



1. FINALIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão tem a finalidade de padronizar as operações de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (APHUE) para eventos de múltiplas vítimas (EMV – incêndios) em unidades hospitalares, asilos ou estruturas similares.

Tem como objetivo central servir como um roteiro operacional padronizado e ostensivo para este tipo de EMV, principalmente com foco na atuação protocolar dos profissionais de saúde, podendo servir de apoio às demais gestões organizacionais envolvidas no evento.

2. DEFINIÇÕES BÁSICAS

2.1. EMV/AMV - Os EMVs (eventos ou acidentes com múltiplas vítimas) podem ser classificados nos seguintes níveis, de acordo com o número de vítimas:

- Nível 1 – 5 a 10 vítimas.
- Nível 2 – de 11 a 20 vítimas.
- Nível 3 – mais de 21 vítimas.

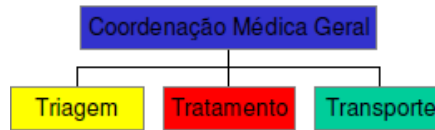
Devido à alta complexidade desses eventos, acredita-se que o nível mínimo de classificação para estes casos seja o Nível 3.

2.2. Organização das ações - Este POP não envolve o atendimento médico individualizado (dito ordinário – medicina de urgência individual) e sim nossa atuação frente a eventos adversos no âmbito de coordenação médica *in loco* para EMV (atualmente chamado de Sistema de Comando de Incidente Médico - SCIM) em hospitais e similares (dito, extraordinário, uma urgência coletiva), estruturando o teatro de operações, fazendo a evacuação hospitalar, quando indicada pela operação combatente, ações de prevenção de todo o nosso RH envolvido, distribuindo as vítimas nas diferentes unidades de saúde, de forma organizada e planejada, para não transferir o desastre para dentro dos hospitais de referência, visto que os mesmos já absorvem as demandas diárias, rotineiras e em excedente.

O processo operacional de evacuação poderá ser organizado por profissionais da brigada local, quando ela existir, desde que o Comando de Operações no local autorize esta ação.

Na verdade, esta ação é de alta complexidade operacional, envolvendo múltiplas ações simultâneas e ordenadas por uma equipe definida e subordinada ao Comando Médico do Incidente (CMI) e ao Comando das Operações Combatentes no local, de forma geral, gerenciando e organizando as **ações de saúde** em desastres intra-hospitalares.

2.3. Organização da área do desastre – Organograma básico para a primeira equipe a chegar.



• Organograma Básico

A escolha das áreas para atuação dos profissionais envolvidos está relacionada a três princípios básicos: a) isolamento/segurança; b) **3T**; e c) fluxos de veículos de saúde, preferencialmente. Os **3T** dizem respeito a **T**riagem, **T**ratamento e **T**ransporte. O teatro de operações (TO) deve ser estabelecido em área morna ou fria, distante no mínimo um raio de 100m a 200m da área quente (dependendo também do tipo de evento e riscos mantidos).

Em se tratando de desastre intra-hospitalar (incêndios), alguns locais poderão ser identificados como áreas seguras e previamente definidas pela equipe operacional combatente (ainda dentro do hospital) num primeiro momento. Essa escolha e definição deverão estar em total consonância com o Comando Operacional do Socorro e suas demarcações técnico-operacionais de segurança. As áreas selecionadas para os **3T** serão gerenciadas direta ou indiretamente pelo Coordenador Médico do Incidente (**CMI**). Indiretamente quando o mesmo estabelecer uma cadeia de comando, selecionando os militares auxiliares das guarnições em apoio. O oficial médico que primeiro chegar ao evento será o Coordenador Médico do Incidente em sua fase inicial ou até a chegada de um gestor superior médico do CBMERJ.

A triagem deverá ser realizada por profissionais capacitados para tal, baseada no uso de protocolos estabelecidos (no CBMERJ/GSE utilizamos o protocolo START – Simples Triagem e Rápido Tratamento; vide fluxo anexo).

Após a chegada de outras guarnições do GSE, principalmente as guarnições da Supervisão Médica Operacional e Subseção de Desastres do GSE, forma-se então o Grupo Médico Tático-Gestor de Desastre (GMTG). Nesses casos serão também acionadas em apoio equipes operacionais e gerenciais/gestoras (por exemplo, carro APC = Auto Posto de Comando, próprio para atendimento a **EMV**).

