ATENDIMENTO A DESASTRES E INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

- 2013 -
Soraya Soubhi Smaili  
Reitora  
Universidade Federal de São Paulo

Rubens Belfort Jr  
Presidente  
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Ronaldo Ramos Laranjeira  
Vice-Presidente  
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Conselho Gestor do Hospital São Paulo / Hospital Universitário

Flávio Faloppa  
Angelo Amato Vincenzo de Paola  
Denise de Freitas  
Heimar de Fatima Marin  
José Luiz Gomes do Amaral  
José Osmar Medina de A. Pestana  
Paulo Augusto de Lima Pontes  
Valdemar Ortiz

Diretoria do Hospital São Paulo / Hospital Universitário

José Roberto Ferraro  
Diretor Superintendente

Marcelo Nascimento Burattini  
Diretor Técnico

Milton Harumi Miyoshi  
Diretor Clínico

Maria Isabel Sampaio Carmagnani  
Diretora de Enfermagem

Marcelo C. Esteves dos Santos  
Diretor Administrativo
PROTOCOLO INSTITUCIONAL: ATENDIMENTO A DESASTRES E INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>MACROPROCESSO:</th>
<th>Assistência</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROCESSO GERAL:</td>
<td>Atendimento Multiprofissional</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCESSO ESPECÍFICO:</td>
<td>Pronto Socorro Geral, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Unidades de Terapia Intensiva.</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBPROCESSO (último nível):</td>
<td>DESCRIPTOR: regulação, desastre, incidente, vítima, urgência, emergência, trauma, acionamento, estabilização, transferência.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>ELABORAÇÃO ( desta versão )</th>
<th>Elaborado por:</th>
<th>Revisado por:</th>
<th>Aprovado por:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Milton Scalabrini</td>
<td>Gaspar de Jesus Lopes Filho</td>
<td>José Roberto Ferraro</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aécio Flávio Teixeira Góis</td>
<td>Simone de Campos Vieira Abib</td>
<td>Marcelo Nascimento Burattini</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fernando César Alves Fernandez</td>
<td></td>
<td>Milton Harumi Miyoshi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Francisco Estivallet Finamor Júnior</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nazaré Ribeiro</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gustavo Machado Barros</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Sumário

1. INTRODUÇÃO ..............................................................................................................................06
2. DEFINIÇÕES .................................................................................................................................06
3. CLASSIFICAÇÃO ............................................................................................................................06
4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO LOCAL DO EVENTO E O TRANSPORTE .........................................................................................08
   4.1. CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA TRIAGEM PRÉ-HOSPITALAR ....................................................08
   4.1.1. S.T.A.R.T. – SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT ......................................................08
   4.1.2. C.R.A.M.P. – CIRCULAÇÃO, RESPIRAÇÃO, ABDOME, MOTRICIDADE, PALAVRA ......................09
5. PLANO DE ATIVAÇÃO HOSPITALAR PARA ATENDIMENTOS A DESASTRES E INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS DO HOSPITAL SÃO PAULO ......................................................11
   5.1. DEFINIÇÃO DAS ÁREAS ENVOLVIDAS E CAPACIDADE DE TRATAMENTO ..........................................11
   5.1.1. ÁREAS DE ACESSO ..........................................................................................................................11
   5.1.2. ÁREA DE TRIAGEM HOSPITALAR E DESCONTAMINAÇÃO INICIAL .....................................................12
   5.1.3. ÁREAS DE ATENDIMENTO INICIAL ....................................................................................................12
   5.1.4. ÁREAS DE TRATAMENTO DEFINITIVO ............................................................................................12
   5.1.5. ÁREAS DE APOIO DIAGNÓSTICO .....................................................................................................12
   5.1.6. ÁREAS DE APOIO TERAPÊUTICO ....................................................................................................13
   5.2. ATIVAÇÃO INICIAL .........................................................................................................................13
   5.2.1. ACIONAMENTO DO HOSPITAL SÃO PAULO .................................................................................13
   5.2.2. ACIONAMENTO INTERNO ..............................................................................................................14
   5.2.2.1. VIA ADMINISTRATIVA ................................................................................................................15
   5.2.2.2. VIA OPERACIONAL ....................................................................................................................17
   5.3. PREPARAÇÃO INICIAL .....................................................................................................................19
1. 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 consequências médicas e na saúde pública podem ser impactantes, já que o aumento repentino da demanda pode trazer grande vulnerabilidade para o sistema de saúde.

