

Secretaria de Estado da Saúde
Governo do Estado de São Paulo



Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas
Plano de Atendimento - Preparação Hospitalar

2012

Secretaria de Estado da Saúde
Giovanni Guido Cerri
José Manoel de Camargo Teixeira

Elaboração
Maria Cecília de Toledo Damasceno
Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde

Jorge Michel Ribera
Grupo de Resgate e Atendimento às Urgências da Secretaria Estadual da Saúde

SECRETARIA
DA SAÚDE



ÍNDICE

Introdução

Definições

Classificação Logístico-Operacional-Situacional

Curvas de Atendimento

Acionamento

Externo

 Centro de Operações do Bombeiro (COBOM)

 Outros ou equivalente

Interno

 Diretoria do Pronto Socorro

 Diretoria do Hospital

 Administração

 Enfermagem

 Etc.

Específico - Por equipes

 Administração

 Anestesia

 Assistente Social

 Assessoria de Imprensa

 Banco de Sangue - Fundação Pró Sangue - Hemocentro de São Paulo

 Cirurgia Geral/Trauma

 Cirurgia Plástica/Queimados

 Cirurgia Vasculuar

 Enfermagem

 Farmácia

 Laboratório

 Nutrição

 Emergências Clínicas/Clínica Médica

 Neurocirurgia

Ortopedia
Radiologia
Unidades de Terapia Intensiva
Etc.

Atribuições

Almoxarifado
Administração
Anestesia
Assessoria de Imprensa
Assistente social
Banco de Sangue
Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS)
Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) ou equivalente
Chefes das Equipes
Chefe de Plantão da Cirurgia
Central de Equipamentos
Centro de Operações do Bombeiro (COBOM) ou equivalente
Diretor Executivo
Diretor do Pronto Socorro
Diretores de outras áreas
Enfermagem
Farmácia
Laboratório
Nutrição
Emergência Clínica/Clinica Médica
Equipes Cirúrgicas
Equipe Terapia Intensiva
Equipe de Limpeza
Instituto Médico Legal (IML)
Plantão Controlador/Regulador ou equivalente
Plantão Policial
Radiologia

Registro

Segurança e Zeladoria

Etc.

Capacidade de Atendimento do Hospital

Níveis de Acionamento

Acionamento de Aparelhos Radiológicos

Ultrassom

Tomografia

Triagem Hospitalar

Heliponto (se houver)

Registro

Ficha de identificação

Familiares

Imprensa

Produtos Perigosos

Agentes Biológicos

Agentes Radioativos

Plano de Contingencia Interno

Anexos

Ramais úteis

INTRODUÇÃO

Desastres não seguem regras. Prever hora, local e número de vítimas, em geral, não é possível. A estruturação adequada prévia é crucial para um bom atendimento, pois independentemente da etiologia, as conseqüências médicas e na saúde pública podem ser impactantes, já que o aumento repentino da demanda pode trazer grande vulnerabilidade para o sistema de saúde. Desta forma, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo implanta em todos os seus hospitais um Plano de Atendimento a Desastres, estabelecendo regras de bom funcionamento em eventualidades deste tipo, respeitando particularidades de cada instituição. Objetiva-se que estas diretrizes de funcionamento minimizem o caos e a confusão, que frequentemente, se estabelecem durante este tipo de ocorrência.

DEFINIÇÕES

Catástrofe: segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é um fenômeno ecológico súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa. Médica é aquela situação em que as necessidades de cuidados médicos excedem os recursos imediatamente disponíveis, havendo a necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

Desastre: segundo a OMS é um fenômeno de causas tecnológicas de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa. Podem ser naturais (enchentes, furacões, terremotos) ou antropogênicos (atentados terroristas, acidentes aéreos). Médica é aquela situação em que as necessidades de cuidados médicos excedem os recursos imediatamente disponíveis, havendo a necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

Incidente com Múltiplas Vítimas (IMV) são aqueles eventos súbitos, que produzem um número de vítimas que levam a um desequilíbrio entre os recursos

médicos disponíveis e as necessidades, onde se consegue manter um padrão de atendimento adequado com os recursos locais. Ou como evento complexo que requer comando e controle agressivo e coerente, de maneira a fornecer cuidados às vítimas, também como evento de qualquer natureza que determine um maior volume de vítimas, em um pequeno lapso de tempo, de forma a comprometer os recursos habitualmente disponibilizados.

A Secretaria Nacional de Defesa Civil tem uma codificação para os desastres, ameaças e riscos no território nacional. São divididos em:

Desastres Humanos

- De natureza tecnológica.
- De natureza social.
- De natureza biológica.

Desastres Naturais

- De origem sideral.
- Relacionados com a geodinâmica terrestre externa.
- Relacionados com a geodinâmica terrestre interna

Mistos

- Relacionados com a geodinâmica terrestre externa.
- Relacionados com a geodinâmica terrestre interna.

Esta codificação pode ser vista na página da Defesa Civil (www.defesacivil.gov.br)

Também podem ser classificados por níveis de complexidade:

I - Controlável dentro da região. Serviços locais capazes de fornecer triagem, estabilização e transporte.

II - Excede a capacidade de resposta médica local. Requer auxílio regional.

III - Sobrepuja os recursos locorregionais, precisa de suporte estadual e federal.

Ou caracterizam-se as situações anormais em:

Desastre nível I: pequena intensidade ou acidente.

Desastre nível II: média intensidade.

Desastre Nível III: grande intensidade.

Desastre nível IV: muito grande intensidade.

CLASSIFICAÇÃO LOGÍSTICA-OPERACIONAL X SITUAÇÃO

O Grupo de Resgate e Atendimento às Urgências da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (GRAU/CAMU/SES) trabalha com uma classificação logística-operacional inserida no contexto situacional. É uma forma de abordagem mais específica ao cenário brasileiro, desenvolvida após atuação nas enchentes de São Luis do Paraitinga, Santa Catarina, Alagoas, Serra Fluminense. Também, nos acidentes aéreos, na queda do telhado da igreja e diversos simulados realizados.

Desastre GRAU I (IMV)

✓ Incidente em área de limites precisos e abordagem habitual, com a rede Hospitalar a menos de 30 minutos do foco e ambulâncias para o transporte suficientes, geralmente não necessitam de Posto Médico Avançado (PMA) Exemplo: incidentes com ônibus, deslizamentos etc. (incidentes em locais com agrupamento de pessoas ou de veículos coletivos).