Logo, para este tipo de evento deverão estar disponibilizadas viaturas de saúde pelo Comandante do Socorro Médico, que passará a real demanda ao Centro de Comando e Controle Operacional/Centro Operacional GSE/SAMU, viatura APC, viatura da Supervisão Operacional do GSE e da Subseção de Desastres, formando então o GMTG, com uma cadeia de comando previamente organizada e totalmente interligada, com a disponibilidade existente dos recursos de comunicação disponibilizados.

- 2.3.1 Teatro de operações (TO) – Deve ser dividido em zonas de segurança para viabilizar as operações direcionadas às vítimas.

Zonas de segurança:

- **Quente:** área que ainda oferece riscos imediatos e/ou potenciais. Seria o centro do TO.
- **Morna:** intermediária, entre a quente e a fria.
- **Fria:** é a área mais segura do evento. Neste local se estabelecem as áreas de tratamento e transporte.

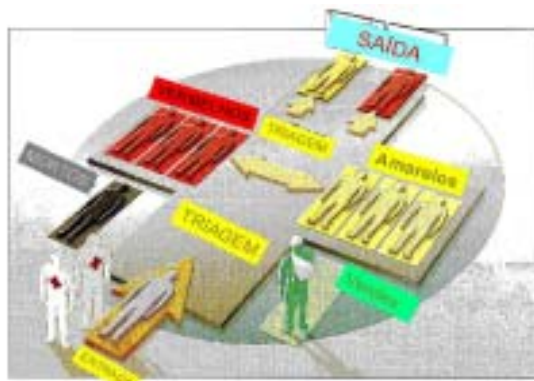
Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SSCO



A escolha destas áreas poderá variar de acordo com o tipo de evento, tipo de local e riscos envolvidos.

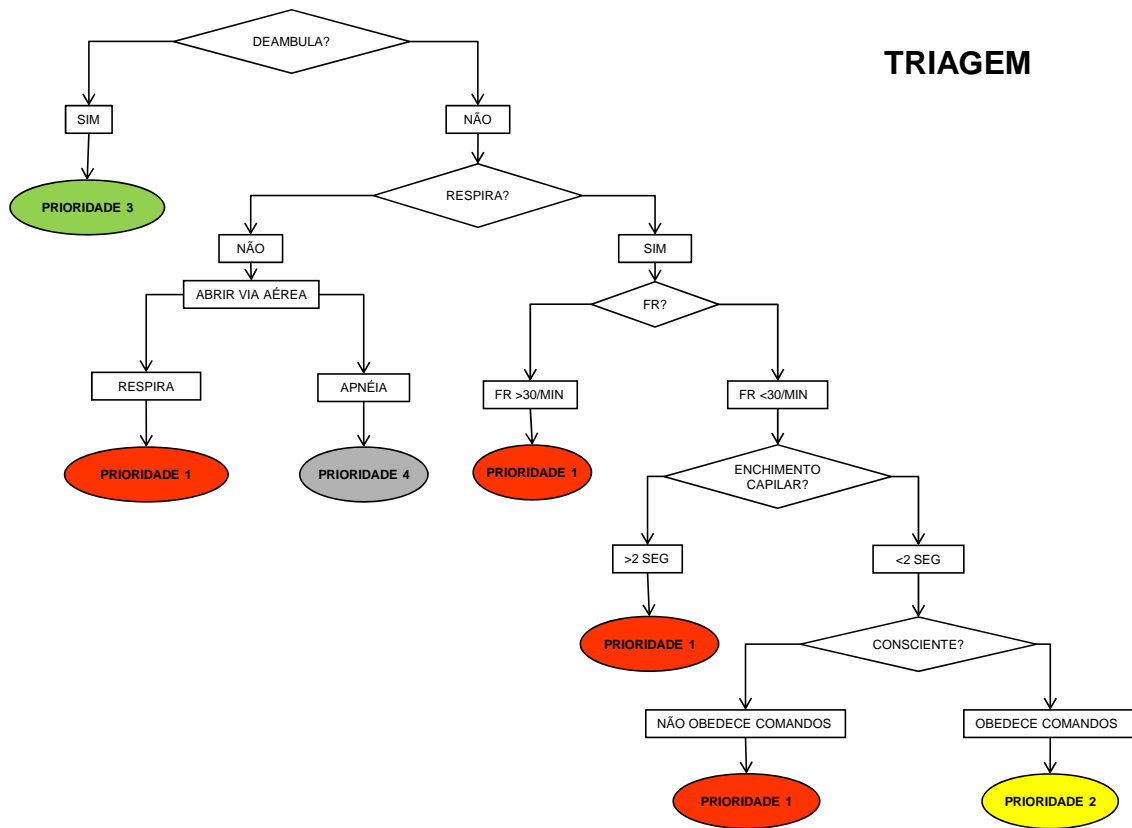
Todo o CMI inicial (primeiro a chegar) vai viabilizar a iniciação dos processos do TO e seus fluxos/vias de trânsito e estacionamento das viaturas de saúde ou correlatas, como ações operacionais primárias e preliminares.