O Hospital São Paulo, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e do Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e ciente da sua extrema importância como executor e articulador do sistema de saúde, apresenta o seu Protocolo Institucional de Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas.

2. DEFINIÇÕES

A Secretaria Nacional da Defesa Civil, órgão central do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), define desastre como o resultado de evento adverso, natural ou provocado pelo homem, sobre um ecossistema (vulnerável), causando danos humanos, materiais e/ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais.

O Manual de Regulação Médica das Urgências (Ministério da Saúde) caracteriza o Acidente com Múltiplas Vítimas como um evento súbito no qual ocorre um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a capacidade de atendimento.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no esforço de implantação dos Planos de Atendimento Hospitalar a Desastres, optou pela denominação de Incidente com Múltiplas Vítimas (IMV).

3. CLASSIFICAÇÃO

## Tabela 1: Classificação logística – operacional x situação dos desastres e incidentes com múltiplas vítimas

<table>
<thead>
<tr>
<th>DESASTRE GRAU I (IMV)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Incidente em área de limites precisos e abordagem habitual.</td>
<td>Rede hospitalar a menos de 30 minutos do foco e ambulâncias para o transporte suficientes.</td>
</tr>
<tr>
<td>Geralmente não necessita de Posto Médico Avançado (PMA).</td>
<td>Exemplo: incidente com ônibus, deslizamentos, etc. (incidentes em locais com agrupamento de pessoas ou de veículos coletivos).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DESASTRE GRAU II (IMV)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Incidente em área de limites precisos.</td>
<td>Rede hospitalar a mais do que 30 minutos do foco, determinado pela distância, insuficiência de ambulâncias ou outro (queda de barreiras, trânsito excessivo, insuficiência de transporte, etc.).</td>
</tr>
<tr>
<td>Importante considerar a montagem de um PMA, centralizando a observação das vítimas e iniciando tratamento. Transporte aeromédico por asa rotativa tem grande valia.</td>
<td>Exemplo: desastres em estradas, área rural ou situações que determinem uma evacuação lenta das vítimas.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DESASTRE GRAU III</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Evento de dimensão ou disposição anormal, a ponto de determinar múltiplos incidentes críticos e não contíguos necessariamente.</td>
<td>Impõe dispersão de equipes médicas próximas aos focos esparso.</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>Exemplo: enchentes e deslizamentos atingindo diversos núcleos urbanos, simultaneamente, gerando insuficiência de recursos gerais a populações (desde alimentação, comunicação e energia).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DESASTRE GRAU IV</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Evento de proporções catastróficas, gerando vítimas em massa e determinando comprometimento da rede hospitalar, por dano estrutural ou por excessiva demanda.</td>
<td>Pode se fazer necessário a criação de hospitais de campanha e MASHs (Mobile Army Surgical Hospital), nas situações mais críticas.</td>
</tr>
<tr>
<td>Exemplo: terremotos de alta magnitude.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 1: Classificação logística – operacional x situação dos desastres e incidentes com múltiplas vítimas
4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO LOCAL DO EVENTO E O TRANSPORTE

O atendimento a situações de desastres passa por várias fases. A fase inicial caracteriza-se por uma desorganização total, com vítimas chegando ao hospital sem terem sido submetidas à triagem ou tratamento pré-hospitalar. Da mesma maneira que o setor de atendimento pré-hospitalar levará um período de tempo para conseguir acionar e montar toda a sua estrutura no local do desastre, o setor hospitalar também deverá preparar-se para acionar e montar toda a sua estrutura própria. Mas, enquanto isso não ocorre, devemos nos preparar para iniciar uma triagem e atender às vítimas que chegarem, apenas com a equipe de plantão, até que toda a estrutura seja montada. Para tal, torna-se necessário que a equipe esteja familiarizada com os métodos de triagem (S.T.A.R.T. e C.R.A.M.P.S) e tenha sido treinada no atendimento inicial de acordo com os princípios do S.A.V.T./ A.T.L.S.

