCO devem estar integrados ao sistema. Cada um, independentemente da instituição a que pertença, passa a fazer parte do sistema, ficando sob a responsabilidade do comandante do incidente. Recursos são definidos como pessoal, equipes, equipamentos, suprimentos e instalações disponíveis ou potencialmente disponíveis para serem utilizadas no apoio ao gerenciamento do incidente ou nas atividades operacionais de resposta.

Este princípio inclui processos para categorização, solicitação, despacho, controle e otimização do emprego dos recursos.

5.3.3.9 Instalações padronizadas

Outra característica importante do SCO é ordenar o espaço físico, delimitando áreas de trabalho. Essas instalações devem ser bem sinalizadas, em locais seguros, possuir localização precisa e denominação comum. As principais são: Posto de Comando (PC), Área de Espera (E), Área de Concentração de Vítimas (ACV), Base (B), Acampamento (A), Helibase (H) e Heliponto (H1).

5.3.4 Estrutura e funções do SCO

A estrutura principal do SCO é constituída por: Comando, *Staff* do Comando e *Staff* Principal.

Comando - é responsável pelas ações como um todo, e estabelece os objetivos e prioridades para a operação.

Staff do Comando - composto por três funções de assessoria ao Comando. Estas funções, dependendo da complexidade e tamanho do evento, podem ser desempenhadas pelo próprio Comando ou delegadas a outros. O título dado a estas funções é de Oficial. São elas:

- **Segurança:** responsável pela avaliação e gerenciamento dos riscos envolvidos nas atividades, fiscalizando procedimentos de segurança e uso de equipamentos de proteção, monitorando perigos, entre outros aspectos.
- **Ligações:** serve de ponto de contato com os órgãos governamentais e não governamentais, bem como com entidades voluntárias chamadas a auxiliar, mas que não farão parte do SCO.
- **Porta-voz:** é responsável pelos contatos com a mídia em nome do SCO.

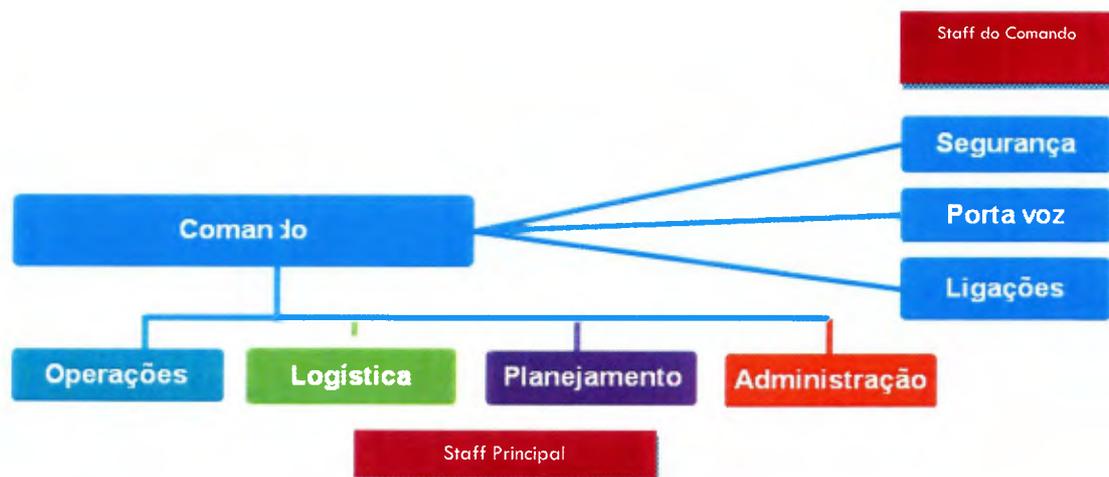
Staff Geral:

- **Operações** - conduz as ações necessárias para alcançar as prioridades e os objetivos estabelecidos.



- **Planejamento:** desenvolve o Plano de Ação, que alia as informações relativas à situação e ao conjunto de recursos envolvidos.
- **Logística:** fornece o suporte material para a implantação do Plano de Ação, além de prover os recursos e serviços necessários para dar suporte ao pessoal envolvido nas operações.
- **Administração:** efetua compras e locações, monitora e registra os custos e controla o emprego dos recursos humanos.

Figura 6. Estrutura do SCO



Fonte: Coordenadoria de Proteção e Defesa Civil do Paraná.

5.4 CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE (COES)

O Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) é uma estrutura organizacional temporária que tem o objetivo de promover a gestão da resposta, no âmbito do setor saúde, a um evento específico, de forma coordenada, por meio da articulação e integração dos atores envolvidos.

A estruturação do COES permite a análise dos dados e informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos da saúde, delimitando as ações adequadas e oportunas ao enfrentamento da situação considerada emergência. É, portanto, onde se realizam o planejamento, a organização, a coordenação, a avaliação e o controle das atividades que a saúde desenvolverá para responder a essa situação.

A coordenação das ações de resposta inclui a mobilização de recursos para o restabelecimento dos serviços de saúde e a articulação da informação entre as três esferas de gestão do SUS, bem como a identificação da necessidade de solicitar auxílio à Força Nacional do SUS (FN-SUS); a recomendação de declaração de ESPIN ao Ministro da Saúde; e a necessidade de acionamento de recursos adicionais, inclusive apoio internacional especializado. Essas ações serão definidas com base no algoritmo de decisão (Anexo 1).



5.4.1 Composição

O COES, no âmbito estadual, é constituído por profissionais dos Centros da Superintendência de Vigilância em Saúde com competência para atuar no tipo de emergência identificada, bem como das demais Superintendências da SESA, conforme o caso demandar.

O espaço físico do CIEVS, que é concebido como um centro de monitoramento permanente, pode se converter temporariamente em COES sem afetar suas atividades cotidianas. É o COES que coordena a resposta institucional e as informações, a conexão de todos os pontos de operações para assegurar que a resposta a uma emergência seja oportuna e eficaz.

A estrutura principal do COES segue a do SCO e é constituída pelo Comando, *Staff* do Comando e *Staff* Principal. Essa composição de coordenação, como já assinalado, permite:

- Estrutura de comando clara, definida e adaptável às situações.
- Estabelecimento de prioridades e objetivos comuns.
- Uso de terminologia comum entre os órgãos envolvidos.
- A integração e padronização das comunicações.
- Planos e ordens consolidados.

5.4.2 Ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES)

A decisão para a ativação do COES fundamenta-se na análise das informações disponíveis, incluindo a avaliação de risco do evento, com base em critérios predefinidos, considerando riscos, ameaças e vulnerabilidades para cada tipo de emergência.

O Secretário Estadual da Saúde é o responsável pelo acionamento do COES na esfera estadual, com base na recomendação do CME, avaliando além do risco, também o grau de apoio necessário e a capacidade de resposta da esfera municipal.

O acionamento do COES ocorre por meio da convocação de representantes dos Centros da SVS-PR de acordo com o tipo de evento, podendo também ser convidados representantes de outras áreas ou instituições.

Ao decidir sobre a necessidade de ativar o COES, o Secretário deve também identificar o nível de ativação correspondente. O COES estadual será acionado diante de situações que se enquadrem especialmente nos níveis de resposta 2 e 3. Situações classificadas como de nível 1 demandam maior atenção e monitoramento, além do fortalecimento da preparação para uma possível resposta mais complexa, podendo ou não mobilizar o COES.

5.4.3 NÍVEIS DE RESPOSTA

- **Nível 0 (Zero) - Monitoramento de eventos:** quando o município possui os recursos necessários para responder à emergência, a atividade da esfera estadual restringe-se ao monitoramento e à orientação técnica à distância, bem como ao encaminhamento de insumos básicos complementares.
- **Nível de Ativação 1 - Emergência localizada:** quando há ameaça identificada a partir de evento de saúde pública com potencial de se constituir em emergência, ou seja, ameaça epidemiológica, de desastre ou de um evento por agentes QBRN e a esfera local não possui todos os recursos necessários para responder à situação, necessitando da mobilização de recursos adicionais e apoio complementar (estadual e/ou federal), com possibilidade de envio de equipe de resposta à ESP.



- **Nível de Ativação 2 - Emergência disseminada:** quando se identifica um evento, acidente/incidente com grande potencial de tornar-se uma emergência em saúde pública. O risco é significativo e supera a capacidade de resposta das esferas municipal e estadual, sendo necessário mobilizar recursos adicionais e apoio complementar da esfera federal, com envio de equipe de resposta à ESP.
- **Nível de Ativação 3 - Emergência com risco de propagação nacional:** quando há ameaça de relevância nacional com impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. São situações de excepcional gravidade, que podem culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por parte do Ministério da Saúde.

De acordo com a magnitude e a complexidade do evento, define-se a forma de funcionamento do COES, e a periodicidade de suas reuniões que podem ser diferentes, de acordo com a especificidade do evento.

Além disso, os níveis de ativação não se apresentam necessariamente de forma sequencial, sendo possível suprimir os níveis de resposta iniciais, implantando, imediatamente, níveis mais elevados, conforme o cenário apresentado na localidade. O COES pode ainda monitorar diferentes eventos simultaneamente.

Figura 7. Níveis da resposta e ativação/desativação do COES



Fonte: Ministério da Saúde/CIEVS

5.4.4 Desativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública

Assim como na ativação, a desativação do COES é realizada por meio do algoritmo de decisão (Anexo 1). Muitos fatores podem influenciar essa decisão de reduzir a intensidade



da resposta. Segundo o nível de ativação acionado, o COES deverá ser desativado considerando os seguintes aspectos:

- **Desativação do nível I** - quando a esfera local retomou sua capacidade de resposta ou o evento gerador da emergência foi encerrado.
- **Desativação do nível II** - quando as equipes de resposta à ESP foram desmobilizadas e o risco está controlado. A capacidade de resposta das esferas municipal e estadual foi retomada ou o evento gerador da emergência foi encerrado.
- **Desativação do nível III** - quando a ameaça foi controlada ou eliminada. Foram retomadas as capacidades de resposta das esferas municipal e estadual ou o evento gerador da emergência foi encerrado. Se for o caso, o MS declara encerrada a ESPIN.

Como se vê, os níveis de resposta estabelecidos neste Plano são definidos com base na projeção de cenários epidemiológicos de risco. Cabe ao CIEVS o monitoramento sistemático dos eventos de saúde pública com potencial de vir a ser emergência, acompanhando a situação das ocorrências nos níveis estadual, nacional e internacional. Este acompanhamento se faz em estrita articulação com as demais áreas técnicas da SESA-PR e é compartilhado no CME (item 5.2).

6. ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA

A resposta compreende o conjunto de ações a serem desenvolvidas para o manejo de uma emergência controlando os riscos e reduzindo, ao máximo, suas consequências sobre a saúde. Conhecer o risco, como já mencionado anteriormente, envolve, entre outras análises, a identificação de ameaças e vulnerabilidades, bem como dos recursos disponíveis para o manejo de uma situação crítica. Para ameaças conhecidas, é possível e recomendável a preparação e o desenvolvimento da capacidade de resposta, visando ampliar a eficiência e eficácia da intervenção da saúde em cenários dessa natureza.

6.1 PRESSUPOSTOS DA RESPOSTA

- Todos os eventos e situações de emergência iniciam-se em nível local. Portanto, o município deve ser o primeiro a responder a uma situação identificada. Caso sua capacidade de resposta seja excedida, cabe ao estado e ao nível federal apoiar com ações adequadas e oportunas. Para tanto, o fluxo a ser seguido está representado no Anexo 5.
- O planejamento da preparação e resposta reduz o impacto na saúde de surtos de doenças infecciosas e desastres.
- O Sistema de Comando de Operações (SCO) é uma abordagem padronizada para a gestão da resposta, que responde a diferentes cenários de emergências. É o enfoque básico adotado neste Plano.

6.2 PREPARAÇÃO

A organização da resposta a uma emergência de saúde pública é precedida por uma série de ações preparatórias, que, no momento da crise, proporcionam agilidade na ativação do COES quando necessário, à luz dos preceitos SCO, e ampliam o sucesso da intervenção. São elas:



- Identificação dos níveis de autoridade, monitoramento e decisão que podem participar na resposta a uma emergência em saúde pública;
- Clareza quanto às responsabilidades específicas de cada área técnica da SESA-PR e outras instituições envolvidas;
- Elaboração de lista de contatos para localização e mobilização oportuna dos setores/instituições envolvidos na resposta. Devem conter os contatos telefônicos e endereços de e-mail, assim como a responsabilidade específica de cada profissional identificado como parte no plano de resposta. Os dados devem ser institucionais e não particulares e precisam ser periodicamente atualizados.
- Identificação de especialistas que possam vir a proporcionar assessoramento específico e inclusão na lista de contatos,
- Realização de exercícios e simulações periódicas e regulares e de complexidade variada;
- Elaboração de protocolos específicos de ação definindo funções e responsabilidades dos profissionais de saúde e recursos necessários à resposta, com revisões periódicas, baseadas nas lições aprendidas em eventos anteriores ou em exercícios simulados;
- Manutenção de um inventário atualizado de recursos humanos, recursos físicos e financeiros, que possam ser mobilizados diante de uma situação concreta, especificando a localização, forma de acioná-los e deslocá-los para o local designado pelo comando da operação;
- Capacitação dos profissionais envolvidos, para que dominem as ferramentas de atuação em uma emergência e ampliem suas competências específicas de acordo com as funções e responsabilidades que irão desempenhar;
- Implantação da sala de situação para recebimento, processamento, análise e tomada de decisão, ampliando a sensibilidade do monitoramento de agravos.

6.2.1 Instrumentos de apoio: protocolos, procedimentos e formulários

Um protocolo é um processo de decisão discutido e acordado antes que uma situação de crise ocorra. Um procedimento é uma sequência detalhada de passos ou ações a serem executadas em determinadas situações ou cenários. Um formato é um esquema, estrutura e ordem de dados e informações utilizadas na elaboração de um formulário.

Protocolos e procedimentos devem ter algumas características: simplicidade, clareza, legitimidade; operacionalidade; eficiência e eficácia, e devem ser elaborados para cada plano de contingência específico.

Um protocolo define mecanismos de coordenação, uso compartilhado de recursos e intervenções conjuntas entre as áreas e outras instituições envolvidas na resposta à emergência.

A partir da identificação do protocolo a ser aplicado, é possível desenvolver os procedimentos que orientarão a execução das ações e tarefas. Um procedimento deve especificar o resultado esperado; descrever o processo sequencial e lógico a ser seguido (ações e tarefas); estabelecer os equipamentos e os materiais necessários; as normas ou orientações de segurança; e definir os formulários para registro e divulgação de dados e informações.

O Plano de Resposta à ESP deve conter modelos de formulários para consolidar informações estratégicas que subsidiarão a operacionalização do COES: lista de contatos; inventário de recursos; formato para anúncio de ativação e desativação do COES; modelo de



boletim informativo sobre a situação, riscos esperados, precauções; plano de ação de uma operação; relatório diário do COES; relatório final; e relatório de lições aprendidas⁸.

6.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO COES

O COES estrutura-se sobre três elementos essenciais: os preceitos do Sistema de Comando de Operações (SCO), a constituição de um Grupo Técnico Assessor e a definição de porta-voz para as comunicações oficiais.

Em relação ao SCO, seu enfoque sistemático e ajustável para a gestão de uma crise integra todas as áreas técnicas e administrativas necessárias à resposta diante de uma ocorrência, definindo responsabilidades em todos os níveis e facilitando a resposta coordenada entre as diferentes esferas de gestão e serviços, conforme brevemente descrito no item 5.3.

A constituição de um Grupo de Especialista de Assessoramento, por sua vez, reúne *experts*, definidos de acordo com a natureza do evento e as necessidades identificadas, que irão assessorar técnica e cientificamente o Centro, fornecendo subsídios para a tomada de decisão.

Já a identificação de um porta-voz tem o objetivo de garantir que as informações sobre a situação, disponibilizadas pelo COES, sejam fornecidas apenas por aqueles que assumem esta função no SCO, a quem também caberá a atribuição de interagir com a mídia, evitando notícias divergentes ou contraditórias.

6.4 RESPONSABILIDADES DO COES

A partir da identificação do nível de ativação do COES, a estrutura modular de gestão e operação será definida, identificando-se as necessidades técnicas para a resposta a determinado evento.

São atividades e das responsabilidades do COES no nível estadual:

- Avaliação das informações enviadas pelo Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), outras áreas técnicas e fontes externas.
- Análise das informações relevantes, para nortear a tomada de decisão em relação às operações de resposta.
- Estabelecimento de prioridades de resposta.
- Ativação das operações iniciais e imediatas.
- Definição do tipo de suporte necessário às operações, levando em conta a previsão de evolução dos impactos do evento.
- Mobilização de recursos humanos e materiais necessários.
- Elaboração de relatórios de progresso do evento, incluindo resumo das decisões e ações de resposta, e emissão de recomendações técnicas.
- Preparação de informes/relatórios para as autoridades.
- Articulação entre as diversas áreas da esfera federal envolvidas na resposta e com outras esferas de governo.
- Coordenação da avaliação pós-evento (lições aprendidas).

⁸ Enquanto não forem definidos modelos específicos para o Paraná, serão utilizados os formulários constantes no Plano de Respostas do Ministério da Saúde.



7. MATERIAL CONSULTADO PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO

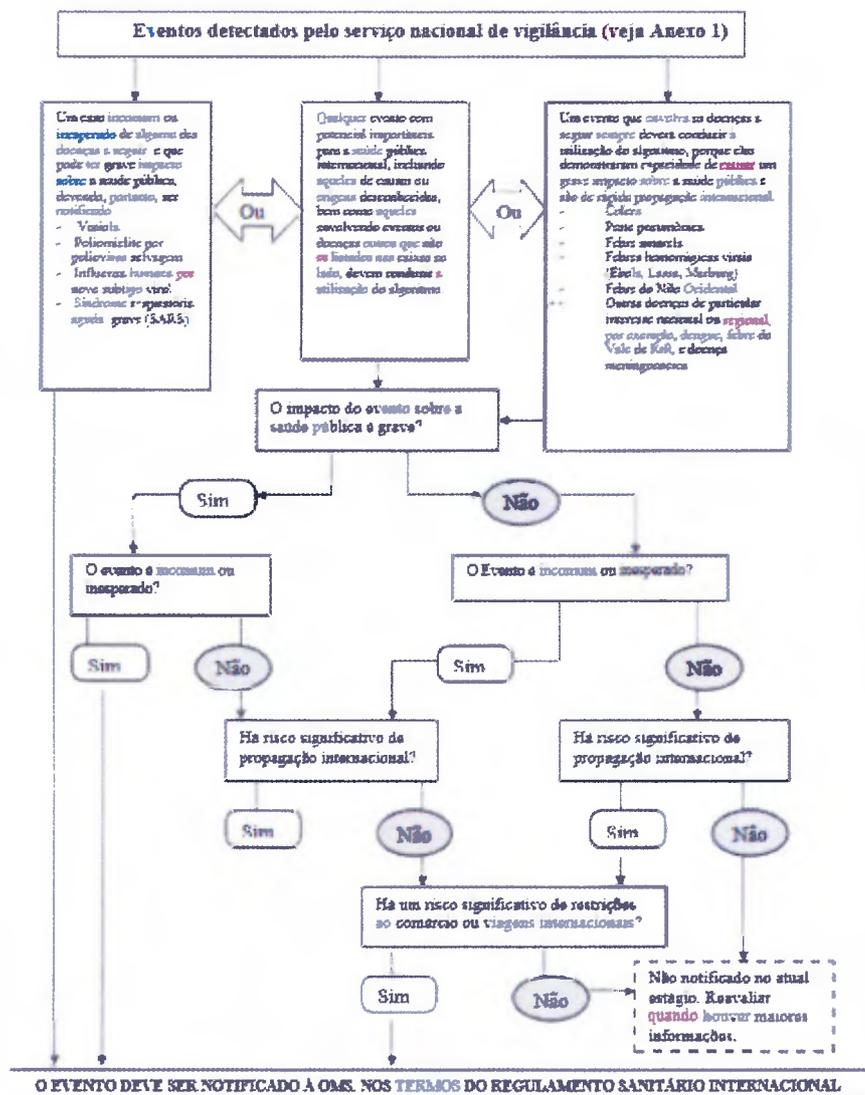
1. Apostila sobre o Sistema de Comando de Incidentes (SCI) - Nível Operações, do Corpo de Bombeiros do Paraná. 1ª Edição.
2. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.
3. Curso de Gestão de Preparação e Respostas às Emergências em Saúde Pública – Universidade Internacional da Flórida – Fevereiro/2013.



8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE DECISÃO DO RSI 2005

INSTRUMENTO DE DECISÃO PARA A AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS QUE POSSAM CONSTITUIR EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL



a) De acordo com a definição de casos de OMS
b) A lista de doenças deve ser utilizada somente para os propósitos deste Regulamento.



8.2 ANEXO 2 - EXEMPLO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE DECISÃO

O EVENTO SATISFAZ A PELO MENOS DOIS DOS SEGUINTE CRITÉRIOS?

O impacto do evento sobre a saúde pública é grave?	I. O impacto do evento sobre a saúde pública é grave?
	1. <i>O número de casos e/ou o número de óbitos para esse tipo de evento é alto para aquela local, tempo ou população determinados?</i>
	2. <i>O evento tem potencial para causar um grande impacto sobre a saúde pública?</i>
	APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE CONTRIBUEM PARA QUE O IMPACTO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA SEJA GRANDE: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <input type="checkbox"/> Evento causado por um agente patogênico com alto potencial de causar epidemias (patogenicidade do agente, alta letalidade, múltiplas vias de transmissão ou portadores sãos). ✓ <input type="checkbox"/> Indicação de fracasso terapêutico (resistência a antibióticos nova ou emergente, ineficácia da vacina, resistência ou ineficácia de antídotos). ✓ <input type="checkbox"/> O evento representa um risco significativo para a saúde pública, ainda que nenhum ou poucos casos humanos tenham sido identificados. ✓ <input type="checkbox"/> Relato de casos entre profissionais de saúde. ✓ <input type="checkbox"/> A população de risco é especialmente vulnerável (refugiados, baixo nível de imunização, crianças, idosos, baixa imunidade, desnutridos, etc.). ✓ <input type="checkbox"/> Fatores concomitantes que possam impedir ou retardar a resposta de saúde pública (catástrofes naturais, conflitos armados, condições meteorológicas desfavoráveis, múltiplos focos no Estado Parte). ✓ <input type="checkbox"/> Evento em área de alta densidade populacional. ✓ <input type="checkbox"/> Propagação de materiais tóxicos, infecciosos ou de por alguma outra razão perigosos, de origem natural ou não, que tenham contaminado ou tenham o potencial de contaminar uma população e/ou uma grande área geográfica.
3. <i>É necessária assistência externa para detectar, investigar, responder e controlar o evento atual ou evitar novos casos?</i>	
APRESENTAMOS A SEGUIR EXEMPLOS DE SITUAÇÕES EM QUE A ASSISTÊNCIA PODE SER NECESSÁRIA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <input type="checkbox"/> Recursos humanos, financeiros, materiais ou técnicos inadequados – em particular: <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade laboratorial ou epidemiológica insuficiente para investigar o evento (equipamento, pessoal, recursos financeiros) - Antídotos, medicamentos e/ou vacinas e/ou equipamento de proteção, equipamento de descontaminação ou equipamento de apoio insuficientes para atender às necessidades estimadas - Sistema de vigilância existente inadequado para a detectar casos novos rapidamente 	
O IMPACTO DO EVENTO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA É GRAVE? Responda "sim" caso você tiver respondido "sim" as questões 1, 2 ou 3 acima.	



O evento é incomum ou inesperado?	II. O evento é incomum ou inesperado?
	<p>4. <i>O evento é incomum?</i></p> <p>APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE EVENTOS INCOMUNS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O evento é causado por um agente desconhecido, ou a fonte, veículo ou via de transmissão são incomuns ou desconhecidos. ✓ A evolução dos casos é mais severa do que o esperado (incluindo morbidade ou mortalidade) ou os sintomas apresentados são incomuns. ✓ <input type="checkbox"/> A ocorrência do evento em si é incomum para a região, estação ou população.
	<p>5. <i>O evento é inesperado sob a perspectiva de saúde pública?</i></p> <p>APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE EVENTOS INESPERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <input type="checkbox"/> Evento causado por uma doença ou agente que já tenha sido eliminado ou erradicado do Estado Parte ou que não tenha sido notificado anteriormente. <p>O EVENTO É INCOMUM OU INESPERADO? ~ Responda "sim" caso você tiver respondido "sim" às perguntas 4 ou 5 acima.</p>

Há um risco significativo de propagação internacional?	III. Há risco significativo de propagação internacional?
	<p>6. <i>Há evidências de correlação epidemiológica com eventos similares em outros Estados?</i></p> <p>7. <i>Existe algum fator que deva alertar sobre potencial deslocamento transfronteiriço do agente, veículo ou hospedeiro?</i></p> <p>APRESENTAMOS, A SEGUIR, EXEMPLOS DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE PODEM PREDISPOR À PROPAGAÇÃO INTERNACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quando houver evidências de propagação local, um caso índice (ou outros casos relacionados) com antecedente, no mês anterior, de: <ul style="list-style-type: none"> - viagem internacional (ou o tempo equivalente ao período de incubação, caso o agente patogênico for conhecido) - participação em encontro internacional (peregrinação, evento esportivo, conferência, etc.) - contato próximo com viajante internacional ou com população altamente móvel. ✓ Evento causado por uma contaminação ambiental com potencial de propagação através de fronteiras internacionais. ✓ <input type="checkbox"/> Evento em área de tráfego internacional intenso, com capacidade limitada de controle sanitário, de detecção ambiental ou de descontaminação.
	<p>HÁ RISCO SIGNIFICATIVO DE PROPAGAÇÃO INTERNACIONAL? Responda "sim" caso você tiver respondido "sim" às perguntas 6 ou 7 acima.</p>



Risco de restrições internacionais?	IV. Há risco significativo de restrições ao comércio ou viagens internacionais?
	8. <i>Eventos similares no passado resultaram em restrições internacionais ao comércio e/ou viagens?</i>
	9. <i>Sabe-se ou suspeita-se que a fonte seja um produto alimentar, água ou qualquer outra mercadoria que possa estar contaminada e que tenha sido exportada para outros Estados ou importada de outros Estados?</i>
	10. <i>O evento ocorreu em associação com um encontro internacional ou em área de intenso turismo internacional?</i>
	11. <i>O evento gerou pedidos de maiores informações por parte de autoridades estrangeiras ou meios de comunicação internacionais?</i>
	HA RISCO SIGNIFICATIVO DE RESTRIÇÕES AO COMERCIO OU VIAGENS INTERNACIONAIS? Responda "sim" caso tiver respondido "sim" às perguntas 8, 9, 10 ou 11 acima.

Os Estados Partes que tiverem respondido "sim" à pergunta sobre se o evento satisfaz a dois dos quatro critérios (I-IV) acima deverão notificar a OMS, nos termos do Artigo 6 do Regulamento Sanitário Internacional.



8.3 ANEXO 3 – MODELO DE FORMULÁRIO PARA O CME

EVENTO

EVENTO:

DESCRIÇÃO SUSCINTA: (tempo, lugar e pessoa e fundamentação da relevância)

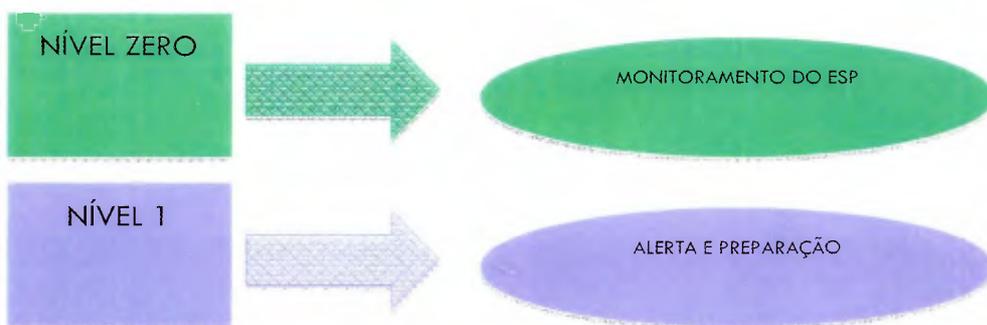
LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA:

MEDIDAS JÁ ADOTADAS:

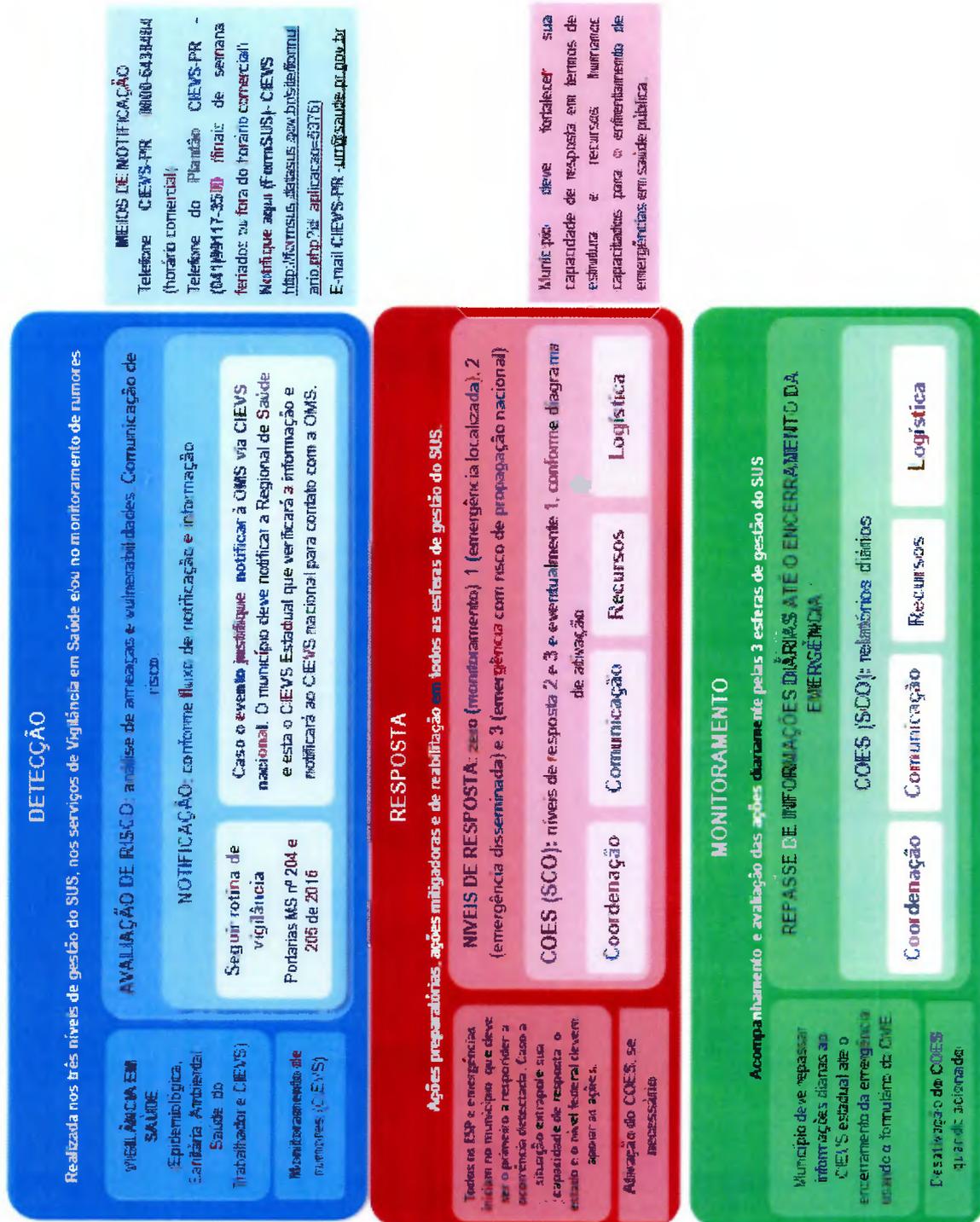
ENCAMINHAMENTOS:

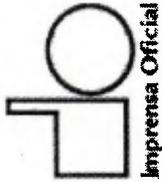


8.4 ANEXO 4 – RESPOSTA À EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA



8.5 ANEXO 5 – FLUXO DA RESPOSTA A EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA





Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Paraná - DIOE

Protocolo **59344/2018**
Título Resolução SESA nº 435/2018
Órgão SESA - Secretaria de Estado da Saúde
Depositário RAQUEL STEIMBACH BURGEL
E-mail RAQUEL@SESA.PR.GOV.BR
Enviada em 13/06/2018 11:29

 **Diário Oficial Executivo**

 Secretaria da Saúde

◆ Resolução-EX (Gratuita)

 435.18.rtf
47,60 MB

Data de publicação

 14/06/2018 Quinta-feira

Gratuita

Aprovada

13/06/18
11:32



Nº da Edição do
Diário: 10209

[Histórico](#)

TRIAGEM REALIZADA