Se o quantitativo em saúde num primeiro momento não permitir, as ações de triagem START só poderão ser iniciadas de forma efetiva após o estabelecimento de medidas preliminares de avaliação do cenário, segurança e comunicação para pedido de apoio.



Exemplo de estrutura em cruz para a triagem

Protocolo START de Triagem (geral)



Este Procedimento Operacional deverá ser colocado em fichário específico e classificado o qual deverá ficar permanentemente na SsCO



2.4 Protocolo de evacuação

O processo de evacuação hospitalar é considerado um procedimento operacional de alta complexidade. Vamos considerar neste protocolo a evacuação plena e imediata, já que existem outros tipos de evacuação programadas que podem levar até dias. Como o nosso referencial é para sinistros de incêndios, vale considerar o pior cenário.

• 2.4.1 Escopo da evacuação

A evacuação poderá ser classificada de acordo com algumas variáveis, a saber: de acordo com o tempo para as ações (reativa/imediata, de emergência, de urgência ou programada), locais para o deslocamento e alocação inicial dos pacientes (horizontal/lateral e vertical) etc.

Evacuação emergencial - imediata, com ameaça de morte a todos os envolvidos.

Evacuação de urgência - iniciar em até 4 horas.

Evacuação planejada - no mínimo 48h para iniciar.

Neste protocolo vamos descrever um plano para evacuação imediata, não programada.

Todo processo de evacuação necessita de um fluxo de comando bem estruturado, visando salvar todos que estejam em risco imediato, podendo ser pacientes, funcionários, familiares, visitantes; na verdade, podemos dividir em pessoas saudáveis (não pacientes), pessoas doentes/internadas/ambulatórios e pessoas já vitimadas por este incidente.

Na literatura há a denominação HEICS - *Hospital Emergency Incident Command System* (Sistema de Comando de Incidente para Hospitais/Evacuação Hospitalar – SCIEH, na tradução).

As ações iniciais de evacuação podem ser:

- Mover para locais seguros, em áreas seguras, mas próximas ao local do incêndio (manter abrigados, em local seguro, mas próximo ao local sinistrado) – *shelter in place*;
- Evacuação horizontal ou lateral: envolve pacientes/funcionários que estão no mesmo andar do incêndio, com deslocamento dos mesmos para áreas seguras, lateralmente, ainda no mesmo andar – horizontalmente (troca de alas, para o lado oposto, por exemplo);
- Evacuação vertical; é a completa evacuação de um andar; neste caso, é realizada a triagem inicial para priorizar traslados.
- Evacuação geral das instalações; também dita evacuação total.
- Ou todas as ações descritas acima, escalonadas ou simultâneas.

Inicialmente, o Comandante da Operação/Incidente identifica as áreas de prioridade absoluta de evacuação imediata, áreas de vulnerabilidade e áreas de risco potencial. Ele também deverá identificar áreas de espera (*staging areas*) ou retaguarda, que são áreas de segurança para o recebimento de pacientes antes do deslocamento definitivo para as áreas de tratamento e posterior transporte.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SSCO



O protocolo START é usado para a triagem inicial padronizada, quando **não** há envolvimento de um processo de evacuação imediata e completa. Contudo, também poderá servir de referência para a triagem pré-evacuação, sendo então denominado de **START reverso** (vide quadro abaixo).

Nesses casos, aqueles que têm mais necessidade de recursos humanos e materiais para o traslado devem aguardar a retirada daqueles que deambulam e não necessitam de suportes especiais para o deslocamento, em todos os níveis.