4.1. CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A TRIAGEM PRÉ-HOSPITALAR

O conceito de triagem é de importância capital no atendimento a desastres exatamente por se tratar de uma situação em que a demanda ultrapassa a capacidade assistencial.

O critério de classificação por cores na triagem é aceito internacionalmente e utilizado tanto para simulações como para o atendimento real das vítimas de desastre. A classificação S.T.A.R.T. não distingue mortos evidentes de críticos inviáveis, como faz a classificação C.R.A.M.P. a seguir.

4.1.1. S.T.A.R.T. – SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT

O fluxograma (Figura 1) foi criado nos Estados Unidos, na Califórnia, e tem por objetivo classificar as vítimas por critério de gravidade em quatro cores (verde, amarela, vermelha e preta). Não distingue vítimas fatais de críticos inviáveis. Existe uma variação de cores em relação às vítimas mortas: em alguns países se usa a cor cinza ou laranja. Este método pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde, por bombeiro ou por leigos, desde que devidamente treinados.
SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT

DEAMBULA PFOUIFNAS

RESPIRA?

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

ENCHIMENTO CAPILAR?

RESPONDE A ORDENs

RESPIRA?

POSICIONAR VIA AÉREA

VERDE

VERMELHO

AMARELO

ÓBITO

SIM

NÃO

SIM

NÃO

< 30 ipm

> 30 ipm

< 2 s

> 2 s

NÃO

SIM

NÃO

RESPONDE A ORDENs
4.1.2. C.R.A.M.P. – CIRCULAÇÃO, RESPIRAÇÃO, ABDOME, MOTRICIDADE, PALAVRA

Este fluxograma (Tabela 2) deve ser utilizado, preferencialmente, por profissionais da área de saúde, pois envolve conhecimentos de fisiologia e anatomia. Ele possibilita uma classificação mais fina da vítima. São atribuídos escores que variam de 0 a 2 para cada um dos cinco itens da classificação.

Estes valores são posteriormente somados e correlacionados então com a cor correspondente ao valor total obtido (Tabela 3). A classificação final resulta na distribuição das vítimas na mesma categoria do fluxograma S.T.A.R.T..
<table>
<thead>
<tr>
<th>PONTOS</th>
<th>CIRCULAÇÃO</th>
<th>RESPIRAÇÃO</th>
<th>ABDOME</th>
<th>MOTRICIDADE</th>
<th>PALAVRA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>Pulso 60 – 100</td>
<td>Respiração normal</td>
<td>Não comprometido</td>
<td>Normal (Obedece a ordens)</td>
<td>Normal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Enchimento capilar normal</td>
<td>Tórax não comprometido</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PAS &gt; 100</td>
<td>FR 10 – 36</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Pulso &gt; 100 ou &lt; 60</td>
<td>Respiração anormal</td>
<td>Comprometido</td>
<td>Responta motora somente à dor</td>
<td>Confuso e incoerente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Enchimento capilar lento</td>
<td>(dispneia, respiração abdominal, obstrução de</td>
<td>Traumatismo fechado ou</td>
<td></td>
<td>Decorticação</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PAS 100 – 85</td>
<td>via aérea)</td>
<td>contusão</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Tórax instável, ferida</td>
<td>Ferida penetrante em</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>penetrante de tórax ou de</td>
<td>abdomen ou pelve</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>pescoço ou axila</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>FR &gt;36 ou &lt;10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>Sem pulso</td>
<td>Respiração ausente ou agônica</td>
<td>Abdome aberto ou rígido</td>
<td>Não há resposta à dor</td>
<td>Ausência de palavra</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Não há enchimento capilar</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ferida penetrante de</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PAS &lt;85</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>crânio</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Descerebração</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 2: C.R.A.M.P. – Critérios de pontuação dos achados no exame inicial.