Desastre - GRAU II (IMV)

✓ Incidente em área de limites precisos, porém com tempo prolongado de chegada à rede hospitalar (> 30 minutos), determinado pela distância, insuficiência de ambulâncias ou outro (queda de barreiras, trânsito excessivo, insuficiência de transporte, etc.). Neste caso é importante montagem de um PMA, centralizando a observação das vítimas e iniciando tratamento. Nestes casos a utilização de transporte aeromédico por asa rotativa tem grande valia.

Exemplo: desastres em estradas, área rural ou situações que determinem uma evacuação lenta das vítimas.

Desastre - GRAU III

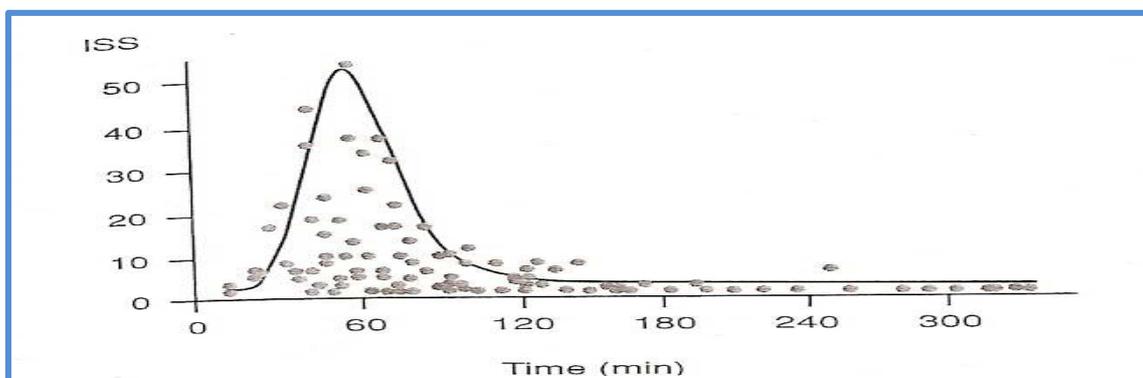
✓ Evento de dimensão ou disposição anormal, a ponto de determinar múltiplos incidentes críticos e não contíguos necessariamente. Impõe dispersão de equipes médicas próximas aos focos esparsos. A rede hospitalar pode ter dificuldade de acesso ou estrutura comprometida, podendo se fazer necessária a montagem de PMAs ou de Pronto Atendimento ou até Hospitais de Campanha, devido à necessidade de um período de atuação mais prolongado junto às populações ilhadas. Exemplo: enchentes e deslizamentos atingindo diversos núcleos urbanos, simultaneamente, gerando insuficiência de recursos gerais a populações (desde alimentação, comunicação e energia).

Desastre - GRAU IV

✓ Evento de proporções catastróficas, gerando vítimas em massa e determinando comprometimento da rede Hospitalar, por dano estrutural ou por excessiva demanda. Pode se fazer necessário a criação de hospitais de campanha e MASHs (Mobile Army Surgical Hospital), nas situações mais críticas. Exemplo: terremotos de alta magnitude.

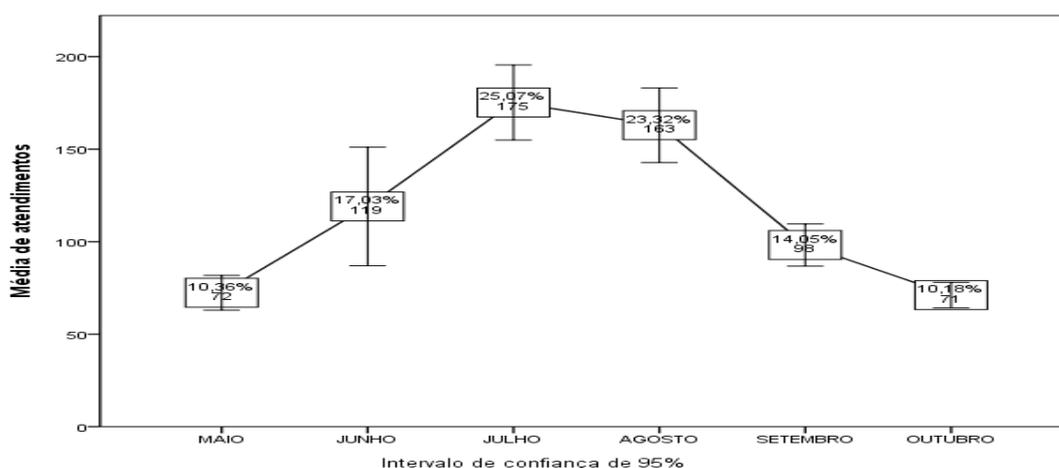
Ribera JM; Damasceno MCTD. Desastres, capítulo nº 2, Pronto Socorro, 2012, Editora Manole, no prelo.

CURVAS DE ATENDIMENTO



Curva característica em eventos traumáticos, onde o pico de atendimento hospitalar ocorre com uma hora após início do incidente.

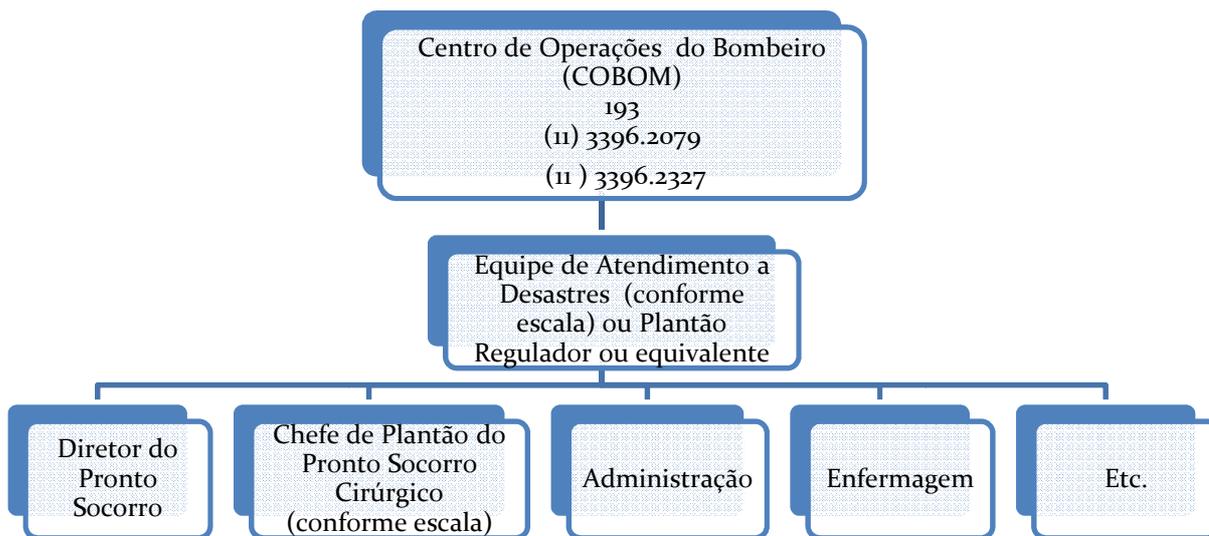
Asher Hirshberg; Michael Stein - Trauma Care in Mass Casualty Incident. Trauma, David Feliciano, sixth edition, 2008.



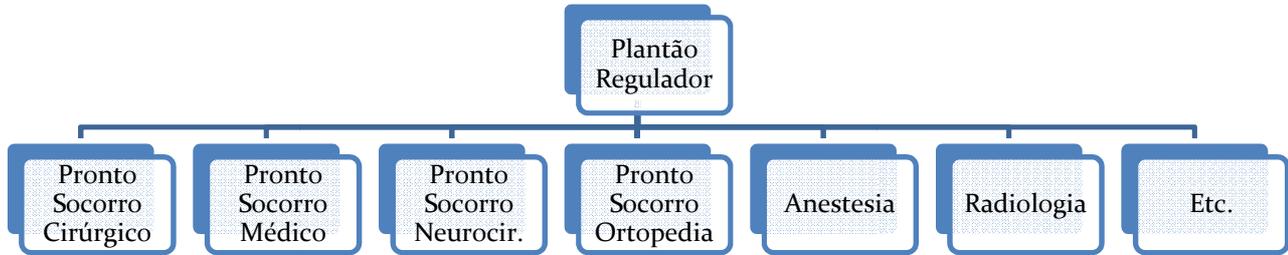
Curva apresentada durante o atendimento da Gripe H1N1 no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2009. O pico de atendimento deu-se com nove semanas de início dos primeiros quadros clínicos.

Ribera JM; Damasceno MCTD. Desastres, capítulo nº 2, Pronto Socorro, 2012, Editora Manole, no prelo.

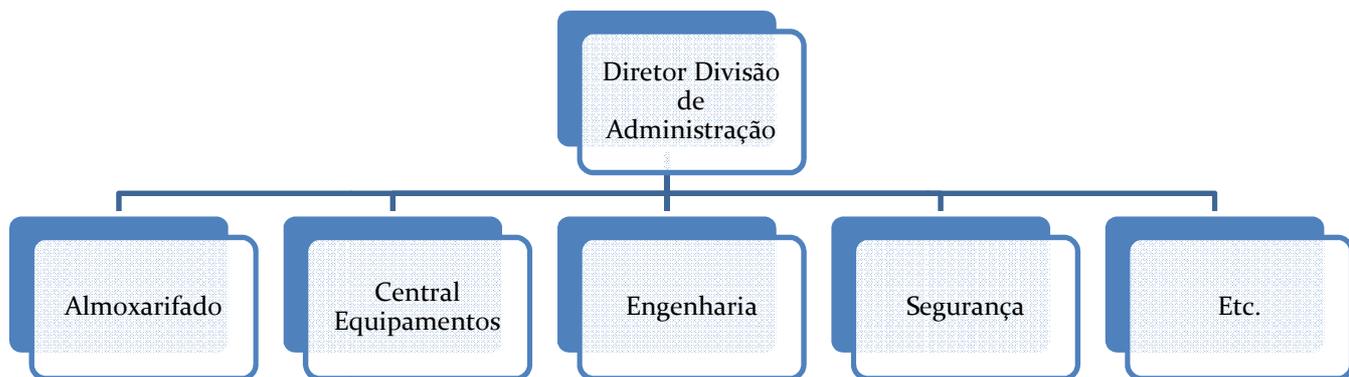
ACIONAMENTO GERAL
HOSPITAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO



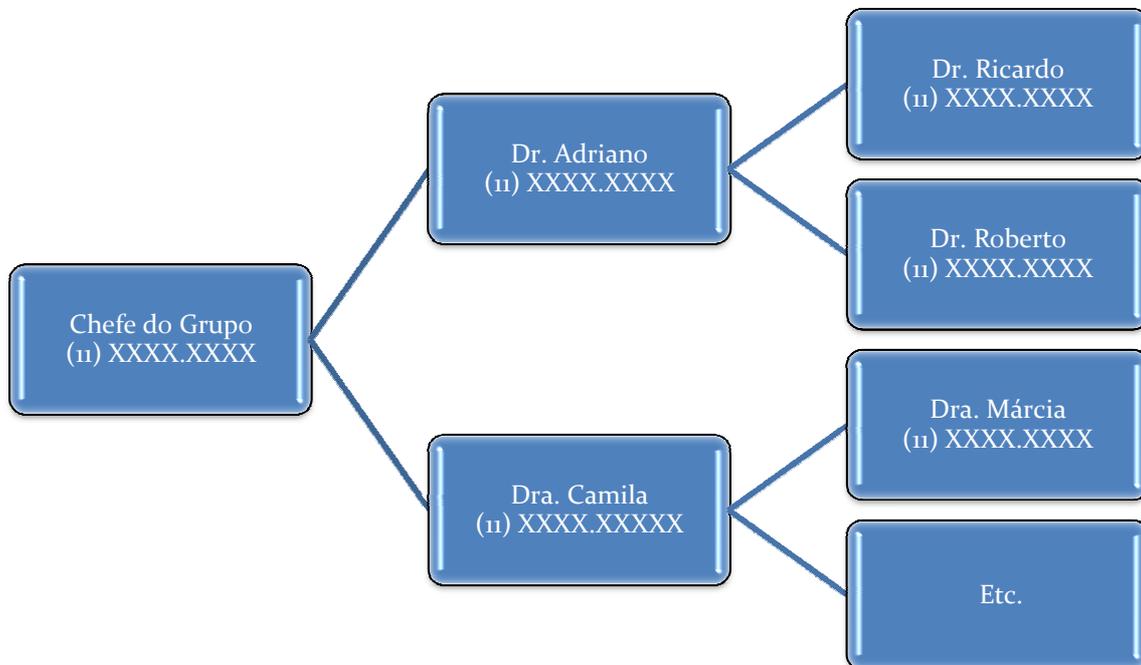
ACIONAMENTO ESPECÍFICO - EXEMPLO PLANTÃO REGULADOR



ACIONAMENTO ESPECÍFICO NO HOSPITAL - EXEMPLO ADMINISTRAÇÃO

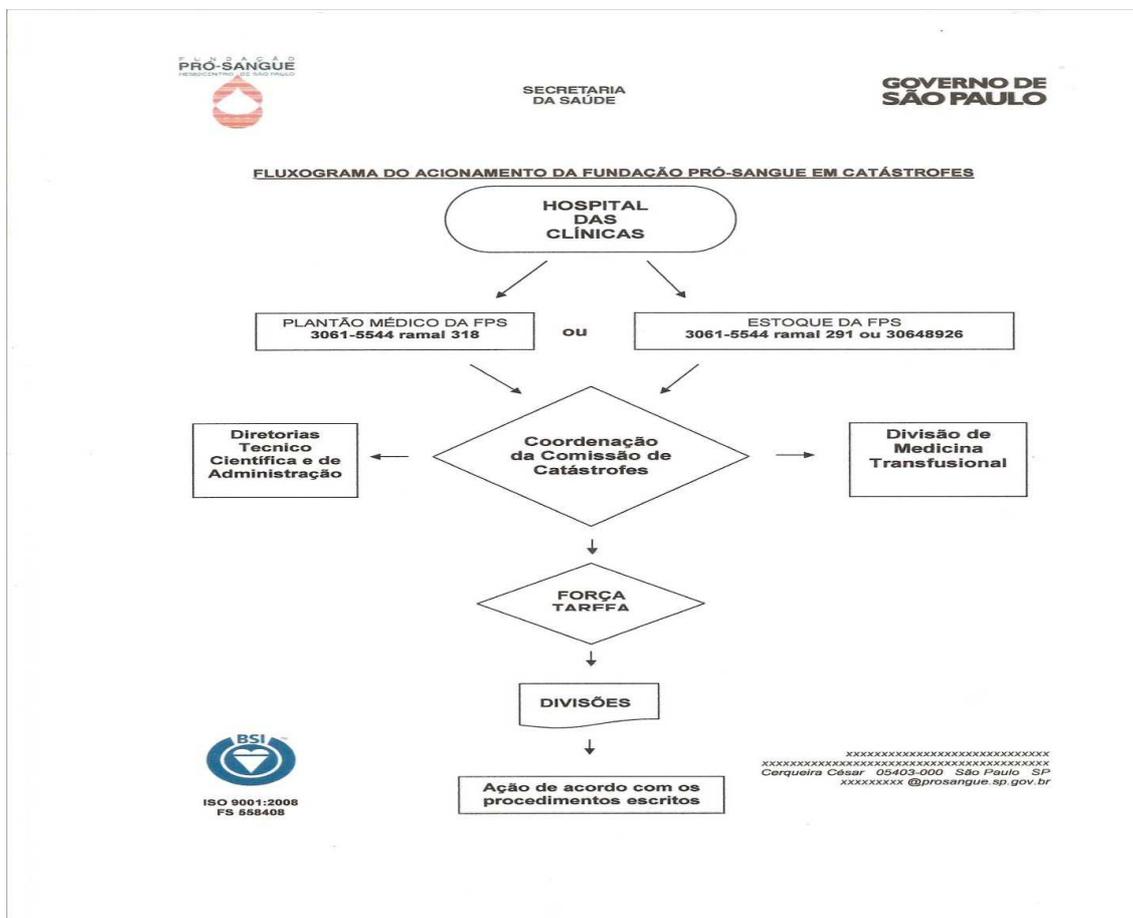


ACIONAMENTO POR EQUIPE NO HOSPITAL - EXEMPLO CIRURGIA GERAL



ACIONAMENTO BANCO DE SANGUE - FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE - HEMOCENTRO

Importante acertar detalhes internos no hospital. A Fundação Pró-Sangue tem acionamento interno próprio, com inserção em mídia para solicitação de doação, orientação de postos de coleta (que não devem ser dentro das estruturas hospitalares utilizadas para atendimento, a fim de evitar superlotação do local e de trânsito), e de voluntários de tipos raros de sangue.



ATRIBUIÇÕES - EXEMPLOS

Assessoria de Imprensa

- Recebe informação do Diretor Executivo, elabora o boletim.
- Interface com outros órgãos de imprensa, mantendo atualizada.

Assistente Social

- Interface com familiares para informação não médica.
- Auxilia na identificação das vítimas pelos familiares.

Banco de Sangue

- Liberação das bolsas solicitadas.
- Interface com o diretor do PS quanto à capacidade de absorver mais vítimas ou não.
- Acionamento do plano próprio para acolhimento de novos doadores e/ou transferência de insumos de outros postos de coleta.

CET ou equivalente

- Controle do tráfego nas imediações do hospital.
- Controle do número de viaturas a serem encaminhadas as imediações do hospital conforme Níveis de Criticidade.

Chefes das Equipes

- Acionamentos das respectivas equipes.
- Definição de papéis dentro das respectivas equipes.
- Interface com o Diretor do PS.
- Definição de um membro da equipe que possa manter o registro informado de cada atendimento.
- Não participa de nenhum atendimento, apenas gerencia a situação.

Chefe de plantão da cirurgia geral/ trauma

- Triagem sênior dos casos.
- Priorização dos casos mais graves.
- Controle de entrada médica de pacientes no centro cirúrgico.
- Interface com as outras equipes cirúrgicas.
- Define equipe médica de triagem e de heliponto.
- Não participa de nenhum atendimento, apenas gerencia a situação.

Central de Equipamentos

- Disponibilização imediata de equipamentos.
- Interface com o Diretor Executivo sobre a utilização de respiradores.
- Transporte de pacientes entre heliponto, centro cirúrgico, pronto socorro, terapia intensiva e enfermarias.

COBOM ou equivalente

- Estabelecimento do Nível de Criticidade.
- Interface permanente com o Platão Controlador.
- Aviso do transporte de vítimas via helicóptero.
- Acompanhamento do número de casos enviados.
- Interface permanente com a Polícia Militar, Civil, Metropolitana, SAMU e Defesa Civil.

CROSS

- Providencia leitos para transferência de pacientes para outros recursos.

Diretor Executivo

- Aprova o boletim para ser liberado para a imprensa.
- Interface com os diretores executivos dos outros institutos, para solicitação de insumos, leitos de UTI, salas de centro cirúrgico.
- Liberação de salas cirúrgicas eletivas.
- Bloqueio de cirurgias eletivas.
- Bloqueio de atendimento ambulatorial já agendado.
- Acionamento e interface com a Superintendência.

- Interface com o Diretor do PS.
- Interface com o Banco de Sangue para solicitação de doadores.
- Interface com a CIEQ para controle do número de respiradores

Diretor do Pronto Socorro

- Autoriza a evacuação do PS.
- Acionamento Registro.
- Acionamento da Assistente Social.
- Acionamento Diretor Executivo.
- Acionamento Diretor Clínico.
- Acionamento Posto Policial.
- Acionamento dos Diretores dos outros Institutos para bloqueio de transferência de pacientes.
- Responsável pelo estabelecimento das rotinas a serem seguidas.
- Interface permanente com o Plantão Controlador, Diretor Executivo, CROSS, equipes e serviços.
- Controle da capacidade de atendimento.
- Bloqueio do atendimento não relacionado.
- Interface com a Diretoria Clínica.
- Controle de fluxo de transferências internas e externas.

Divisão de Administração

- Acionamento e controle das equipes de segurança, zeladoria, limpeza, almoxarifado, elevadores e portaria.
- Acionamento do almoxarifado e CIEQ.
- Bloqueio de elevadores para transporte, entre heliponto, PS, Centro Cirúrgico e UTIs.
- Suporte de manutenção.
- Controle das redes elétricas, gases, e telefônica.
- Liberação dos materiais necessários aos atendimentos.
- Interface permanente com a Divisão de Enfermagem.

Divisão de Enfermagem

- Acionamento da equipe.
- Acionamento do Banco de Sangue.
- Acionamento da Divisão de Farmácia.
- Acionamento do Laboratório.
- Acionamento da Divisão de Nutrição.
- Definição de papéis dentro das respectivas equipes.
- Interface com o Diretor do PS e equipes médicas.
- Levantamento de leitos vagos de enfermagem.
- Solicitação de material ao almoxarifado.
- Controle do fluxo de pacientes ao centro cirúrgico.
- Controle de fluxo para enfermarias.
- Controle de fluxo para IML.

Divisão de Farmácia

- Disponibilização de medicamentos.
- Interface com a Divisão de Enfermagem.

Divisão de Nutrição

- Disponibilização de refeições aos pacientes e equipes médicas.
- Interface com a Divisão de Enfermagem.

Equipe Emergências Clínicas

- Atendimento para liberação de pacientes não relacionados a ocorrência.
- Atendimento das vítimas.

Equipes Médicas Cirúrgicas e Anestesia

- Atendimento das vítimas.
- Interface permanente com o respectivo chefe de equipe.

Equipe Terapia Intensiva

- Liberação de pacientes em condições de alta das respectivas UTI.

- Informação dos leitos vagos ao Diretor do PS.
- Atendimento das vítimas.

Equipe de Limpeza

- Mantém os locais de atendimento limpos.
- Interface com a Divisão de Administração.

IML

- Recebimento dos corpos para identificação.

Laboratório

- Realização de exames.
- Bloqueio de rotinas não relacionadas.
- Interface com a Divisão de Enfermagem quanto à demanda.

Plantão Controlador

- Inicia o acionamento geral.
- Acionamento específico equipes médicas.
- Interface permanente com o COBOM.
- Interface permanente com o CROSS.
- Interface com outros serviços da rede hierarquizada.

Plantão Policial

- Controle das ocorrências relacionadas.

Radiologia

- Acionamento dos outros tomógrafos do hospital.
- Realização de exames.
- Interface com diretor do PS quanto à capacidade de absorver mais vítimas.

Registro

- Identificação dos pacientes através de nomes, características físicas, vestimentas, fotografia da face.
- Alimentação da listagem de vítimas de forma permanente.

Segurança e Zeladoria

- Mantém as entradas livres, não permitindo o acesso de familiares ao pátio nem dentro do PS, assim como outras pessoas desconhecidas do serviço.
- Limita o acesso apenas aos profissionais envolvidos no atendimento.
- Permanece ao lado do assessor de imprensa durante a liberação de boletins, assim como da assistente social durante a identificação de vítimas pelos Familiares.
- Encaminhamentos dos familiares ao PAMB.
- Encaminhamento da imprensa ao Prédio da Administração.
- Controle do tráfego dentro o pátio.
- Permanência de uma equipe no heliponto.
- Bloqueio de elevadores para o transporte de vítimas do heliponto para o PS e PS centro cirúrgico.

Etc.

CAPACIDADE DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL

Em situações de desastres e incidentes com múltiplas vítimas esta capacidade depende especialmente no número de médicos disponíveis para atendimento, cirurgiões, anestesistas, enfermagem, número de salas cirúrgicas, número de ventiladores disponíveis, leitos de terapia intensiva disponível e local adequado para realizar o 1º atendimento. Outros pontos críticos são a capacidade da central de material em manter o abastecimento, incluindo a esterilização, o setor de radiologia conseguir realizar todos os exames, etc. Também, se sabe que numa situação de desastre (excluindo-se eventos pandêmicos) o pico de chegada de vítimas no hospital ocorre na 1ª hora após início da ocorrência, e que em torno de 40%, necessitam de procedimento cirúrgico. São dois cenários:

- Baixo volume: onde o Pronto Socorro não excede sua capacidade de atendimento.
- Alto volume: onde o Pronto Socorro excede sua capacidade de atendimento, necessitando de recursos adicionais, assim como outros locais de atendimento. Não dependendo, somente, da quantidade de vítimas que chegará ao hospital, mas da distribuição deste volume na linha do tempo. Geralmente 50% das vítimas alcançam o hospital mais próximo, na primeira hora (efeito geográfico). A melhor definição é dada por atendimento intacto X comprometido, ou seja para cada vítima que chega tenho equipe completa, leito para reanimação, vaga na tomografia, centro cirúrgico, e leito de UTI disponível. Uma vez estes recursos fiquem saturados, chegou-se na capacidade do hospital.

O Hospital XX dispõe de

- X salas cirúrgicas para emergências,
- X para cirurgias eletivas,
- X salas obstétricas,
- X leitos de Pronto Socorro e Terapia Intensiva
- X salas para reanimação com capacidade total de X pacientes.

- X ventiladores, lembrando que em média 10% destes estão em manutenção preventiva (interessante listar os respiradores).
- o gerador tem capacidade de funcionamento de X horas, com X litros de diesel, etc.

Em situações epidemiológicas, importante saber o número de leitos de isolamento, com pressão negativa, etc.

NÍVEIS DE ACIONAMENTO

Hospitais Universitários na Grande São Paulo, de nível terciário, devem trabalhar com os seguintes critérios:

- Criticidade 1: evacuação do PS, sem acionamento adicional de equipes. Conforme acordado com o COBOM, trabalha-se com a informação inicial de menos de 50 vítimas.
- Criticidade 2: evacuação do PS, com acionamento parcial das equipes. Conforme acordado com o COBOM, trabalha-se com a informação inicial de 50 a 100 vítimas. É necessária a criação de um Gabinete de Crise
- Criticidade 3: evacuação do PS, com acionamento completo das diversas equipes. Conforme acordado com o COBOM, trabalha-se com a informação inicial de mais de 100 vítimas. É necessária a criação de um Gabinete de Crise.

Hospitais de menor porte na Grande São Paulo, devem trabalhar com os seguintes critérios:

- Criticidade 1: evacuação do Pronto Socorro, sem acionamento adicional de equipes. Conforme acordado com o Centro de Operações do Bombeiro (COBOM - São Paulo), trabalha-se com a informação inicial de menos de 20 vítimas.
- Criticidade 2: evacuação do Pronto Socorro, com acionamento parcial das equipes. Conforme acordado com o COBOM, trabalha-se com a informação inicial de 21 a 30 vítimas.
- Criticidade 3: evacuação do Pronto Socorro, com acionamento completo das diversas equipes. Conforme acordado com o COBOM, trabalha-se com a informação inicial de mais de 30 vítimas. É necessária a criação de Gabinete de Crise.

Hospitais fora da região da Grande São Paulo devem estabelecer tal fluxo com o órgão que na sua região, chegue precocemente na cena do incidente, viabilizando a melhor logística e utilização dos recursos.

Em casos epidemiológicos recomenda-se a criação de Gabinete de Crise.

Ribera JM; Damasceno MCTD. Desastres, capítulo nº2, Pronto Socorro, 2012, Editora Manole, no prelo.

ACIONAMENTO DA RADIOLOGIA

Importante saber capacidade de exames por hora e por aparelho de tomografia e de ultrassom.

TRIAGEM HOSPITALAR

Objetivo desta triagem é confirmação da triagem prévia realizada pela equipe de pré-hospitalar. Deve ser realizada na entrada do Pronto Socorro, e composta por:

- X Cirurgião com experiência,
- X Enfermeiro com experiência,
- X Auxiliar de enfermagem,
- X Funcionário do registro.

Utilizar a classificação de risco START: vermelho, amarelo, verde e cinza (mortos). A distribuição dos locais de atendimento na planta do Pronto Socorro encontra-se abaixo para melhor divulgação entres as diversas equipes.



HELIPONTO - EXEMPLO

Os dados relativos ao heliponto estão abaixo, assim como o mapa de trajeto do mesmo até o Pronto Socorro.

Transcrição da: **PORTARIA DAC Nº 108/SIE, DE 19 DE JANEIRO DE 2001**

Registro do Heliponto Hospital das Clínicas (SP).

O CHEFE DO SUBDEPARTAMENTO DE INFRA-ESTRUTURA DO DEPARTAMENTO DE AVIAÇÃO CIVIL, nos termos do disposto da Instrução de Aviação Civil - IAC 4301 – Instrução para Autorização de Construção e de Registro de Aeródromos Privados, aprovada pela Portaria DAC nº 953/DGAC, de 14 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, de 02 de agosto de 2000, com fundamento na Lei nº 7565, de 19 de dezembro de 1986, que dispõe sobre o Código Brasileiro de Aeronáutica, e tendo em vista o que consta no Processo nº 07-01/94862/00, resolve:

Art. 1º. Registrar o heliponto privado abaixo, com novas características:

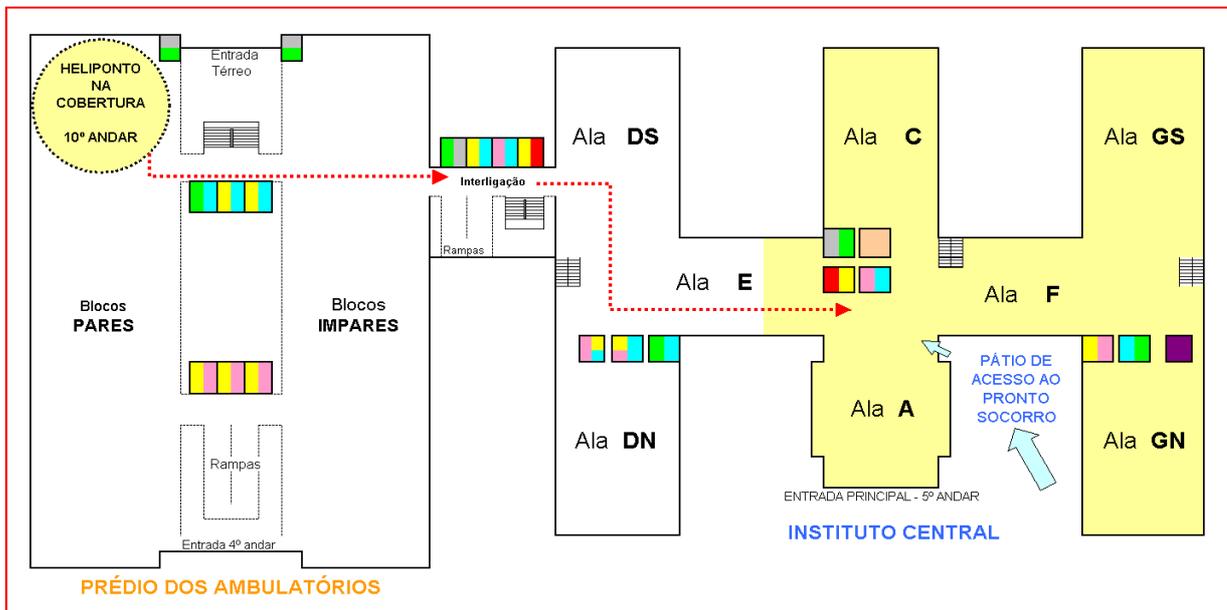
DADOS DO HELIPONTO:

- 1.1 Proprietário do heliponto: **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA – USP;**
- 1.2 Denominação do heliponto: **HOSPITAL DAS CLÍNICAS (SDKY);**
- 1.3 Tipo do heliponto: **ELEVADO;**
- 1.4 Município: **São Paulo;** 1.5 Unidade da Federação: **São Paulo;**
- 1.6 Latitude: **23° 33' 30" S;** 1.7 Longitude: **046° 40' 08" W;**
- 1.8 Elevação: **835,00 metros;**
- 1.9 Formato e dimensão da área de pouso e decolagem: **QUADRADO 21,00 METROS X 21,00 METROS;**
- 1.10 Natureza do piso: **CONCRETO;** 1.11 Resistência do pavimento: **3.000 KG;**
- 1.12 Condições operacionais: **VFR DIURNA / NOTURNA.**

Art. 2º. **A presente Portaria tem a validade de 05 (cinco) anos, a partir da data de sua publicação.**

Art. 3º. A presente Portaria revoga os registros anteriores deste heliponto.

MAPA DO TRAJETO HELIPONTO - PRONTO SOCORRO - EXEMPLO



REGISTRO

Deverá utilizar numeral distinto (do utilizado rotineiramente) para as vítimas específicas do desastre/incidente com múltiplas vítimas. E fotografar cada uma das vítimas, de forma que o reconhecimento inicialmente possa ser feito através de foto online.

Modelo de Ficha de identificação da Vítima

Vítima nº Classificação Vermelha Amarela Verde Cinza		Hora chegada
Nome	Características	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Não consciente
<input type="checkbox"/> Resgate <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Meios Próprios <input type="checkbox"/> Outros <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> (Especificar)	Telefone de contato - parentesco	Parente <input type="checkbox"/> Localizado Hora Hora Hora <input type="checkbox"/> Não localizado
Foto	Local onde permanece no hospital <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI _____ (Especificar)	Nome legível

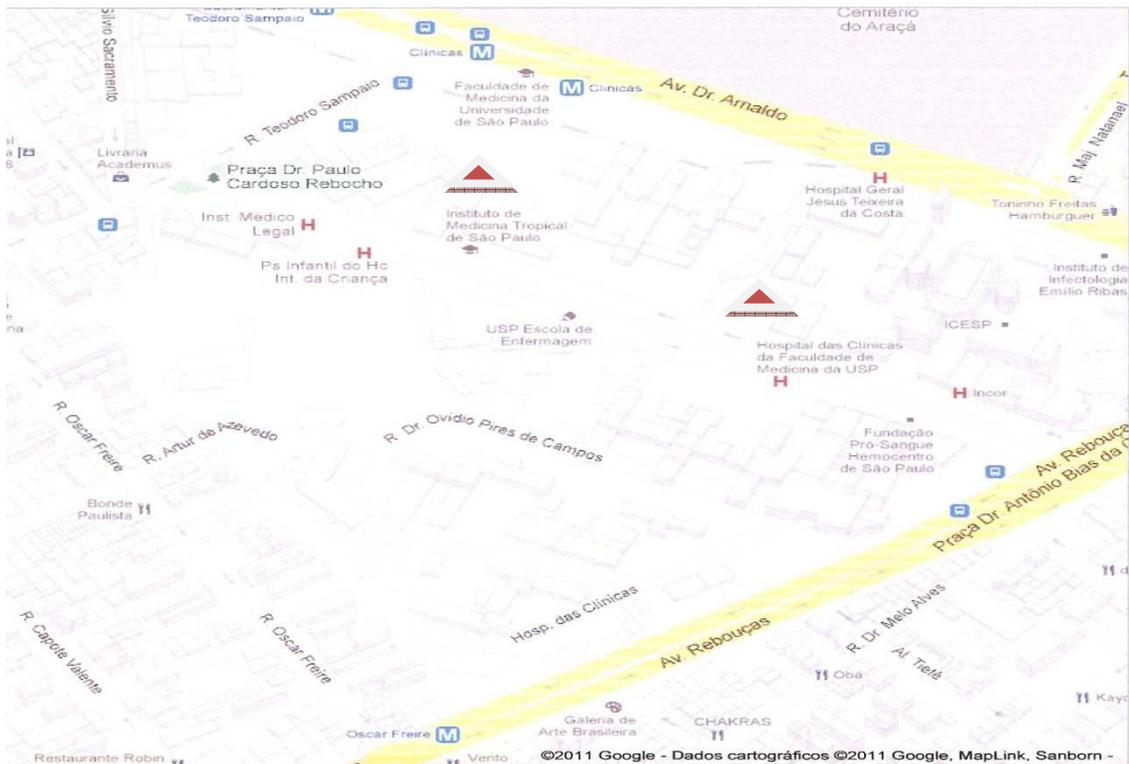
FAMILIARES

Deverão ser encaminhados ao lugar XX. Reconhecimento inicial, durante a fase de atendimento das vítimas deverá ser feito preferencialmente, através de fotografia, evitando-se a entrada destes nos locais de atendimento, e deslocamento de equipe médica. Atente-se a questão do sigilo médico.

IMPRENSA

Deverão ser encaminhados ao lugar XX.

As viaturas dos veículos de imprensa deverão ficar no lugar XX.



Links das emissoras



PRODUTOS PERIGOSOS

Em caso de contaminação por produtos perigosos, a descontaminação deverá ser feita em área externa ao Pronto Socorro. A listagem dos produtos e as recomendações para manuseio é encontrada na página da CETESB (www.ceteb.sp.gov.br). Procurar “Gerenciamento de Riscos” e depois “Manual de Produtos Químicos”.

AGENTES BIOLÓGICOS

O preparo poderá ser feito para duração de semanas ou meses, a exemplo do realizado durante o surto de da gripe H1N1, sendo necessária a criação de Gabinete de Crise. Ou como desastres mesmo, no caso de terrorismo com antraz, botulismo, etc.

No caso de agentes biológicos, a exposição pode ser inalatória, oral ou transdérmica.

Antraz: inalação dos esporos. Período de incubação de 1 a 6 dias. Quadro clínico: febre, fadiga, tosse, dor torácica, cianose, insuficiência respiratória, choque, etc.

Aparecimento dos sintomas, em geral, 24 a 28 horas pós-exposição. Achados clínicos: meningite, derrame plural, alargamento de mediastino, etc. Suporte ventilatório muitas vezes necessário. Profilaxia no caso de inalação: ciprofloxacino 500 mg via oral 2x dia, amoxicilina 500 mg 3x dia ou doxiciclina 100 mg via oral 2x dia por 8 semanas, no caso de indivíduos vacinados por 4 semanas. Tratamento no caso de inalação: ciprofloxacino 400 mg endovenoso de 12/12 horas. Alternativas são gentamicina, eritromicina, etc. O profissional envolvido no atendimento não deverá ser portador de ferimentos, queimaduras, imunodeficiências ou imunossupressão. Não deverá usar relógio, anel, colares, etc. Deverá portar EPI (avental descartável, luva descartável de látex, óculos e máscara de proteção).

Botulismo: geralmente oral, podendo ser inalatória também. Quadro clínico: paralisia simétrica descendente flácida afebril. Ptose, diplopia, borramento visual, disfagia e disfonia. Tratamento suporte ventilatório associado ao uso de antitoxina.

Peste: são três as formas clínicas, bubônica, pneumônica, e septicêmica primária. Geralmente inalatória. Quadro clínico da bubônica: febre alta, fadiga, dor em linfonodos, choque, CIVD, trombose, etc. Pneumônica: febre alta, cefaléia, mialgia, hemoptise e toxemia. Em geral, 2 a 3 dias de incubação. Rápida evolução para insuficiência respiratória aguda e diátese hemorrágica. Profilaxia: doxiciclina 100 mg via oral 2x dia. Por 7 dias. Alternativas: ciprofloxacino,

tetraciclina, etc. Tratamento: ciprofloxacino 400 mg endovenoso de 12/12 horas, ou estreptomicina ou gentamicina. Suporte ventilatório e circulatório. NO caso pneumônico a vítima deverá ser mantida em isolamento restrito até completar-se 48 horas após a introdução do tratamento com antibióticos. Seguir as normas de precauções entéricas.

Ricino: inalatório, em 8 horas, em geral, quadro grave de insuficiência respiratória. Se ingerido graves sintomas gastrointestinais e colapso circulatório. Não há vacina ou profilaxia disponível. Tratamento suporte ventilatório e circulatório.

Cólera: incubação de 2 a 3 dias. Contaminação, tanto por via oral como por inalação. Tratamento: tetraciclina 500 mg via oral por 3 dias, ou doxiciclina 300 mg via oral dose única, etc.

Variola: incubação de 7 a 19 dias. Quadro clínico: febre, fadiga, cefaléia, vômitos e erupções em face e extremidades (máculas, pápulas, pústulas). Profilaxia: re ou vacinação imediata. Tratamento: suporte clínico.

Há necessidade de isolamento. Os profissionais envolvidos devem ser vacinados e utilizarem equipamento de proteção padrão e máscara tipo NR-95.

Tularemia: em geral, transmissão por inoculação da pele ou mucosas, por ingestão ou por inalação. São três formas clínicas: pleuro-pulmonar, (pneumonia severa), úlcero-ganglionar (linfadenopatia, febre, cefaléia, etc.) e tifoídico (febre, fadiga, prostração, dor abdominal, etc.). Profilaxia: ciprofloxacino 500 mg via oral 2x dia por 15 dias, ou doxiciclina ou tetraciclina. Tratamento: estreptomicina, gentamicina ou ciprofloxacino.

O Regulamento Internacional Sanitário pode ser consultado (www.anvisa.com.br).

AGENTES RADIOATIVOS

A vítima deverá ser isolada, se houver leito apropriado, como aqueles reservados a utilização pós uso de iodo radioativo. E acionar imediatamente o IPEN (Instituto de Pesquisas Energéticas - Travessa R, nº 400, Cidade Universitária, São Paulo, São Paulo) 11 3133.9000 11 9982.3860, cuja equipe se deslocará até o local para avaliação específica da vítima. Os cuidados médicos não devem ser retardados até a chegada desta equipe.

PLANO DE CONTINGENCIA – EXEMPLO

Objetivo: orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações de como tratar rapidamente as consequências dos eventos críticos e inesperados, impedindo danos, perdas ou descontinuidade de processos.

Procedimentos:

Ocorrência	Ação	Contato	Responsável	Outros Contatos
Falta de Energia Elétrica	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar imediatamente a Oficina Elétrica. - Aguardar atendimento de profissional especializado 	Ramal X ou Bip X	Técnico Operacional, plantonista da Oficina Elétrica	<ul style="list-style-type: none"> Ramal X ou X Zeladoria Ramal X Div. Enfermagem
Problemas com Hidráulica	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar imediatamente a Oficina Hidráulica - Aguardar atendimento de profissional especializado - Somente desligar o equipamento se houver rompimento na tubulação (vazamento aparente) 	Ramal X ou Bip X	Técnico Operacional, plantonista da Oficina Hidráulica	<ul style="list-style-type: none"> Ramal X ou X. Zeladoria Ramal X Div. Enfermagem
Problemas com Mecânica	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar imediatamente a Oficina Mecânica - Aguardar atendimento de profissional especializado 	Ramal X ou Bip X	Técnico Operacional, plantonista da Oficina Mecânica	<ul style="list-style-type: none"> Ramal X Zeladoria Ramal X Div. Enfermagem

Etc.

ANEXO - RAMAIS ÚTEIS

Lembrar-se de criar redundância de sistema nos locais críticos (pronto socorro, centro cirúrgico, radiologia, etc.). Mais de uma forma de comunicação.

REFERENCIAS

Ribera JM, Damasceno MCTD - Desastres, capítulo nº 2, Pronto Socorro, 2012, Editora Manole, no prelo.

Koenig KL, Schultz's CH. Disaster Medicine. Comprehensive Principles and Practices. Cambridge University Press, 2010.

Disaster Management and Emergency Preparedness Course. American College of Surgeons, 2011.

Feliciano DV, Mattox KL, Moore EE. Trauma, 6º edition, 2008.