NÍVEIS DE TRIAGEM	EVACUAÇÃO PARA ÁREA DE SEGURANÇA Prioridade START reversa	DA ÁREA DE SEGURANÇA Para OUTRA ÁREA/LOCALIZAÇÃO Prioridade START tradicional
VERMELHA ou IMEDIATA	Estes pacientes necessitam de total ajuda para a locomoção. Numa evacuação imediata, estes pacientes serão os últimos a serem trasladados. Estes pacientes necessitam de 2 a 3 pessoas para transporte/deslocamento.	Estes pacientes necessitam de suporte avançado de vida durante os traslados/evacuação. Estes pacientes serão os primeiros a serem transferidos de suas instalações para outras instalações de tratamento.
AMARELO – PODE RETARDAR	Estes pacientes necessitam de alguns cuidados e serão movimentados depois , em prioridade na sua unidade de internação. Estes pacientes necessitam de cadeiras de rodas ou de 1 a 2 pessoas para transporte/deslocamento.	Estes pacientes serão removidos num segundo momento em prioridade de suas instalações para outras instalações de tratamento.
VERDE - MÍNIMO	Estes pacientes não necessitam de cuidados imediatos e serão movimentados primeiro em prioridade na sua unidade. Estes pacientes são ambulatoriais, e um funcionário sozinho poderá conduzir grupos destes pacientes para a área de apoio.	Estes pacientes serão removidos por último para outras instalações de tratamento

2.5. Gerenciamento do transporte das vítimas

O CMI atribui esta operação a um oficial médico ou de enfermagem, sendo denominado Médico/Oficial Regulador de Campo (MRC).

Os critérios técnicos e operacionais de distribuição das vítimas deverão respeitar e estar em consonância diretamente com a regulação médica da COGS (Centro de Operações GSE/SAMU), indiretamente e através da COGS, com a regulação médica da SMSDC e da SES. Tal fato tenta prevenir que o desastre se transfira para dentro de um determinado hospital, conforme mencionado anteriormente.

Os recursos disponibilizados para o transporte das vítimas deverão ser ampliados de acordo com o contexto do incidente. Poderão estar inclusos veículos coletivos, como vans, ônibus ou outros veículos semelhantes para aquelas vítimas sem riscos e/ou agravos (verdes).

Nenhuma vítima poderá ser transportada para a unidade de saúde selecionada sem a orientação do MRC ou seu preposto oficializado.



3. SISTEMA DE COMANDO DE INCIDENTE - MÉDICO

As operações em saúde para atendimento a eventos com múltiplas vítimas também podem ser estruturadas a partir de um modelo de Sistema de Comando de Incidente, dito Médico – SCIM.

Essa construção está inserida no contexto geral (no fluxograma SCI – vide também os fluxos operacionais nos POPs de Incêndios em Hospitais ou Símiles) do Sistema de Comando de Incidente da Área Combatente/CBMERJ.

O objetivo é facilitar a identificação das ações gerais que serão executadas pelos primeiros profissionais de saúde que chegarem ao local e em consonância com a força operacional combatente.

São responsabilidades gerais e básicas do Comando de Operações Médicas em Desastres (possivelmente o primeiro grupo de profissionais de saúde a chegar ao local):