<table>
<thead>
<tr>
<th>PONTOS</th>
<th>CARTÃO</th>
<th>SIGNIFICADO</th>
<th>PRIORIDADE DE EVACUAÇÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Branco</td>
<td>MORTOS</td>
<td>QUINTA</td>
</tr>
<tr>
<td>0 – 1</td>
<td>PRETO</td>
<td>CRÍTICOS NÃO RECUPERÁVEIS</td>
<td>TERCEIRA</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Lesão muito grave com risco de vida nos próximos 5 – 15 minutos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 – 6</td>
<td>VERMELHO</td>
<td>CRÍTICOS RECUPERÁVEIS</td>
<td>PRIMEIRA – IMEDIATA</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Lesão com risco à vida nas próximas 2 horas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7 – 8</td>
<td>AMARELO</td>
<td>PODE AGUARDAR</td>
<td>SEGUNDA</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Lesão sem risco à vida nas próximas 24 horas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9 – 10</td>
<td>VERDE</td>
<td>PODE AGUARDAR</td>
<td>QUARTA</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Lesão leve ou sem lesão</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 3: C.R.A.M.P. – Classificação das vítimas de acordo com os pontos.
5. **Plano de Ativação Hospitalar para Atendimentos a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas do Hospital São Paulo**

Em situações de desastre, geralmente o atendimento médico começa no local do desastre. Isto inclui triagem inicial, remoção das vítimas, descontaminação (se necessário) e tratamento inicial. Os serviços de emergência serão o local do início do tratamento definitivo.

O Plano de Ativação Hospitalar para Atendimento a Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas do Hospital São Paulo delineia, em um primeiro momento, uma sistematização inicial das várias áreas, unidades e departamentos em situações de desastres e incidentes com múltiplas vítimas.

### 5.1. Definição das Áreas ENVOLVIDAS e Capacidade de Tratamento

#### 5.1.1. Áreas de Acesso

- **Pré-Hospitalar Móvel:**
  - Pronto Socorro Geral do HSP, 1º andar do Edifício Jairo Ramos (acesso pela Rua Pedro de Toledo, 720, Vila Clementino)
  - Pronto Atendimento do HSP, Térreo do Edifício Jairo Ramos (acesso pela Rua Napoleão de Barros, 771, Vila Clementino)

- **Inter-Hospitalar:**
  - Térreo da Ala C do HSP (acesso pela Rua Napoleão de Barros, 737, Vila Clementino)

Figura 2: Mapa de localização do Pronto Socorro Geral do Hospital São Paulo
5.1.2. ÁREA DE TRIAGEM HOSPITALAR E DESCONTaminação INICIAL

- Área de Triagem Hospitalar: Recepção e Saguão de Espera do Pronto Socorro Geral
- Área de Descontaminação: a definir

5.1.3. ÁREAS DE ATENDIMENTO INICIAL

- Área Vermelha: Sala de Emergências Cirúrgicas, Sala de Emergências Clínicas e Sala de Emergências Pediátricas, 1º andar do Edifício Jairo Ramos
- Área Amarela: Unidade de Observação PS Adulto, 1º andar do Edifício Jairo Ramos
- Área Verde: PA HSP, Térreo do Edifício Jairo Ramos
- Área Real: Sala de Sutura e Curativos, 1º andar do Edifício Jairo Ramos

5.1.4. ÁREAS DE TRATAMENTO DEFINITIVO

- Pronto Socorro Geral:
  - UTI Adultos 08 leitos
  - U Semi-Intensiva Adultos 08 leitos
  - UI Adultos 10 leitos (+ 2 leito de isolamento)
  - U Semi-Intensiva Pediatria 02 leitos
  - UI Pediatria 12 leitos
- Unidades de Terapia Intensiva:
  - UTI Geral 14 leitos
  - UTI Neurocirurgia 09 leitos
  - UTI Cardiologia em reforma
  - UTI Pneumologia 06 leitos
  - UTI Clínica Médica 05 leitos
  - UTI Pediátrica 09 leitos
- Unidades de Internações das Especialidades

5.1.5. ÁREAS DE APOIO DIAGNÓSTICO

- Medicina Laboratorial:
  - Laboratório Central
- Diagnóstico por Imagem:
  - Radiologia
  - Tomografia Computadorizada
- Ressonância Magnética
- Ultrassom
- Procedimentos Endoscópicos
  - Respiratórios
  - Digestivos
- Outros serviços diagnósticos
  - Métodos diagnósticos em Cardiologia
    - Eletrocardiograma
    - Hemodinâmica
  - Métodos diagnósticos em Neurologia
    - Liquor

5.1.6. ÁREAS DE APOIO TERAPÊUTICO

- Centro Cirúrgico
- Centro Obstétrico
- Agência Transfusional
- Farmácia Satélite
- Serviço de Nutrição e Dietética

5.2. ATIVAÇÃO INICIAL

5.2.1. ACIONAMENTO DO HOSPITAL SÃO PAULO

A partir de acordo prévio com o Centro de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM), a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo definiu que os Hospitais Universitários da Grande São Paulo devem trabalhar, a partir das informações iniciais, com os seguintes critérios (Tabela 4):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Número de vítimas</th>
<th>Nível de Acionamento</th>
<th>Estrutura</th>
<th>Adequações à Situação de Contingência</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 50</td>
<td>1</td>
<td>Área</td>
<td>Evacuação do Pronto Socorro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pessoal</td>
<td>Não há necessidade de acionamento adicional</td>
</tr>
<tr>
<td>50 – 100</td>
<td>2</td>
<td>Área</td>
<td>Evacuação do Pronto Socorro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pessoal</td>
<td>Acionamento parcial das equipes</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 100</td>
<td>3</td>
<td>Área</td>
<td>Evacuação do Pronto Socorro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pessoal</td>
<td>Acionamento completo das equipes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 4: Níveis de acionamento e adequações à situação de contingência
A comunicação do desastre na Grande São Paulo deverá ser feita pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ao médico-plantonista do Plantão Controlador Universitário (PCU) do Hospital São Paulo, informando necessariamente as características sobre o evento:

- Tipo;
- Local;
- Horário;
- Descrição do evento;
- Estimativa do número de vítimas;
- Meios de transporte utilizados no APH;
- Nível de acionamento; e
- Tempo de chegada da primeira vítima.

### 5.2.2. ACIONAMENTO INTERNO

A comunicação interna do Hospital São Paulo deve seguir duas vias, de forma concomitante. Enquanto a via administrativa aciona a Alta Direção; a via operacional aciona as equipes, setores e serviços responsáveis pelos processos relacionados ao atendimento de urgências e emergências do HSP (Figura 3).

![Figura 3: Vias de acionamento interno do HSP](image)

Os princípios gerais que regem os acionamentos utilizam as técnicas metodológicas snowball (“bola de neve”) (Figura 4) e cascata (Figura 5). Na primeira, mais apropriada para as equipes, o indivíduo inicialmente acionado sobre o evento aciona pelo menos outros dois. Na outra, mais apropriada aos setores, acionando-se um deles, sabe-se que os outros serão acionados.

![Figura 4: Técnica metodológica de acionamento snowball (“bola de neve”)](image)
Figura 5: Técnica metodológica de acionamento cascata

5.2.2.1. VIA ADMINISTRATIVA

O repentino aumento de demanda dos mais variados recursos hospitalares exige a comunicação imediata de desastres ou incidentes com múltiplas vítimas à Alta Direção do HSP (Figura 6).
Figura 6: Fluxograma de comunicação interna do evento à alta direção

De acordo com o nível de criticidade informado pelo COBOM, haverá o acionamento e instalação dos trabalhos de um Gabinete de Crise para assessorar a organização do atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas no Hospital São Paulo (Tabela 5).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nível de Criticidade</th>
<th>1</th>
<th>2 e 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Diretoria do Hospital São Paulo</td>
<td>Diretoria do Hospital São Paulo</td>
<td>Diretoria do Hospital São Paulo</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordenador Geral do Pronto Socorro</td>
<td>Coordenador Geral do Pronto Socorro</td>
<td>Coordenador Geral do Pronto Socorro</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordenador do Pronto Socorro</td>
<td>Coordenador do Pronto Socorro Pediátrico</td>
<td>Coordenador do Pronto Socorro Pediátrico</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordenador PCU</td>
<td>Coordenador PCU</td>
<td>Coordenador PCU</td>
</tr>
<tr>
<td>Gerente de Hospitalidade</td>
<td>Gerente de Hospitalidade</td>
<td>Gerente de Hospitalidade</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordenador do Centro Cirúrgico</td>
<td>Coordenador do Centro Cirúrgico</td>
<td>Coordenador do Centro Cirúrgico</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordenador dos Anestesistas</td>
<td>Coordenador dos Anestesistas</td>
<td>Coordenador dos Anestesistas</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermagem do CC</td>
<td>Enfermagem do CC</td>
<td>Enfermagem do CC</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordenador da UTI Geral</td>
<td>Coordenador da UTI Geral</td>
<td>Coordenador da UTI Geral</td>
</tr>
<tr>
<td>Coordenador da UTQ</td>
<td>Coordenador da UTQ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Farmácia Central</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Comissão de Epidemiologia Hospitalar / DIPA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Núcleo de Proteção Radiológica</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 5: Acionamento do Gabinete de Crise do Hospital São Paulo para situações de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas
5.2.2.2. Via Operacional

- Ativação inicial:

Figura 7: Fluxograma de comunicação interna – ativação inicial – do evento às equipes, setores e serviços.
• Ativação inicial das equipes médicas para eventos com demandas predominantemente cirúrgicas:

Figura 8: Fluxograma de acionamento das equipes médicas para eventos com demandas predominantemente cirúrgicas

• Ativação inicial das equipes médicas para eventos com demandas predominantemente clínicas:

Figura 9: Fluxograma de acionamento das equipes médicas para eventos com demandas predominantemente clínicas

5.3. PREPARAÇÃO INICIAL
• Inventário da situação no momento e estabelecimento de necessidades
• Remoção da maior quantidade possível de pacientes das áreas de tratamento (vermelha, amarela e verde)
  o Nível de criticidade: 1

  TRIAGEM HOSPITALAR
  1º ANDAR DO PS – RECEPÇÃO E SAGUÃO DE ESPERA

  ÁREA VERMELHA
  1º ANDAR DO PS – SALA DE EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS

  ÁREA AMARELA
  1º ANDAR DO PS – OBSERVAÇÃO 1
  TORNA-SE SALAS DE ESTABILIZAÇÃO

  ÁREA VERDE
  TÉRREO DO PRONTO SOCORRO

  o Nível de criticidade: 2

  TRIAGEM HOSPITALAR
  1º ANDAR DO PS – RECEPÇÃO E SAGUÃO DE ESPERA

  ÁREA VERMELHA
  1º ANDAR DO PS – SALA DE EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS
  1º ANDAR DO PS – SALA DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

  ÁREA AMARELA
  1º ANDAR DO PS – OBSERVAÇÃO 1
  TORNA-SE SALAS DE ESTABILIZAÇÃO

  ÁREA VERDE
  TÉRREO DO PRONTO SOCORRO

  o Nível de criticidade: 3
5.4. CENTRAL DE COMANDO

5.4.1. POSTO DE COMANDO

- Objetivos:
  - Obter informações atualizadas sobre o desastre;
  - Manter contato permanente com a CROSS e o COBOM;
  - Avaliar os relatórios de Administração, Engenharia, Manutenção e Segurança;
  - Ordenar remoções, suspensão ou redução dos serviços hospitalares;
  - Coordenar as ações de voluntários e outros recursos humanos;
  - Solicitar assistência externa;
  - Ordenar o reinício das atividades suspensas, quando julgar apropriado.

- Pessoal:
  - Diretores do HSP;
  - Coordenador Geral do Pronto-Socorro;
  - Coordenador do Plantão Controlador Universitário do HSP;
  - Gerente de Enfermagem do Pronto-Socorro.

- Localização:
  - Sala de Administração do Pronto-Socorro, 1º andar do Edifício Jairo Ramos.
5.4.2. CENTRAL DE RELATÓRIOS

- Objetivos:
  - Elaborar relatórios de suas respectivas atividades e capacidade de atendimento;
  - Coordenar o trabalho dos profissionais de saúde voluntários;
    - Impedir que a presença em áreas de atendimento aumente a confusão;
    - Encaminhar os voluntários para os locais onde são necessários.
- Pessoal:
  - Coordenadores das especialidades do Pronto-Socorro;
  - Equipe médica-administrativa do Pronto-Socorro Geral.
- Localização:
  - Sala de Reuniões do Pronto-Socorro, 1º andar do Edifício Jairo Ramos.
Figura 11: Central de Relatórios – Sala de Reuniões do Pronto-Socorro Geral

5.5. FLUXOS

5.5.1. EXTERNO

- Controle do tráfego nas imediações do HSP:
  
  o Objetivos:

  - Facilitar o fluxo de entradas e saídas de viaturas, ambulâncias e outros veículos através dos acessos do HSP;
  
  - Acionamento do Departamento de Operação do Sistema Viário (DSV) / Companhia de Engenharia de Tráfego (CET):

  ![Fluxograma de acionamento da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET)]

Figura 12: Fluxograma de acionamento da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET)

  o Ações esperadas:
- Bloqueio parcial ou total da Rua Pedro de Toledo e Rua Napoleão de Barros, nos trechos que interessam o quarteirão do Pronto-Socorro.

Figura 13: Vista do Pronto Socorro Geral do Hospital São Paulo, Edifício Jairo Ramos, acessos pela Rua Pedro de Toledo e Rua Napoleão de Barros

5.5.2. INTERNO

- Identificação das pessoas autorizadas a adentrar as áreas de atendimento
  - Objetivo:
    - Impedir a circulação de pessoas não autorizadas nas áreas de atendimento.
  - Pessoal:
    - Segurança do HSP.

Figura 14: Acesso às áreas de atendimento do Pronto-Socorro

- Controle dos elevadores que dão acesso ao CC, UTIs e áreas de apoio diagnóstico
o Objetivos:
  ▪ Oferecer acesso rápido e preciso às áreas de atendimento e apoio.

o Pessoal:
  ▪ Zeladoria do HSP e ascensoristas.
  ▪ Encaminhamento de cadáveres para o Instituto Médico Legal

6. TRIAGEM HOSPITALAR

• Triagem Hospitalar:
  o Objetivos:
    ▪ Orientar as equipes externas de Resgate;
    ▪ Avaliar, identificar e transportar todas as vítimas para as salas de atendimento;
    ▪ Triagem dos pacientes de demanda não regulada.
  o Pessoal:
    ▪ Médico (um);
    ▪ Enfermeiro (um);
    ▪ Técnico em Enfermagem (um);
    ▪ Funcionário do SAME (um).
  o Localização:
    ▪ Recepção e Saguão de Espera do Pronto-Socorro Geral do HSP, 1º andar do Edifício Jairo Ramos.

Figura 15: Triagem Hospitalar – Recepção (1) e Saguão de Espera (2) do Pronto-Socorro

7. ÁREAS DE TRATAMENTO

Somente o staff (equipes de plantão e profissionais de saúde – voluntários autorizados), devidamente identificado pelos funcionários da Segurança, poderá ter acesso às Áreas de Tratamento.
• Área Vermelha:
  o Objetivo:
    ▪ Atendimento de pacientes com lesões graves com risco de morte nas próximas 2 (duas) horas, C.R.A.M.P. = 2 a 6
  o Localização:
    ▪ Sala de Emergências Cirúrgicas, Sala de Emergências Clínicas e Sala de Emergências Pediátricas, dependendo do nível de criticidade – 1º andar do Edifício Jairo Ramos

Figura 16: Salas de Emergências Cirúrgicas (1), Clínicas (2) e Pediátricas (3)
• Área Amarela:
  o Objetivo:
    ▪ Atendimento de pacientes com lesões graves sem risco de morte nas próximas 24 horas, C.R.A.M.P. = 7 a 8
  o Localização:
    ▪ Salas de Observação 1 e 2 do Pronto-Socorro, dependendo do nível de criticidade – 1º andar do Edifício Jairo Ramos

Figura 17: Sala de Observação do Pronto-Socorro

• Área Verde:
  o Objetivo:
    ▪ Atendimento de pacientes com lesões leve, estáveis, sem risco de morte, C.R.A.M.P. = 9 a 10
  o Localização:
    ▪ Térreo do Edifício Jairo Ramos

8. ÁREAS ESPECIAIS

Assim como o staff, os familiares e a imprensa também deverão ser identificados pelos funcionários da Segurança, sendo orientados a se dirigirem para suas respectivas áreas.

8.1. ÁREA DE ATENDIMENTO A FAMILIARES E ACOMPANHANTES

  o Objetivo:
    ▪ Acolher familiares e acompanhantes
    ▪ Viabilizar ao reconhecimento inicial das vítimas, preferencialmente, por fotografias
• Orientar familiares e acompanhantes sobre os procedimentos administrativos de internação da vítima
• Orientar familiares e acompanhantes sobre o encaminhamento do cadáver para o Instituto Médico Legal (IML)
• Orientar familiares e acompanhantes sobre a evolução do quadro clínico da vítima
• Oferecer suporte emocional
• Orientar e encaminhar familiares e acompanhantes para o atendimento definitivo no Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE), do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP

-o Pessoal:
  • Integrante da equipe médica-administrativa do Pronto-Socorro
  • Médico Psiquiatra do Pronto-Socorro
  • Assistente Social do Pronto-Socorro
  • Psicólogo do Pronto-Socorro
  • Integrantes do serviço religioso do HSP
  • Integrantes da equipe da Gerência de Hospitalidade do HSP
  • Segurança do HSP

-o Localização:
  • Anfiteatro Maria Thereza Nogueira Azevedo (Anf. “A”), no Edifício Octávio de Carvalho, (acesso pela Rua Botucatu, 720, Vila Clementino)

Figura 18: Vista do Edifício Octávio de Carvalho, acesso pela Rua Botucatu, 720, Vila Clementino
8.2. ÁREA DE ATENDIMENTO A IMPRENSA

- **Objetivo:**
  - Oferecer condições de trabalho adequadas aos órgãos de imprensa
  - Emitir boletins atualizados sobre os trabalhos realizados pelo HSP

- **Pessoal:**
  - Diretoria do HSP
  - Integrantes da equipe da Gerência de Hospitalidade do HSP
  - Assessoria de Imprensa SPDM

- **Localização:**
  - Anfiteatro José Carlos Prates, no Edifício Leitão da Cunha, (acesso pela Rua Botucatu, 740, Vila Clementino)

Figura 19: Vista do Edifício Leitão da Cunha, acesso pela Rua Botucatu, 740, Vila Clementino
9. ANEXOS
9.1. Anexo – Ficha de Identificação de Vítima

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vítima Nº</th>
<th>Hora de Chegada:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Classificação Pré-Hospitalar:</th>
<th>□ Vermelha  □ Amarela  □ Verde  □ Cinza</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nome:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cor da Pele:</th>
<th>□ Branco  □ Pardo  □ Negro  □ Outro:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Altura Estimada:</th>
<th>Peso Estimado:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Trajes:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nível de Consciência:</th>
<th>□ Consciente  □ Inconsciente</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Transporte:</th>
<th>□ Resgate  □ SAMU  □ Meios Próprios  □ Outros:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Familiar ou Acompanhante:</th>
<th>□ SIM  □ NÃO</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nome:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vínculo:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Endereço:</th>
<th>Teléfonos:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>□ Obs 1  □ Obs 2  □ PA  □ CC  □ UTI Especificar:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fotografias:</th>
</tr>
</thead>
</table>