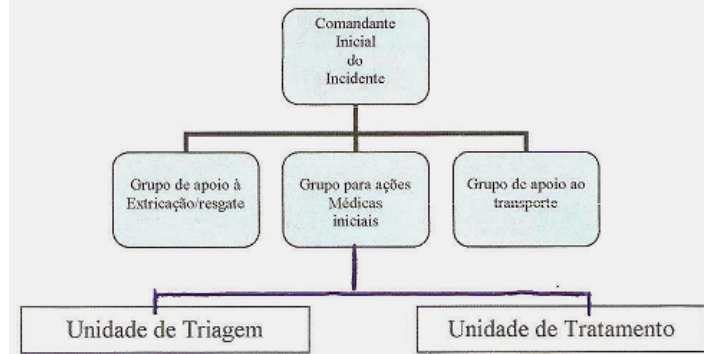
- Obter informações, as mais completas possíveis, sobre detalhes do evento e itinerários alternativos propostos, para evitar congestionamento de tráfego.
- Informar imediatamente à COGS sobre a complexidade do evento, caso o aviso tenha sido referenciado por uma UBM.
- Estacionamento da viatura em local seguro.
- Utilização de EPI protocolar por toda a equipe.
- Segurança da cena.
- Número estimado de vítimas.
- Solicitação de recursos extras para ações imediatas.
- Comunicação com o Comandante Local da Operação, com o COGS e com o Comandante do GSE e/ou seus prepostos para informar situação inicial.
- Auxiliar no processo decisório sobre necessidade ou não de evacuação imediata.
- Distribuir funções para os membros da equipe para dar início ao teatro de operações médicas.
- Respeitar o fluxograma operacional proposto (vide anexos).
- Traçar um plano operacional inicial com objetivos e estratégias para ações imediatas, reconhecendo prioridades absolutas (por exemplo, evacuação imediata). Eixo de apoio triaxial: **identificar** os problemas; **definir** que recursos são necessários de imediato; **solicitar/comunicar** recursos materiais e humanos, seguido por uma organização inicial do “caos”.
- Interagir de forma harmoniosa e complementar com a Gestão da Operação Combatente e entre outras agências, quando indicado.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SSCO



FLUXOGRAMAS OPERACIONAIS

Sistema de Comando de Incidente – Médico (Básico)



Estas ações iniciais são fundamentais para desdobramentos futuros.

As ações preliminares são primariamente divididas em três:

1. Apoio às operações de extricação/resgate – este militar ou grupo de militares, identificados pelo Comandante Inicial das Operações em Saúde, vai apoiar toda a operação de extricação e resgate.
2. Ações para dar início ao teatro de operações (triagem e tratamento, inicialmente). Este militar ou grupo de militares, identificados pelo Comandante Inicial das Operações em Saúde, vai identificar as áreas dos 3T, já alocando vítimas resgatadas, de acordo com estratificação/classificação inicial (triagem primária).
3. Ações relativas ao transporte. Este militar ou grupo de militares, identificados pelo Comandante Inicial das Operações em Saúde (primeiro profissional mais graduado da saúde que chega ao local), atuam na organização espacial da área de transporte (parqueamento das viaturas, área de embarque, fluxos de entrada e saída), como também são os responsáveis pelo direcionamento e distribuição das vítimas para os hospitais de referência (HR), conforme orientação protocolar estabelecida – comunicação com a COGS. É protocolar a identificação das vítimas em documento específico, como também o referenciamento hospitalar ou destino do paciente.

Para aquele grupo/guarnição que chega primeiro, correspondendo a uma única viatura, não é prioridade inicial o transporte das vítimas, já que o número de viaturas nesse momento será sempre insuficiente.

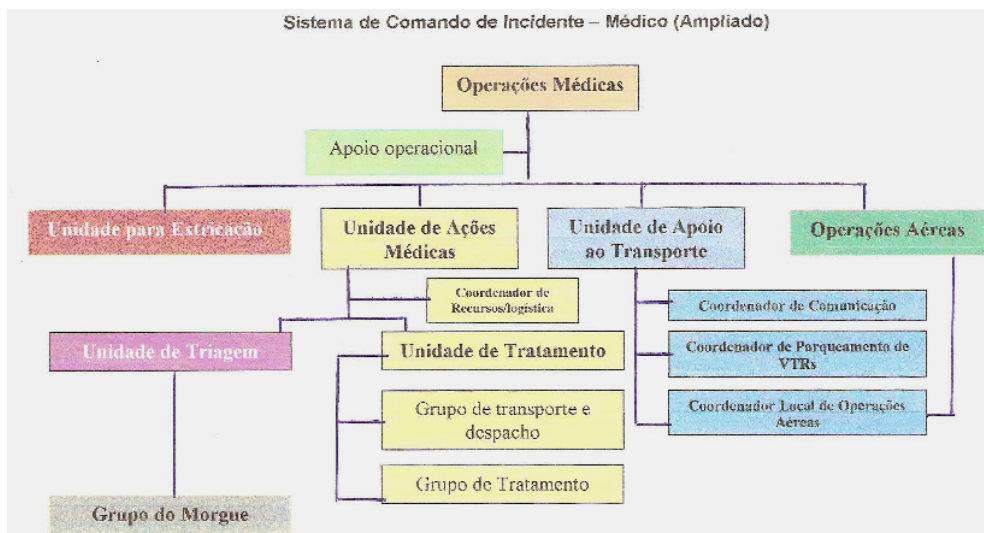
O Comandante de Operações Médicas (COM) identifica a necessidade dos recursos extras, no qual está inserido o transporte aeromédico. **Nunca esquecer que poderá haver disponibilidade de recursos aeromédicos.**

Após a chegada de mais recursos, o COM **não** suspende as atribuições já definidas, e sim incrementa os grupos de operações ou amplia o organograma, respeitando a complexidade de cada evento. Passamos, então, a um fluxograma mais completo/ampliado – veja a seguir.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO



Vale ressaltar que para cada grupo/caixa do fluxograma existe um líder responsável pela formação e gerenciamento de todo o grupo, delegando funções a ele subordinadas e de sua responsabilidade direta.



Operações Médicas

Está relacionada a todas as ações operacionais no âmbito dos profissionais de saúde de nível básico/técnico ou avançado. Será coordenada inicialmente por um profissional de saúde mais graduado e/ou com conhecimento tácito explícito sobre este tipo de operação.

Apoio Operacional

Profissional de apoio imediato ao Coordenador da Operação em Saúde. Exercerá ou delegará tarefas após demandas diretas do Coordenador Médico Local/do Incidente (num primeiro momento), respeitando o fluxograma operacional.

Unidade para Extração

Formada por profissionais de saúde para apoio aos profissionais combatentes envolvidos na operação de extração. Normalmente é o primeiro grupo a atuar no incidente. Recebe orientações diretas do Comando Operacional.

De acordo com a chegada do apoio solicitado, poderão exercer novas ações, conforme demanda do comando. São responsáveis pelo cuidado primário/básico das vítimas e pela coordenação inicial do transporte (ainda dentro do cenário/hospital), das mesmas para a área própria de triagem inicial.

Unidade de Ações Médicas

Ou Grupo Médico – são os responsáveis pelas ações operacionais em logística (de acordo com a magnitude do evento), tratamento e transporte. O responsável por esta liderança identifica os coordenadores de logística, tratamento e



transporte/despacho. Ele também é o responsável pela solicitação dos recursos extras e alocação dos mesmos em seus setores de subordinação direta. Designa também o grupo responsável pelo morgue.

Estabelece também todas as linhas de comunicação para execução do transporte dos pacientes (através do COGS ou por um militar designado para a função de manter contato direto com os HR/SES/SMSDC).

É responsável também por toda a documentação médica *in loco*.

Unidade de Triagem

É o grupo responsável por todas as fases da triagem, identificação e classificação das vítimas. A triagem (e consequente classificação das vítimas) poderá ter início ainda na área de resgate/extricação (dita triagem primária) ou em outra área estabelecida para compor o teatro de operações. Este grupo é formado por profissionais de saúde ou outros militares com habilidades mínimas para suporte básico de vida.

Unidade de Tratamento

Responsável pela escolha do melhor local onde as vítimas poderão receber tratamento inicial e preparo para o transporte. Esta área deverá ser coordenada por um médico, já que este local é o mais apropriado para a realização de suporte avançado de vida. Esta área também deverá ter fluxos livres de vias de acesso para facilitar o transporte.

Atividades relativas a esta área:

- Comunicação - sobre estado de vítimas para o traslado, necessidade de recursos extras, documentação;
- Tratamento inicial imediato e despacho para as vítimas vermelhas;
- Tratamento inicial básico e despacho para as vítimas amarelas;
- Tratamento inicial mínimo e despacho para as vítimas verdes.

Unidade de Apoio ao Transporte

Estabelece locais para estacionamento das VTRs de socorro em saúde. Identifica os recursos dimensionados e pode solicitar apoio, quando indicado. Estabelece as melhores vias de acesso. Mantém contatos regulares com o COGS, comunicando as saídas das VTRs seus destinos.

Poderá ser dividida em três lideranças: Comunicação; Estacionamento e Vias de Acesso; e Operações Aéreas.

Operações Aéreas

Esta operação está diretamente relacionada ao Comando Médico da Operação. Tem interfaces com o grupo de tratamento (seleção das vítimas) e transporte. Existirá um responsável específico por toda a operação aeromédica *in loco*.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO