

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO PRÉ-
HOSPITALAR E HOSPITALAR PARA ENFRENTAMENTO
DE SITUAÇÕES DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS, DESASTRES E
CATÁSTROFES NO ESTADO DE MINAS GERAIS: LEGISLAÇÃO,
ESTRUTURA FÍSICA, E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS.**

CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

SES-MG

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR PARA ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS, DESASTRES E CATÁSTROFES NO ESTADO DE MINAS GERAIS: LEGISLAÇÃO, ESTRUTURA FÍSICA, E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS.

Brasília-DF

2013

Copyright 2013 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª Edição – 2013 – 100 exemplares

Impresso no Brasil

Elaboração, distribuição e informações:

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Gerência de Convênios

Setor de Autarquias Sul, Ed. Terra Brasiliis, Quadra 1, Bloco N, 14 andar, Sala 1404

CEP: 70070-010 Brasília/DF – Brasil

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Cidade Administrativa

Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n. Serra Verde. 12º andar. Ala: ímpar.

CEP: 31630-900 – Prédio Minas

Elaboração:

Cesar Augusto Soares Nitschke

Rasível dos Reis Santos Júnior

Welfane Cordeiro Junior

Estudo viabilizado por meio de Convênio SES-MG n. 1621/2012.

Secretário de Estado da Saúde: Antônio Jorge de Souza Marques

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
LEGISLAÇÃO	10
ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	21
PLANEJAMENTO TÁTICO E OPERACIONAL	21
Plano de Contigência	21
Plano de Operações	22
Acionamento do Plano	24
COMANDO	26
Fase de Alerta e Ação	26
Fase de Atendimento no Local do Evento	27
COMUNICAÇÃO	31
Comunicação DSM-Central de Regulação e Autoridades	32
Comunicação DSM e Coordenadores de Área	32
ABASTECIMENTO	32
Abastecimento de Equipamentos	32
Alimentação e Hidratação	33
Energia e Iluminação	33
ESTRUTURAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	34
ESTRUTURAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS	46
Veículos Específicos de Comando	47
Veículos de Transporte de Materiais	49
Reboques	49
Tendas	49
Kits de Catástrofes	51
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	53
A PREPARAÇÃO HOSPITALAR PARA SITUAÇÕES COM MÚLTIPAS VÍTIMAS	53
O CURSO DE PREPARAÇÃO DOS HOSPITAIS EM BELO HORIZONTE	54
A PREPARAÇÃO DOS PLANOS HOSPITALARES	59
AS FASES DA RESPOSTA EM UMA SMV	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64

APRESENTAÇÃO

As emergências em saúde pública são causas crescentes de morbimortalidade no mundo contemporâneo e têm exigido dos governos o aprimoramento da capacidade de prevenção e resposta a esses eventos. No Brasil, em novembro de 2011, foi publicado o Decreto n. 7.616, que 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).

Esse Decreto regulamentou a atuação do setor saúde em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública e criou um programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população.

O país tem recepcionado eventos de grande porte, como a Copa das Confederações, realizada neste ano, sediará a Copa do Mundo (FIFA 2014), além das Olimpíadas (2016), e, nesse contexto, cabe ao setor saúde atuar de forma efetiva e oportuna naquilo que lhe compete.

Assim, com o propósito de aprimorar a atuação do estado na resposta às emergências em saúde pública, foi firmado um convênio entre o CONASS e a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para elaboração e sistematização de propostas relativas ao enfrentamento dessas situações naquele estado, nos aspectos relacionados à legislação estadual específica, à estruturação física, e à capacitação de profissionais no âmbito da assistência pré-hospitalar e hospitalar.

Os resultados desse trabalho foram compilados nesta Nota Técnica, como forma de compartilhar, junto às demais Secretarias de Estado, a experiência da SES/MG e de contribuir para o aprimoramento da capacidade de resposta a esses eventos.

Wilson Duarte Alecrim
Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

O Governo do estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Saúde, considerando seu papel de articulador e gestor das redes regionais, tomou a decisão política de realizar redes de urgência regionais e disponibilizou recursos vultosos para tal.

A Política Estadual de Urgência e Emergência no estado de Minas Gerais foi regulamentada por meio da Resolução SES n. 2.607, publicada em 7 de dezembro de 2010. Nela, aprovaram-se as normas gerais para implantação das redes regionais de urgência e emergência naquele estado.

A rede regional de urgência e emergência tem abrangência macrorregional. De acordo com o PDR 2009, o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (Samu) também possui abrangência regional e é gerenciado na macrorregião por um consórcio público. As Redes de Urgência e Emergência têm como componentes de governança as regulações regionais do Samu Regional, as Comissões Intergestores Bipartites e os Comitês Gestores de Urgências. Utilizam a Classificação de Risco de Manchester como linguagem única na rede, redefinem tipologias hospitalares e envolvem todos os pontos de atenção da macrorregião, inclusive a atenção primária que, neste contexto, também se torna um importantíssimo ponto de atenção dos pacientes com eventos agudos, principalmente, no que tange às agudizações de condições crônicas.

Essas redes assim estruturadas respondem sistematicamente aos casos de urgência e emergência.

Entretanto, quando da ocorrência de situações com múltiplas vítimas, desastres ou catástrofes, em especial as relacionadas a eventos de massa ou a eventos súbitos com produção rápida de grande número de vítimas, tais como acidentes químicos, desmoronamentos ou situações climáticas agudas, como furacões e terremotos, a resposta sistêmica a ser dada é mais complexa e específica e, nesses casos, as situações de confusão e mesmo de caos existentes nos locais das ocorrências podem facilmente transferir-se para a rede de saúde, pois as vítimas acorrem às portas das urgências trazidas por testemunhas, serviços pré-hospitalares ou deambulando, em um número desproporcional à resposta disponível para a demanda cotidiana. Essa situação leva facilmente a uma desorganização da resposta quando não previamente definida para tais situações.



Nesse âmbito, a estruturação legal, física ou de recursos humanos para o atendimento às situações em que exista desproporção entre o número de casos e a oferta de serviços de saúde, caracterizada por situações com múltiplas vítimas ou desastres, assim como para a resposta às situações climáticas que se expressam como catástrofes, ainda é frágil.

Não abordaremos aqui as situações epidemiológicas que podem levar a um desastre sanitário, mas apenas aquelas relacionadas a eventos agudos e traumáticos, sejam eles desastres ou catástrofes.

Para a resposta aos desastres, nas situações traumáticas e climáticas agudas, um arcabouço legal como o existente na França propicia a rápida ativação de meios, sanitários ou não, excepcionais, previstos ou imprevistos, que determinam responsabilidades e linha de comando nesses casos e levam a uma reorganização que responde de forma sistêmica e eficiente em tais situações.

Além do arcabouço legal, o conhecimento prévio por parte dos profissionais, tanto da legislação como da organização de planos específicos de ativação interna e externa nas situações de desastres, é imprescindível para o gerenciamento desses momentos e a ativação de recursos excepcionais. Para tal, além de cursos específicos, exercícios simulados fazem-se necessários, com avaliação posterior de resultados e fixação das tarefas a serem desenvolvidas nessas situações.

A resposta às situações com múltiplas vítimas ou aquelas de desastres igualmente necessitam estar previstas em eventos com grande afluxo de pessoas. Como Minas Gerais e outros estados brasileiros sediarão eventos de grande porte, em especial a Copa das Confederações, a Copa do Mundo e as Olimpíadas, faz-se igualmente necessário o desenvolvimento dessa área de atuação para a correta resposta aos eventuais desastres.

Aproveitando a organização para esses eventos, tem-se grande oportunidade de apropriação de metodologias e técnicas internacionais, que já dispõem de um forte grau de evidência, para a introdução de novo marco na organização da política de urgência, em especial no planejamento da resposta às situações de desastres e catástrofes.

Tendo isso em consideração, deve-se propor o desenvolvimento de um arcabouço legal, assim como de cursos de capacitação profissional e de estruturação de recursos, com auxílio

de experiência internacional nessa área, com a finalidade de se organizar, sistematicamente, a resposta a essas situações, de forma organizada, estruturada e coordenada, assim como amparada legalmente.

A parceria entre a SES/MG e o CONASS propôs à realização de estudos, cujo produto é a construção de propostas iniciais relativas à: (i) implementação de legislação específica, (ii) estruturação física e (iii) capacitação de profissionais nas áreas pré-hospitalar – SAMU – e hospitalar, com o propósito de dar resposta adequada no âmbito da assistência à saúde de urgência e emergência ante as situações de desastres e catástrofes no estado de Minas Gerais.

Assim, dividiremos este documento em três partes:

1. Legislação
2. Pré-hospitalar
3. Intra-hospitalar

LEGISLAÇÃO

Motivados inicialmente para o atendimento à Copa das Confederações e à Copa do Mundo de Futebol, mas sobretudo visando deixar um legado que avançasse na resposta aos desastres e catástrofes no estado de Minas Gerais, relacionadas a eventos de massa ou a eventos súbitos com produção rápida de um grande número de vítimas, tais como desmoronamentos, acidentes químicos ou situações climáticas agudas, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais estabeleceu uma parceria com a Associação Pública dos Hospitais de Paris e o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência – Samu de France e foi implementada, primeiramente, uma discussão para que se compilasse uma legislação específica para os casos de desastres e catástrofes no estado de Minas Gerais, assim como se orientasse os profissionais sobre essa resposta.

Foram pesquisados documentos prévios na legislação de saúde do estado de Minas Gerais, em especial da rede de urgência e emergência, assim como da legislação brasileira e francesa sobre desastres, catástrofes e eventos de massa, bem como da organização da saúde francesa na resposta a essas situações.

No Brasil, a resposta às situações de desastres ou catástrofes tem focado principalmente a organização e a resposta às situações cuja instalação normalmente pode ser previsível (chuvas, enchentes) ou aquelas biológicas e epidemiológicas (infecções virais, entre outras). Para tal, um arcabouço legal instituiu a Força Nacional do SUS, pelo Decreto Presidencial n. 7.616, de 17/11/2011, e da Portaria Ministerial GM/MS n. 2.952, de 14/12/2011.

Entretanto, não está contemplada nessas legislações – do ponto de vista operacional – a resposta das instituições, e em especial as da saúde, aos eventos de massa ou eventos súbitos com produção rápida de grande número de vítimas, como acidentes químicos, desmoronamentos, ou situações climáticas agudas, tais como furacões e terremotos.

Com base na legislação francesa, mas sob o olhar da realidade e da legislação brasileira e mineira, elaborou-se regulamentação estadual para orientar a resposta operacional às situações excepcionais e catastróficas, sob o prisma da saúde pública, transformada em Projeto de Lei apresentado a seguir.

PROJETO DE LEI

Institui diretrizes gerais de resposta operacional integrada em situações reais ou potenciais de desastres com múltiplas vítimas e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso de atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 90 da Constituição do Estado de Minas Gerais,

DECRETA:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este decreto estabelece as diretrizes de resposta operacional integrada entre os órgãos do setor da saúde e segurança pública, em face de eventos reais ou potenciais de desastres com múltiplas vítimas, decorrentes de causas naturais ou antropogênicas.

Art. 2º Para os efeitos do disposto no presente decreto, considera-se:

I – situações de emergência com múltiplas vítimas: evento resultante de causas naturais ou antropogênicas em que o número de vítimas extrapola o usual e exige a ativação de plano operacional específico para seu correto atendimento, através de uma resposta operacional integrada e imediata;

II – situações de risco de múltiplas vítimas: situação que apresente probabilidade elevada de eclosão e propagação de evento adverso, resultante de causas naturais ou antropogênicas, que possa provocar vítimas humanas, danos materiais e ambientais, e que demande resposta imediata e integrada;

III – resposta operacional integrada: resposta a um determinado evento de múltiplas vítimas ou risco de múltiplas vítimas, que exija a ação conjunta dos órgãos de saúde e segurança pública, com integração de pessoal, recursos logísticos, procedimentos e comunicações operacionais, com uma estrutura organizacional comum;

IV – resposta operacional integrada local: é a resposta proporcionada pelos órgãos de saúde e segurança pública instalados no determinado município ou na sua microrregião, conforme estabelecido no Plano Integrado de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas – Nível Local, aos eventos de múltiplas vítimas ou risco de múltiplas vítimas ocorridos no próprio território do município ou microrregião;

V – resposta operacional integrada regional: é a resposta proporcionada pelos órgãos de saúde e segurança pública instalados nos municípios que compõem a Região, em complemento à resposta local, conforme estabelecido no Plano Integrado de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas – Nível Regional, às situações de múltiplas vítimas ou risco de múltiplas vítimas ocorridos no território da região;

VI – resposta operacional no âmbito da saúde: é a resposta que busca minimizar o efeito de chegada desorganizada dos pacientes aos hospitais, abrangendo o atendimento pré-hospitalar e hospitalar; e

VII – resposta operacional no âmbito da segurança pública: é a resposta que busca promover a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas, do patrimônio e do meio ambiente;

VIII – Grupos Gestores: são colegiados compostos por representantes dos órgãos de saúde de segurança pública, cuja atribuição é assessorá-los nas ações de integração dos esforços planejamento e atendimento a situações reais ou potenciais de desastres com múltiplas vítimas.

CAPÍTULO II

DAS COMUNICAÇÕES OPERACIONAIS

Art. 3º Deverá haver comunicação constante e permanente entre as centrais de atendimento e despacho dos órgãos de saúde e segurança pública, através de telefones, rádios ou rede de dados.

Art. 4º Os recursos operacionais designados para o atendimento da ocorrência manterão comunicações via rádio e telefone, com vistas a manter estreita e constante a ligação entre as equipes, as instalações e órgãos respondedores da emergência.

Art. 5º Os serviços de saúde e segurança pública, ao tomarem conhecimento da ocorrência de desastre, deverão ativar a resposta operacional integrada, acionando de imediato os demais órgãos e serviços envolvidos no atendimento, conforme previsto nos Planos Integrados de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas, repassando-lhes, no mínimo, as seguintes informações:

- I – natureza e localização do desastre;
- II – número estimado de vítimas;
- III – necessidade de apoio de outros órgãos, citando o número e tipo de recursos;
- IV – rotas de acesso das demais equipes respondedoras;
- V – necessidade de acionar planos específicos de desastres.

CAPÍTULO III

DOS GRUPOS GESTORES DE ATENDIMENTO A DESASTRES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

Art. 6º Ficam criados Grupos Gestores de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas, compostos por representantes de órgãos de saúde e de segurança pública.

Art. 7º Os Grupos Gestores, de que trata o art. 6º, serão instituídos no nível local, regional e estadual, conforme a área de atuação das Unidades por eles representadas.

Art. 8º A composição de cada Grupo Gestor se dará pela designação de servidores dos órgãos de saúde e segurança pública, nos seguintes termos:

- I – Grupo Gestor Local:
 - a) 2 (dois) servidores da Secretaria Municipal de Saúde;

b) 2 (dois) militares representantes do Pelotão, Companhia ou Batalhão do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, sediado no município;

c) 1 (um) policial militar representante do Pelotão, Companhia ou Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais sediado no município.

II – Grupo Gestor Regional:

a) 1 (um) servidor da Superintendência ou Gerência Regional de Saúde;

b) 1 (um) representante da Central Macrorregional de Regulação;

c) 1 (um) militar representante da Companhia, Batalhão ou Região Policial Militar, sediada no município;

d) 2 (dois) militares representantes do Pelotão, Companhia ou Batalhão do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, sediado no município.

III – Grupo Gestor Estadual:

a) 2 (dois) servidores da Secretaria Estadual de Saúde;

b) 1 (um) policial militar da Unidade de Direção Geral ou Direção Intermediária da Polícia Militar de Minas Gerais;

c) 2 (dois) militares das Unidades de Direção Geral ou Direção Intermediária do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais.

§1º As Secretarias Municipais de Saúde serão convidadas a indicar representantes para compor o Grupo Gestor Local.

§2º Os Grupos Gestores poderão requerer o apoio técnico de outros servidores, bem como de entidades de direito público e privado para o desempenho de suas funções.

§3º A Secretaria Geral da Governadoria do Estado, por meio da Secretaria de Estado de Turismo e Esportes indicará um representante para atuar em conjunto com o Grupo Gestor Estadual em suas atribuições no que se refere a grandes eventos para interlocuções necessárias.

Art. 9º A instalação de cada Grupo Gestor observará os seguintes critérios:

I – o Grupo Gestor Local deverá ser instalado no município que não seja sede de Gerência Regional de Saúde;

II – as ações do Grupo Gestor Local serão focadas na área geográfica no município, podendo extrapolar esta área no caso de consórcios intermunicipais ou com vistas a atender a grade de referência de urgências e emergências municipal;

III – o Grupo Gestor Regional deverá ser instalado no município sede da Superintendência ou Gerência Regional de Saúde e deverá acumular as funções de Grupo Gestor Local no município em que estiver sediado;

IV – a área de atuação do Grupo Gestor Regional será a mesma da Superintendência ou Gerência Regional de Saúde, podendo suas ações extrapolar esta área geográfica, no caso de consórcios intermunicipais ou com vistas a atender a grade de referência de urgências e emergências regionais;

V – o Grupo Gestor Estadual deverá ser sediado em Belo Horizonte e sua área de atuação será a do Estado de Minas Gerais;

§1º Havendo necessidade, poderá ser criado Grupo Gestor Local nos municípios sede de Grupos Gestores Regionais.

§2º A definição da área de atuação do Grupo Gestor Regional, conforme inciso IV deste artigo, ocorrerá sem prejuízo da articulação operacional em Regiões Integradas de Segurança Pública (RISP).

Art. 10. São atribuições do Grupo Gestor Local de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas:

I – elaborar Planos Integrados de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas, em nível local, compostos minimamente pela seguinte estrutura:

- a) tipo de desastre;
- b) objetivos do plano;
- c) área geográfica de abrangência;
- d) atribuições dos órgãos respondedores;
- e) treinamento de comunidades;
- f) estrutura organizacional de resposta local, composta por:

1 – recursos orgânicos dos órgãos de resposta do setor saúde e segurança pública presentes no município;

2 – pontos de apoio real e potencial;

3 – emissão de alertas;

4 – dinâmica de acionamento dos recursos;

5 – utilização do Sistema de Comando em Operações como ferramenta de gerenciamento da resposta.

II – propor treinamentos periódicos e integrados entre os órgãos e unidades envolvidas no atendimento a múltiplas vítimas, com vista a prepará-los para o atendimento de eventos reais ou potenciais de desastres com múltiplas vítimas;

III – propor aos órgãos envolvidos no atendimento a múltiplas vítimas medidas para sanar dificuldades encontradas na integração entre seus profissionais, com vistas a cumprir o objeto deste decreto;

IV – assessorar as respectivas chefias a que estiver subordinado a respeito das medidas internas necessárias ao cumprimento do Plano Integrado de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas;

V – reunir periodicamente para avaliação do cumprimento do Plano Integrado de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas – Nível Local.

Art. 11. São atribuições do Grupo Gestor Regional de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas:

I – elaborar Plano Integrado de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas – Nível Regional, composto minimamente pela seguinte estrutura:

- a) tipo de desastre;
- b) área geográfica de abrangência;
- c) atribuições dos órgãos respondedores ;
- d) fluxos de acionamento de recursos apoiadores;
- e) estrutura organizacional de resposta regional, composta por:

1 – recursos orgânicos dos órgãos de resposta do setor saúde e segurança pública presentes na região;

- 2 – pontos de apoio real e potencial ;
- 3 – emissão de alertas ;
- 4 – dinâmica de acionamento dos recursos ;

5 –utilização do Sistema de Comando em Operações como ferramenta de gerenciamento da resposta;

II – promover treinamentos periódicos e conjuntos dos recursos humanos dos órgãos e unidades envolvidas, com vista a prepara-los para o atendimento de eventos reais ou potenciais de desastres com múltiplas vítimas;

III – propor aos órgãos envolvidos medidas para sanar dificuldades encontradas na integração entre seus profissionais, com vistas a cumprir o objeto deste decreto;

IV – assessorar as respectivas chefias a que estiver subordinado a respeito das medidas internas necessárias ao cumprimento do Plano Integrado de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas – Nível Regional;

V – avaliar periodicamente a execução do Planos Integrados de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas.



Art. 12. São atribuições do Grupo Gestor Estadual de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas:

I – integrar-se aos esforços de elaboração da doutrina do Sistema de Comando em Operações – SCO dos órgãos componentes do Sistema de Defesa Social;

II – apoiar os Grupos Gestores Regionais e Locais no desempenho de suas funções;

III – planejar a execução conjunta dos cursos básico e avançado de SCO;

IV – propor a designação de comissões destinadas a elaborar planos específicos de intervenção em situações potenciais ou reais de múltiplas vítimas;

V – propor a realização de treinamentos periódicos e conjuntos, tais como simulados, cursos, estágios;

VI – monitorar e avaliar as ações integradas com base nas diretrizes prevista neste decreto;

VII – propor aos órgãos envolvidos medidas para sanar dificuldades encontradas na integração entre os órgãos, com vistas a cumprir o objeto deste decreto.

Art. 13. Os Grupos Gestores, em todos os níveis, terão atribuição de assessoria, devendo os atos normativos propostos pelos Grupos, e necessários ao cumprimento do presente decreto, serem praticadas pelas respectivas chefias e comandos da Secretaria de Estado da Saúde, Polícia Militar de Minas Gerais e Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, por meio de Resolução Conjunta ou de forma unilateral, caso se aplique a apenas um órgão.

Art. 14. O Grupo Gestor Estadual e os Grupos Gestores Regionais de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas serão nomeados através de Resolução Conjunta entre SES/ SAMUs, CBMMG, PMMG e SEDS, no prazo de até 30 (trinta) dias da publicação do presente decreto.

Art. 15. Os Grupos Gestores Locais de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas serão nomeados e publicados à medida que forem instituídos, em comum acordo com os municípios que aderirem às presentes diretrizes.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Art. 16. Compete aos órgãos de saúde e segurança pública, envolvidos no atendimento a

situações reais ou potenciais de desastres com múltiplas vítimas, e sem prejuízo do cumprimento de suas competências legais, as seguintes atribuições, que devem estar detalhadas nos Planos Integrados de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas:

I – à Secretaria de Estado de Saúde e suas Superintendências ou Gerências Regionais de Saúde:

- a) acionar o plano de catástrofe dos hospitais;
- b) organizar e coordenar a rede e as ações de assistência às urgências e emergências;
- c) executar o atendimento pré-hospitalar, utilizando instalações fixas temporárias ou ambulâncias, com ações de suporte básico e avançado de vida;
- d) executar a regulação médica da assistência às vítimas, incluindo os atendimentos pré-hospitalares executados pelo Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, a partir de centros de regulação fixos e móveis;
- e) estabelecer e coordenar a Força Estadual de Saúde;
- f) notificar as autoridades sanitárias internacionais, nacionais, estaduais e municipais quando da ocorrência de eventos de importância em saúde pública para cada uma das esferas, de acordo com as definições do Código Sanitário Internacional e legislação sanitária nacional.

II – ao Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais:

- a) delimitar os perímetros de segurança face à riscos específicos;
- b) adotar procedimentos de proteção das vítimas, de outros profissionais que atuam na resposta e demais pessoas presentes no local da ocorrência;
- c) definir a localização definitiva do posto de comando em função dos riscos presentes na cena;
- d) estabelecer a localização das estruturas de atendimento, de forma a garantir a proteção das pessoas presentes na cena contra riscos existentes no local;
- e) autorizar o acesso nas áreas de maior risco de outros profissionais que estão atuando na resposta;
- f) executar prevenção e combate a incêndio, busca e salvamento das vítimas;
- g) executar o atendimento pré-hospitalar e transporte das vítimas de acordo com a regulação médica.

III – à Polícia Militar de Minas Gerais :

- a) adotar os procedimentos iniciais de socorro das vítimas até a chegada do atendimento especializado;
- b) realizar a contenção e isolamento do local da ocorrência;
- c) prestar apoio e segurança aos profissionais envolvidos nas ações de socorro, especialmente em relação à mobilidade e ações de trânsito.

CAPÍTULO V DA METODOLOGIA DE INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO

Art. 17. Na elaboração e execução dos Planos Integrados de Atendimento a Desastres com Múltiplas Vítimas, será empregada a metodologia do Sistema de Comando em Operações (SCO) como ferramenta gerencial para planejar, organizar, dirigir e controlar, de forma padronizada, a resposta aos desastres, situações críticas e de alta complexidade, além de estruturar a forma de organização e gerenciamento dos esforços individuais das agências, integrando os esforços dos órgãos públicos e da comunidade para fazer frente às adversidades.

Art. 18. O emprego da metodologia do SCO será no todo ou parte, em eventos iminentes ou atuais, de origem humana ou natural, previsíveis ou não, independentemente da complexidade ou dimensão.

Art. 19. Nas operações conjuntas, conforme a metodologia do SCO, deverá ocorrer a disponibilização dos profissionais, recursos logísticos e instalações de cada órgão, nos limites de suas atribuições e capacidades, sem prejuízo de sua autonomia, com vistas à cooperação na prevenção, preparação e resposta aos desastres.

Art. 20. Poderão ser utilizadas as seguintes estruturas de apoio e deliberação:

- I – Sala de Operações das Unidades do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e da Polícia Militar de Minas Gerais;
- II – Centro Integrado de Atendimento e Despacho (CIAD);
- III – Central de Regulação dos SAMU Macrorregional;
- IV – Sala de Situação da Secretaria de Estado de Saúde;
- V – Centro Integrado de Comando e Controle (CICC);
- VI – Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde.

Art. 21. A designação do coordenador geral do atendimento a múltiplas vítimas estará relacionada com a especificidade da operação, sendo observada a atuação de maior relevância, para que o órgão competente assuma a liderança situacional.

Art. 22. Nas ocorrências especiais, que demandam alto grau de conhecimento específico,

tais como eventos com produtos radioativos ou em mineração profunda, o coordenador geral deverá ser um profissional da área em questão.

Art. 23. Nas ocorrências ordinárias envolvendo múltiplas vítimas a coordenação geral caberá ao Corpo de Bombeiros Militar, devendo os esforços de atendimento às vítimas serem divididos entre:

I – Subcoordenador de busca e salvamento – é o bombeiro militar responsável por coordenar os esforços de busca e localização das vítimas, obtenção de acesso, com uso de ferramentas e técnicas especiais, desencarceramento, retirada de local de difícil acesso, estabilização de locais de risco, com técnicas de escoramento, ancoragem, calçamento e amarrações;

II – Diretor de socorros médicos – é o médico responsável por coordenar todas as ações de saúde na ocorrência, incluindo a regulação médica, triagem, tratamento e definição do transporte das vítimas, bem como pela definição e coordenação das intervenções de suporte básico e suporte avançado de vida.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. O Secretário de Estado de Saúde, O Secretário de Estado de Defesa Social, o Comandante Geral da Polícia Militar de Minas Gerais e o Comandante Geral do Corpo de Bombeiros Militar baixarão instruções sobre os procedimentos a serem adotados pelas respectivas chefias e comandos subordinados, em todos os níveis, com vistas a cumprir o disposto no presente decreto.

Art. 25. A Coordenadoria Estadual de Defesa Civil deverá integrar-se aos esforços de elaboração da doutrina do Sistema de Comando em Operações – SCO, em conjunto com os órgãos componentes do Sistema de Defesa Social e com o Grupo Gestor Estadual.

Art. 26. Nos municípios onde houver instalada Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil (COMPDEC), esta deverá convidada pelo Grupo Gestor Local a integrar-se ao citado colegiado.

Art. 27. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

A estruturação da resposta dos serviços assistenciais de urgência e emergência aos desastres e catástrofes em Minas Gerais foi iniciada a partir da necessidade de estabelecer esse tipo de resposta para os dois eventos de massa que se dariam naquele estado: a Copa das Confederações em junho de 2013 e a Copa do Mundo de Futebol em junho de 2014. Entretanto, desde o primeiro envolvimento da saúde neste escopo estabeleceu-se que todo o arcabouço legal, as estruturas físicas e os conteúdos educativos desenvolvidos seriam deixados como legados permanentes para Minas Gerais, o que propiciaria resposta adequada aos eventos de massa e àqueles considerados como desastres ou catástrofes.

Com base nesses objetivos, iniciaram-se os trabalhos para o estabelecimento dos planos, visto que a resposta às situações com múltiplas vítimas, desastres e catástrofes obriga que se façam dois planos distintos: o Plano de Contingência e o Plano Operacional.

PLANEJAMENTO TÁTICO E OPERACIONAL

Plano de Contingência

O Plano de Contingência é o planejamento tático elaborado a partir de determinado risco de desastre. O risco de um desastre leva em conta a(s) ameaça(s) e a(s) vulnerabilidade(s) estimada(s).

Em princípio, o Plano de Contingência deve ser elaborado com grande antecipação, para atingir a finalidade de:

- facilitar as atividades de preparação para emergências e desastres;
- otimizar as atividades de resposta aos desastres.

O Plano de Contingência, em vários países, é denominado Plano de Emergência e pode ser definido como a sistematização de um conjunto de normas e regras de procedimentos, destinados a minimizar os efeitos dos desastres que venham a ocorrer em determinadas áreas sob determinadas condições. Esse plano traça como a gestão dos recursos materiais e humanos pode ser otimizada nestas situações e estabelece a participação de pessoal técnico especializado para lidar com eles.

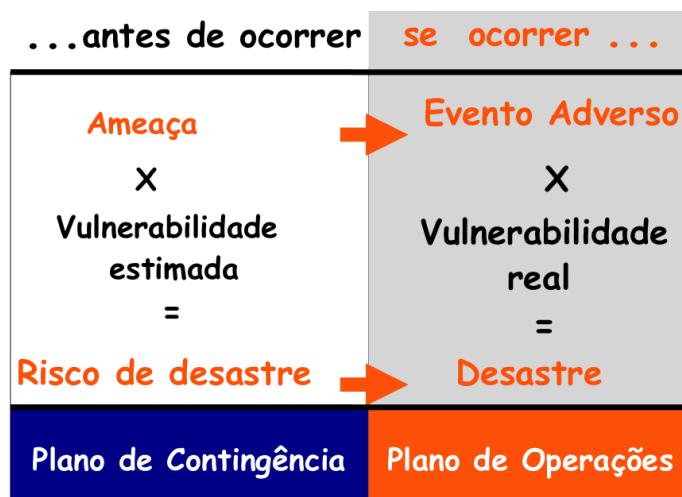
Plano de Operações

Diferentemente do Plano de Contingência, que é elaborado para responder a determinada hipótese de desastre, o plano de operações é elaborado para responder a uma situação real de desastre, devendo suas bases estarem contidas no Plano de Contingência.

O Plano de Operações pode ser:

- o próprio Plano de Contingência, com alterações mínimas que são introduzidas no planejamento inicial, após a realização da avaliação dos danos que realmente ocorreram;
- um plano alternativo, também desenvolvido a partir de um Plano de Contingência, que é adaptado à situação real de desastre, em consequência das diferenças existentes entre a situação real e as constantes da hipótese de planejamento, que tornariam o plano inexequível, caso não fosse substancialmente atualizado;
- um plano operativo, totalmente elaborado após a ocorrência de uma situação real de desastre.

É importante caracterizar que é muito mais fácil adaptar um Plano de Contingência, elaborado antecipadamente que improvisar um plano operativo após a ocorrência do desastre e sob pressão dos acontecimentos.





No Plano de Contingência, faz-se necessário estabelecer quais os critérios mínimos para o acionamento do plano operacional. Estes critérios usualmente devem-se a:

1. desequilíbrio entre a capacidade de resposta e as demandas da emergência;
2. comprometimento da capacidade local de resposta;
3. questões técnicas específicas que superam a expertise local;
4. comando local ou responsável pela central considerar necessário;
5. existência de mais de cinco vítimas vermelhas (graves) ou amarelas (moderadas);
6. exigência de procedimentos especiais de triagem, regulação e transporte;

Em caso de ocorrência de desastres, catástrofes ou situações com múltiplas vítimas, faz-se igualmente necessário o estabelecimento prévio, por meio do Plano de Contingência, de itens essenciais à sua aplicabilidade operacional, traçada dentro do Plano Operacional ou Operativo, quais sejam: as linhas de ativação, as linhas de comando e o planejamento da comunicação e do abastecimento, tanto de comestíveis e líquidos (água) como de suprimentos médico-hospitalares que se façam necessários. Alterações podem ser feitas em decorrência da avaliação de gravidade e extensão do desastre, assim como de vulnerabilidades reais que se apresentem no momento de um evento.

Assim sendo, após a elaboração de um Plano de Contingência, as organizações envolvidas devem estabelecer os procedimentos para o reconhecimento imediato dessas situações para o acionamento da resposta operacional quando se fizer necessário.

Para o bom desempenho do Plano Operacional, todos os órgãos envolvidos no atendimento às urgências devem, então:

1. participar do processo de planejamento, elaboração e avaliação do Plano;
2. conhecer e difundir o plano nas suas organizações;
3. implementar as ações para viabilizar a execução do plano dentro de cada organização;
4. manter sistemas de plantão permanente para o atendimento às urgências;
5. alertar (acionar), obrigatoriamente, independentemente da organização (central) que receba o chamado para o atendimento, as outras duas centrais, sendo sempre envolvidos, nesses casos, pelo menos o Corpo de Bombeiros, a Polícia e o Samu;

6. independentemente do acionamento, a primeira organização no local adota as medidas iniciais:
 - 6.1 avaliar o evento (cena);
 - 6.2 informar às centrais.

A seguir, descreveremos as propostas das linhas de ativação e comando, de comunicação e de abastecimento em situações de desastres e catástrofes no âmbito da saúde, discutidas e repassadas aos profissionais de Minas Gerais. Nesse momento, com foco na resposta aos eventos Copa das Confederações e Copa do Mundo de Futebol, mas que poderão ser utilizadas em quaisquer eventos de massa, com situações de múltiplas vítimas, desastres ou catástrofes.

Acionamento do plano

O plano deve ser acionado em três etapas:

- 1) alerta inicial;
- 2) confirmação (Alarme); e
- 3) acionamento (desencadeamento) do Plano.

Alerta inicial

Após o evento, a primeira comunicação de uma condição potencial com múltiplas vítimas deve levar a um alerta do serviço, seja ele o Samu, a Polícia ou os Bombeiros.

A primeira organização que recebe uma comunicação de situação com múltiplas vítimas deve, obrigatoriamente, alertar as demais centrais e realizar um alerta triangular (Bombeiros, Polícia, Samu).

Quando a primeira comunicação provém de um ou múltiplos chamados de populares pode por si só levar a uma resposta com uma unidade exploratória inicial para confirmação do evento, da gravidade e do número de vítimas ou aguardar até que uma unidade especializada ou um membro da polícia, bombeiros ou Samu confirme as informações.

Confirmação (Alarme)

Quando a primeira chamada for proveniente de um profissional do SAMU, da polícia ou dos bombeiros e informar a gravidade e o número aproximado de vítimas, a confirmação do evento é realizada.

Quando a primeira chamada vier de um leigo, a central responsável pela primeira unidade que chega ao local, após receber a confirmação sobre a situação (com o número de vítimas e gravidade presumível), deverá obrigatoriamente repassar estes dados (confirmação) às demais centrais (Bombeiros, Polícia, Samu).

Acionamento (Desencadeamento) do Plano

O acionamento do plano é realizado em cada organização mas deve ser informado às outras duas, sobre a resposta inicial dada, proporcionando, assim, uma estimativa do envio de unidades de cada organização.

Em cada organização é definido quem tem autoridade para acionar o plano. No caso do Samu, o Médico Regulador, da Central Operacional do Samu é quem tem autoridade para tal. No caso do corpo de bombeiros e da polícia, normalmente cabe ao oficial de operações ou ao oficial do dia a autoridade para o desencadeamento do plano.

No âmbito pré-hospitalar, o acionamento do plano faz que um protocolo específico para tais casos, previsto no plano operacional, seja desencadeado.

Esse protocolo prevê, inicialmente, o acionamento de pelo menos uma unidade de suporte básico e duas de suporte avançado, assim como o alerta às equipes que não estão de plantão para ficarem de sobreaviso, caso haja necessidade de reforço. O chefe do Samu deve sempre ser imediatamente avisado desse acionamento e caberá a ele avaliar seu deslocamento até a cena do evento ou à central de regulação do Samu para as providências que se tornarem necessárias. O chefe do Samu deve ser informado das primeiras atitudes já tomadas e dos nomes e telefones dos oficiais operacionais ou do dia da polícia e do corpo de bombeiros, aos quais fará um primeiro contato para estabelecer uma via de comunicação de comando.

Após a ativação das unidades e do repasse das informações ao chefe de serviço, um Técnico Auxiliar de Regulação Médica - TARM é designado para o alerta/sobreaviso dos profissionais do Samu, enquanto o médico regulador faz contatos telefônicos com os chefes de unidades de emergência hospitalar e informa sobre o acionamento do plano e o número estimado de vítimas e gravidade, assim como estabelece com eles uma estimativa média de possibilidade de recepção de vítimas em cada hospital. O médico regulador solicita, no menor tempo possível, uma estimativa, por parte do chefe da emergência, da prontidão para o recebimento de vítimas.

Caberá ao chefe da unidade de emergência desencadear o plano operacional dentro de cada hospital.

A ativação de outras unidades do Samu dependerá da avaliação real da gravidade e da extensão da ocorrência e da disponibilidade de equipes para serem deslocadas. Essa ativação poderá ser feita diretamente pelo médico regulador da central de regulação do Samu ou pelo diretor de socorro médico (DSM), que está no local da ocorrência, quando dispuser de um Veículo de Regulação Móvel ou acesso à regulação. Por precaução, o DSM e o médico regulador devem estar informados das necessidades e dos recursos permanentemente, por rádio/telefone e sistema informatizado.

A ativação de outros serviços será realizada por meio de contato do médico regulador ao oficial por operações ou do dia, o qual acionará seus recursos.

COMANDO

FASE DE ALERTA E ACIONAMENTO

O comando de todas as operações, em um desastre ou catástrofe, inicia-se desde a central que foi primeiramente acionada, da qual o oficial do dia ou o oficial da central de emergência assume, até a chegada de um oficial à área do evento, todo o comando remoto das operações. Normalmente, essa atribuição é realizada por um oficial bombeiro ou, na sua ausência, por de um oficial da polícia.

No âmbito da saúde, o comando em situações de desastres e catástrofes, dá-se

igualmente e, inicialmente, à distância, por meio da central de regulação. O médico regulador é a autoridade competente para alertar as outras instituições, desencadear os alertas de prontidão e o acionamento das unidades móveis para que se dirijam ao local do evento.

Cabe também ao médico regulador o alerta à rede hospitalar e os repasses de informação para o acionamento do plano hospitalar e o repasse de informações quanto ao quantitativo e gravidade das vítimas, possibilitando-se assim, que a rede hospitalar acione o plano operacional e se prepare para receber as vítimas.

Até que um comando no local seja estabelecido, no âmbito da assistência à saúde, o médico regulador, na central operacional (central de regulação médica do SAMU), é a autoridade maior no comando das operações.

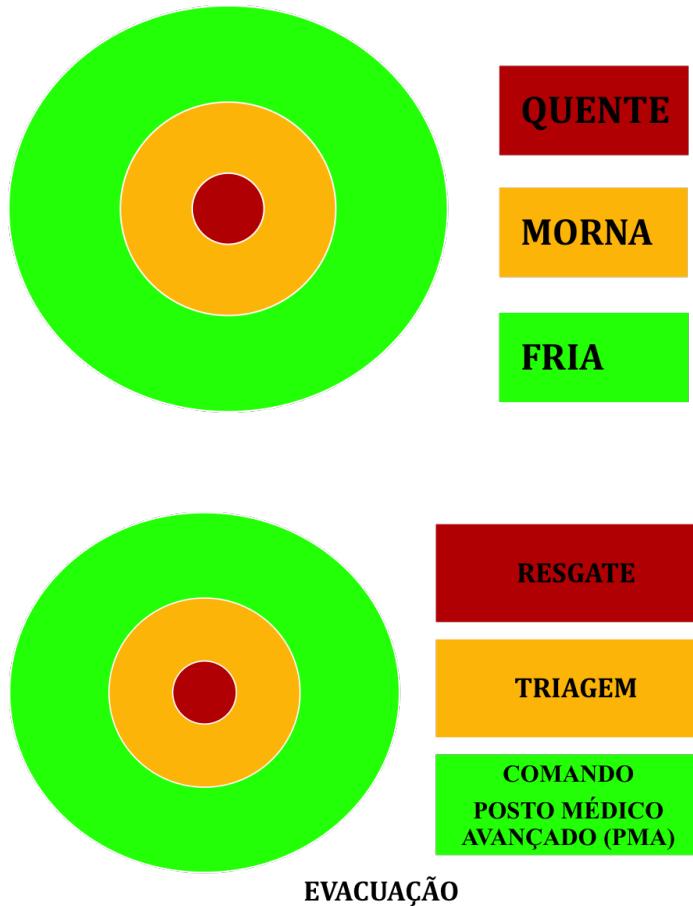
FASE DE ATENDIMENTO NO LOCAL DO EVENTO

Na cena do evento, o oficial bombeiro mais graduado deverá assumir a chefia (comando) geral, como comandante geral de operações (CGO). Para tal, este é auxiliado por um comandante operacional bombeiro e por um DSM. O comandante geral de operações, informado pelo comandante operacional bombeiro, estabelece, inicialmente, o Posto de Comando, que centralizará todas as informações do evento e das operações na zona definida como segura, a zona verde.

Zoneamento

Por meio do Comandante Operacional Bombeiro, realiza-se o zoneamento do evento, procedendo-se ao isolamento da área mais próxima do desastre, na qual existe ou pode existir risco para profissionais tanto bombeiros como outros, definindo-a como zona quente ou vermelha. Ao redor dessa área, a zona vermelha ou quente, restrita à entrada de profissionais do corpo de bombeiros, uma outra zona deve ser estabelecida, a zona morna, para a qual serão trazidas as vítimas a um ponto de agrupamento, o ponto de reunião ou triagem de vítimas. Essa zona morna, por estar mais próxima à zona restrita, a zona quente, por vezes tem seu risco aumentado e pode vir a se tornar igualmente zona vermelha, quando então um diâmetro maior de segurança deverá ser reestabelecido. Por fora da zona morna é estabelecido a terceira zona, a zona fria ou verde, zona aquela em que serão instalados o posto de comando, as áreas de

tratamento com os Postos Médicos Avançados (PMA), a área de Morgue, a área de imprensa, a célula psicossocial, entre outras.



A primeira unidade móvel do Samu que chega ao evento tem por finalidade proteger e avaliar a cena, estimar número e gravidade das vítimas, repassar informações à Central de Regulação e estabelecer, em um primeiro momento, o comando da saúde.

O comando segue uma ordem hierárquica, atribuída aos conhecimentos técnicos e de poder sanitário como a seguir descrito:

- autoridade maior sanitária no local: médico;
- primeiro substituto da autoridade sanitária do médico: enfermeiro;



- segundo substituto da autoridade sanitária do médico: técnico em enfermagem socorrista;
- terceiro substituto da autoridade sanitária do médico: condutor-socorrista;

Nos casos em que a primeira unidade é uma de Suporte Básico de Vida, o técnico em enfermagem é a autoridade sanitária local maior até que tenha chegado uma unidade de suporte avançado ou um Veículo de Intervenção Rápida (VIR) trazendo um médico.

O técnico em enfermagem estabelece um contato com o comando da polícia e dos bombeiros e fica responsável pela organização da resposta até a chegada de um enfermeiro ou de um médico.

Quando, na Unidade de Suporte Básico de vida, também estiver um profissional enfermeiro, cabe ao enfermeiro, como primeiro substituto do médico, assumir o comando até a chegada de um médico.

Com a chegada de um médico, vindo por meio de uma unidade de suporte avançado do Samu ou de um veículo de intervenção rápida ou um veículo de regulação móvel, este assume o comando de operações, sendo substituído apenas quando chegar um profissional médico com mais experiência em tais ocorrências ou pelo chefe médico do Samu, desde que este permaneça como um profissional operacional.

O profissional médico no comando das operações é designado de DSM, que deve ter identificação que o destaque dos demais (colete de cor específica) e ter à sua disposição todos os meios de comunicação possíveis. Como atividades iniciais, deve apresentar-se como DSM ao oficial no comando das operações militares e de resgate e providenciar a distribuição de sub-comandos das áreas principais de atendimento e evacuação.

Estabelece, dessa maneira:

1. um médico coordenador da área de reunião (triagem) ou na sua ausência um enfermeiro, seguindo-se de um técnico em enfermagem socorrista. Esta área é caracterizada pelo agrupamento inicial das vítimas, realização de triagem *start* e destinação às áreas de atendimento de acordo com a gravidade;
2. um médico coordenador da área vermelha, para onde serão destinados os pacientes graves (vermelhos);
3. um médico coordenador da área amarela, para onde serão destinados os pacientes de gravidade moderada (amarelos);

4. um médico coordenador da área verde ou, na sua ausência, um enfermeiro, seguindo-se de um técnico em enfermagem socorrista, para onde serão destinados os pacientes com gravidade leve (verdes);
5. um médico coordenador da área de evacuação, ou, na sua ausência, um enfermeiro, seguindo-se de um técnico em enfermagem socorrista, por um socorrista bombeiro e por um policial.

Cada um destes comandos, incluindo o DSM, deve ter um profissional que assuma as questões administrativas.

O DSM é a maior autoridade sanitária operacional em uma cena de desastre ou catástrofe e cabe a ele, em comum acordo com as autoridades de saúde e o médico regulador, coordenar todas as ações de saúde no evento e responder ao chefe de operações por todos os encaminhamentos dados. Normalmente, é ele que se ocupa da passagem de dados de saúde e do repasse de informações concernentes à gravidade e ao destino das vítimas. Deve estar em contato permanente com os chefes das áreas para conseguir apoiá-los, assim como colher os dados. Cabe a ele igualmente definir o destino dos pacientes por meio da regulação móvel ou repassar os casos à central de regulação do Samu, que se ocupará da preparação da recepção.

O médico coordenador da área de reunião (na sua ausência um enfermeiro, seguindo-se de um técnico em enfermagem socorrista) coordena a triagem em área próxima ao evento, normalmente na zona morna e determina, por meio da triagem *start*, para qual área a vítima será encaminhada: vermelha, amarela, verde ou preta (vítimas que foram a óbito, ou sem possibilidade de sobrevida).

O médico coordenador da área vermelha, das vítimas graves, auxiliado por um técnico de enfermagem ou por um enfermeiro, coordena todos os atos médicos em relação às vítimas graves e determina o sequenciamento de transporte das vítimas, da seguinte forma: quando a rede hospitalar suportar, os mais graves serão encaminhados primeiramente e quando a rede hospitalar não suportar a quantidade de pacientes a serem atendidos, as vítimas graves, entretanto as com maiores condições de sobrevivência, deverão ser encaminhadas primeiramente. Ele repassa os dados ao DSM e, após contato com o médico coordenador da área de evacuação, define o melhor momento para o transporte do paciente, levando-se em conta que a unidade já deve ter sido preparada pelo DSM.



O médico coordenador da área amarela, das vítimas moderadas, auxiliado por um técnico em enfermagem ou por um enfermeiro, coordena todos os atos médicos em relação às vítimas moderadas, providenciando a reavaliação das vítimas e aguardando a evacuação das vítimas graves para dar início à evacuação das vítimas moderadas. Em alguns casos, a partir da reavaliação, reclassifica uma vítima, encaminhando-a à área vermelha ou, nos casos em que se mostrar de gravidade leve, encaminhando-as à área verde. Ele repassa os dados ao DSM e, após a evacuação das vítimas graves ou tendo grande disponibilidade de unidades móveis e capacidade de atendimento pela rede hospitalar, em contato com o médico coordenador da área de evacuação, define o melhor momento para o transporte do paciente, levando em conta que a unidade já deve ter sido preparada pelo DSM.

O médico coordenador da área verde, das vítimas leves, auxiliado por um técnico em enfermagem ou por um enfermeiro, coordena todas os atos médicos em relação às vítimas leves, providenciando a reavaliação das vítimas, liberando as vítimas que forem possíveis e, para aquelas que necessitem de transporte, aguardando a evacuação das vítimas graves e moderadas para dar início à evacuação das vítimas leves. Em alguns casos, a partir da reavaliação, reclassifica uma vítima, encaminhando-a à área amarela ou vermelha. Ele repassa os dados ao DSM e, após a evacuação das vítimas moderadas e graves ou tendo grande disponibilidade de unidades móveis e capacidade de atendimento pela rede hospitalar, em contato com o médico coordenador da área de evacuação, define o melhor momento para o transporte do paciente, levando em conta que a unidade já deve ter sido preparada pelo DSM.

O médico coordenador da área de evacuação recebe as orientações do DSM quanto à gravidade e ao destino de determinada vítima e prepara a unidade móvel adequada para a remoção da vítima. A seguir, entra em contato com o coordenador da área respectiva para que este libere a vítima para o transporte. Deve dar prioridade às vítimas vermelhas e graves, seguindo as instruções repassadas pelo DSM. Não deve proceder à remoção de uma vítima sem registrar nome/número, gravidade e destino confirmado, seguindo a orientação do DSM.

COMUNICAÇÃO

Normalmente, em casos de desastres e catástrofes, as telecomunicações são afetadas, o que dificulta a interlocução entre os profissionais que atuam nessas situações. Entretanto, a comunicação nessas situações é um elemento crítico e sensível para a ótima resposta e coordenação operacional.

Assim, deve ser tentado garantir a comunicação ininterrupta entre o Diretor de Socorro Médico (DSM) e a Central de Regulação e esta, por sua vez, com a rede hospitalar adscrita. Além desta comunicação, a comunicação no local do evento garante o registro, a operacionalidade e a correta execução dos procedimentos entre todos os coordenadores de área e o DSM.

Para tal, descreveremos a seguir como se dá a comunicação entre o DSM, a Central de Regulação do Samu e as demais autoridades na área do evento.

Comunicação DSM-Central de Regulação e autoridades

Devem ser previstos para essa comunicação pelo menos três celulares, preferencialmente com dois *chips* e de operadoras diferentes, quatro radiocomunicadores, previamente programados nas frequências do corpo de bombeiros, polícia militar e polícia rodoviária federal, aparelhos de transmissão satelital de dados e voz, com programa de comunicação previamente instalado e testado na central de regulação do Samu e ponto distante e, quando possível, um rádio amador.

Comunicação DSM e Coordenadores de Área

Esta comunicação deve ser realizada por rádios tipo *talk-about*, sincronizados e em quantitativo adequado para cada coordenador e seu auxiliar, assim como reserva técnica.

ABASTECIMENTO

O abastecimento será, para efeitos de compreensão, dividido em: abastecimento de equipamentos, abastecimento de combustíveis e energia elétrica, e abastecimento de líquidos (água) e alimentos para profissionais e vítimas quando possível.

Abastecimento de equipamentos

O abastecimento/suprimento de materiais e equipamentos necessários faz-se por meio dos conjuntos denominados: Provisão de Suprimentos Médicos Tipo I (PSM-I) e Provisão de Suprimentos Médicos Tipo II (PSM-II).



Cada PSM-I tem materiais, equipamentos e medicações previstos para o atendimento de 25 vítimas e previu-se que cada Samu Regional tenha pelo menos quatro conjuntos de PSM-I, possibilitando o atendimento de até 100 vítimas. Este conjunto acompanha-se de cinco tendas interconectáveis, quatro delas podem ser utilizadas individualmente ou, com a quinta tenda de conexão, formarem uma Tenda em Cruz. Além das tendas, cada PSM-I é acompanhado de um gerador instalado em reboque e um mini-tanque de água. Para cada quatro conjuntos, dois veículos de tração e um de regulação móvel também estão previstos.

Cada PSM-II tem materiais, equipamentos e medicações previstos para o atendimento de 200 vítimas e previu-se a aquisição de cinco conjuntos tipo PSM-II, acrescidos de materiais para composição de uma UTI de campanha, um centro cirúrgico de campanha e um refeitório de campanha. Poderá servir como reforço a um desastre ou uma catástrofe ou ser utilizado como hospital de campanha. Para tal, será composto de tendas interconectáveis, que poderão assumir diferentes composições de área e distribuição de setores.

Alimentação e hidratação

O abastecimento/suprimento de água se fará com reboques pipa, previamente adquiridos. Esses reboques com água tornam-se imprescindíveis, principalmente, em instalações de grande permanência, como o Hospital de Campanha, e podem ser reforçados por caminhões pipa de empresas públicas ou privadas.

O abastecimento de alimentos será feito, nos casos de desastres e catástrofes, por meio da aquisição, por parte de um coordenador administrativo, de sanduíches, que serão distribuídos aos profissionais em serviço. Isso deve estar previsto no plano de contingência, juntamente com a verba destinada à sua aquisição.

Energia e Iluminação

O abastecimento/suprimento de energia elétrica será realizado inicialmente por geradores a dísel, adquiridos para cada tenda, reforçados por um gerador de 60kva em reboque e que poderá alimentar os condicionadores de ar, a iluminação interna das tendas e a iluminação externa no local do evento e nos locais de atendimento.

ESTRUTURAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Para a preparação adequada de recursos humanos e entendimento das diversas especificidades de um plano de contingência, de um plano operacional e papéis a serem desempenhados quando da ocorrência de situações de desastres e catástrofes é imprescindível que um curso específico seja realizado com o envolvimento, no âmbito pré-hospitalar, dos profissionais que atuam no Samu. Nesse curso ainda devem ser convidados alguns representantes do Corpo de Bombeiros, da Polícia e dos Hospitais, que serão responsáveis pela propagação dessa metodologia dentro de suas instituições.

Em Minas Gerais, por meio de parceria com o Samu de France e dos Hospitais de Paris, o curso desenvolvido para os profissionais seguiu o modelo adotado pelo Samu de Paris. Assim, foram realizados três momentos distintos, quando especialistas franceses puderam repassar sua *expertise* no tema e discutir com os profissionais brasileiros sua aplicabilidade no estado e no restante do país.

A seguir, vemos os temas abordados nesses momentos, que tiveram como fim dois exercícios simulados, desenvolvidos no terceiro momento, em que foram colocados em prática os ensinamentos do curso.

- 1) Princípios gerais da medicina de catástrofe
 - a. Comando
 - b. Comunicação
 - c. Registro
- 2) O plano vermelho. Papel da saúde na resposta às situações de múltiplas vítimas, desastres e catástrofes. Estruturas de comando
- 3) O plano branco (Plano específico da saúde)
 - a. Plano Branco Pré-Hospitalar – Organização e logística na resposta às situações de múltiplas vítimas, desastres e catástrofes
 - b. Plano Branco Hospitalar – Organização e logística na resposta às situações de múltiplas vítimas, desastres e catástrofes
- 4) Papel dos profissionais
- 5) Triagem
- 6) Posto de Comando e Provisionamento de Suprimentos Médicos (PSM)



- 7) Telecomunicações
- 8) Célula psicológica
- 9) Conduta com a Imprensa
- 10) Conduta com os VIPs
- 11) Evacuações sanitárias aéreas
- 12) Produtos químicos e Intoxicações coletivas
- 13) Aeroportos e Acidente aéreo
- 14) Estádios de futebol e eventos esportivos
- 15) Atentados terroristas e Bioterrorismo
- 16) Catástrofes marítimas
- 17) Incêndios coletivos
- 18) Explosões
- 19) Esmagamentos
- 20) Pandemias e doenças emergentes
- 21) Acidentes Nucleares, Biológicos, Químicos e Radiológicos (NBQR)
- 22) Exercícios simulados

Foram realizados dois exercícios simulados: o primeiro dentro da área do Aeroporto de Confins e o segundo dentro do Estádio Mineirão.

Nesses dois momentos, caracterizados pelo grande empenho dos profissionais e pela seriedade que foi dada, mesmo tratando-se de exercício simulado, possibilitou-se, por meio da análise das operações, aprofundar e consolidar os princípios apresentados no curso teórico.

A seguir, podemos ver alguns momentos do primeiro exercício (Aeroporto de Confins) e do segundo exercício (Mineirão).

SIMULADO NO AEROPORTO TANCREDO NEVES – CONFINS



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 1: Simulado no Aeroporto Tancredo Neves – Confins. Logo após acidente simulado com avião comercial e chegada do corpo de bombeiros, os profissionais bombeiros, utilizando Equipamentos de Proteção Individual (EPI), iniciam a retirada das vítimas e as conduzem até o ponto de reunião.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 2: Simulado no Aeroporto Tancredo Neves – Confins. Ponto de reunião para onde as vítimas são conduzidas inicialmente e onde é realizada a triagem inicial.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 3: Simulado no Aeroporto Tancredo Neves – Confins. Posto Médico Avançado (PMA), montado em uma “Tenda em Cruz” em área segura, zona verde, próxima ao ponto de reunião e em local que possa facilitar a evacuação.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 4: Simulado no Aeroporto Tancredo Neves – Confins. Chegada das primeiras vítimas ao Posto Médico Avançado((PMA) para serem avaliadas quanto à gravidade e para proporcionar estabilização necessária para o transporte.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 5: Simulado no Aeroporto Tancredo Neves – Confins. Organização da área de evacuação no posto de comando.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 6: Simulado no Aeroporto Tancredo Neves – Confins. Remoção das vítimas do PMA para a área de evacuação, com destino já previamente definido.

SIMULADO NO ESTÁDIO DE FUTEBOL MINEIRÃO – BELO HORIZONTE



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 7: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Vítimas simuladas, já maquiadas, sendo orientadas quanto ao exercício simulado.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 8: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Vítimas sendo atendidas e removidas pelo socorristas do Corpo de Bombeiros na zona quente.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 9: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Instalação do Posto de Comando em zona segura (zona verde).



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 10: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Vítimas colocadas no ponto de reunião onde é realizada triagem e onde aguardam liberação para remoção às estruturas médicas (PMA).



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig.11: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Término da montagem do PMA e das zonas de atendimento. Inicia-se pelas vítimas triadas como vermelhas (graves).



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 12: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Início da remoção das vítimas do ponto de reunião para o PMA. Inicia-se pelas vítimas triadas como vermelhas (graves).



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 13: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Chegada das vítimas ao PMA sendo recebidas pelo coordenador da área vermelha (graves).



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig.14: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Visão do interior da área vermelha (tenda) para atendimento das vítimas graves.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 15: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Diretor de Socorros Médicos (DSM) confere número de vítimas e prepara evacuação.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 16: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Área de estacionamento e evacuação das vítimas.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 17: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Remoção de uma vítima caracterizada como moderadamente grave, da área\ (tenda) amarela para a área de evacuação.

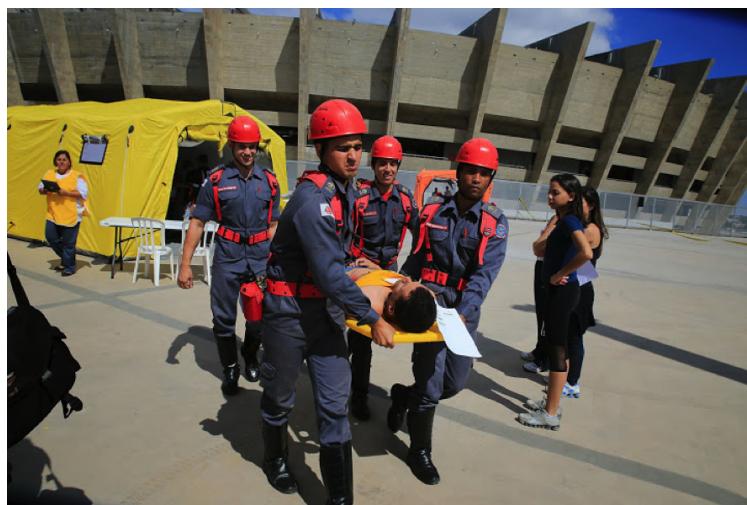


Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 18: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Remoção de uma vítima caracterizada como moderadamente grave, da área\ (tenda) amarela para a área de evacuação. Visão do Estádio do Mineirão ao fundo.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 19: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Área de estacionamento de ambulâncias e evacuação. Visão do Estádio do Mineirão ao fundo.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 20: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Apoio do helicóptero aeromédico para remoção de vítimas.

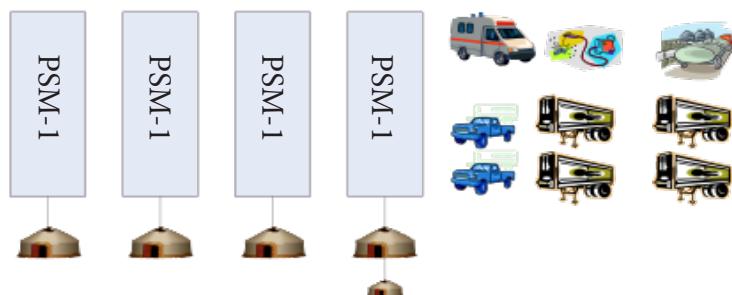
ESTRUTURAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS

Dentro da proposta de estruturação física no âmbito pré-hospitalar, os recursos materiais serão organizados em módulos, denominados módulos tipo 1 e módulos tipo 2. Serão adquiridos cinco módulos tipo 1 e que, depois do último evento, serão encaminhados individualmente a cada um dos Samus regionais existentes até o momento em Minas Gerais, dando início a uma estruturação que deverá ser continuada no restante do estado.

Cada módulo tipo 1 será constituído de quatro Provisões de Suprimentos Médicos do tipo I (PSM-I), cada um dos quais tendo capacidade de atendimento de 25 vítimas. Assim, um módulo tipo 1 poderá atender sem dificuldade a 100 pacientes/vítimas e os cinco módulos tipo 1 a serem adquiridos atenderão a 500 vítimas em condições satisfatórias.

Além dos PSM-I, cada módulo tipo 1 será composto de um veículo de comando e regulação móvel, dois veículos utilitários com gancho para reboques, quatro reboques em duralumínio em que serão acondicionados os materiais e as tendas, um reboque com água potável e um reboque com um gerador potente.

Abaixo, podemos ver a composição do módulo tipo 1:



Para a Copa do Mundo de Futebol, igualmente, propõe-se o estabelecimento de um módulo tipo 2 com cinco PSM tipo II, que podem atender, cada um deles, ao quantitativo de 200 vítimas. Esse módulo tipo 2 poderá servir tanto de reforço para o estabelecimento e a



ampliação do Posto Médico Avançado como – acrescido de material de reanimação, de cuidados intensivos e de materiais cirúrgicos, além de estrutura laboratorial, radiológica e de apoio – ser transformado em hospital de campanha com capacidade para atender a 1.000 pacientes.

Detalhamos a seguir cada uma das principais estruturas que comporão o módulo de resposta.

Veículos específicos de comando

O veículo de comando e regulação móvel deverá ser um veículo tipo furgão, adaptado conforme o detalhamento a seguir e que possua todos os equipamentos de comunicação por rádio, telefonia celular e comunicação satelital para que possa tanto servir de comunicação com as equipes que estão no atendimento do evento, quanto realizar comunicações de longa distância para outras instituições. Deverá igualmente ser provido de gerador próprio e de tomada tipo Trafo com extensão, que garanta sua autonomia energética. Além disso, deverá conter iluminação própria e do ambiente que propicie trabalhar em condições onde a energia elétrica da rede pública não esteja disponível. O *software* de gestão das urgências, disponível na central de regulação médica do Samu, deverá ser disponibilizado no veículo, com o módulo de catástrofes ativado.

A seguir, detalhamos as especificações técnicas deste veículo:

- **Posto de Comando Móvel (PCM) do Samu**

Veículo tipo 4x4 utilizado para todas as intervenções de grande amplitude. O PCM faz parte das escalas mais elevadas de comando, podendo estar situado no local do evento.

Descrição geral

- Veículo tipo 4x4, com tração reduzida
- Comprimento mínimo: 4,80m
- Largura aproximada: 2,00m
- Altura: 2,85m
- Condicionador de ar de pelo menos 23.000 BTUs com distribuição para as duas cabines com controle separado

- Bateria selada individual para cabine posterior, recebendo carga da bateria principal, e entrada bloqueada quando existe carga externa por meio de tomada Trafo, colocada logo atrás da porta do motorista
- Inversores de 12v para 110v e de 12v para 220v
- Antena externa para recepção/transmissão/amplificação do sinal GPRS (Serviços Gerais de Pacote por Rádio)
- Antena satelital
- Iluminação interna potente e regulável
- Luzes externas potentes e reguláveis individualmente
- Holofote com haste rebatível de 3 metros de altura, base para fixação e fio extensor de 30 metros de comprimento para iluminação do evento
- Tanques de água fresca e de água para o sanitário
- Cabine sanitária móvel com sistema de exaustão
- Pia com torneira
- Frigobar
- Micro-ondas pequeno

No interior da viatura encontra-se o necessário para transmissões com transmissores/receptores, mapas, materiais auxiliares para tomada de decisão, fax, celulares, satélite.

Missões principais

- Coordenação das operações importantes, sendo necessário o envio de duas a quatro equipes, ou de operações especiais
- Gestão de meios materiais e profissionais (pessoais)
- Informações e pesquisas das autoridades
- Realização das transmissões

Principais materiais

TRANSMISSÕES

- 6 rádios 450 MHz
- 3 rádios 85 MHz
- 4 celulares
- 1- 2 celulares satelitais

DIVERSOS

- 1 bancada de trabalho
- 1 painel de gestão de meios
- 1 painel de recenciamento de vítimas
- 1 jogo de mapas e planos
- Documentação operacional

Veículos de transporte de materiais

Os equipamentos, *kits* e tendas serão acondicionados em caixas e conduzidos por reboques tracionados por veículos utilitários, preferencialmente com tração nas quatro rodas.

Os reboques também poderão ser tracionados por ambulâncias e pelo veículo de comando e regulação médica móvel.

Reboques

Para cada conjunto destinado ao atendimento de 25 vítimas, o PSM-I, um reboque para acondicionamento das caixas e dos materiais diversos será dimensionado.

Além dos reboques com os PSM-1, deverá haver um reboque com água potável e um reboque para o gerador de energia.

Tendas

Para o atendimento aos desastres e às catástrofes, idealmente utilizam-se tendas que servem como Posto Médico Avançado (PMA) e para onde as vítimas são trazidas pelos socorristas procedendo-se a uma triagem na entrada e à distribuição por áreas – vermelha, amarela e verde, de acordo com a gravidade apurada inicialmente. Em razão do quantitativo de vítimas, as tendas devem propiciar a conexão com outras tendas, possibilitando assim o aumento da área de atendimento às vítimas.

Dois tipos de tendas são possíveis de serem adquiridas: tendas com armação metálica e tendas infláveis.

As tendas com armação metálica, embora mais resistentes, são de difícil manuseio, pesam muito mais quando comparadas às tendas infláveis e necessitam de equipe maior e treinada para sua montagem, além de terem um tempo longo para sua estruturação em campo.

Em contrapartida, tendas infláveis são mais leves, menos resistentes, necessitam de insuflador e podem ser rapidamente armadas com contingente pequeno de profissionais treinados.

Assim, sugerimos tendas infláveis isoladas, com porta de conexão e que, quando agrupadas em número de quatro, com uma tenda de conexão no meio, possam formar o preconizado como ideal para o atendimento a um número maior de vítimas, até 100, a denominada “Tenda em Cruz”.



Imagen captada e com autorização de uso de Bruno Garrigue, Samu 91 – França.

Fig. 21: Simulado no Estádio de Futebol Mineirão – Belo Horizonte. Tenda em Cruz para servir como Posto Médico Avançado no simulado. Optou-se, no simulado do Mineirão, pela utilização de tendas separadas.

Kits de catástrofes

O conjunto de resposta a catástrofes comportará unidades para o atendimento de 25 vítimas, denominados Provisão de Suprimentos Médicos Tipo 1.

O PSM-I será composto de uma tenda inflável, 18 caixas, equipamentos de comunicação, equipamentos de iluminação e de administração.

Em cada conjunto de quatro PSM-I, uma tenda de conexão será incluída, preferencialmente no terceiro reboque, propiciando a montagem em cruz.

Abaixo, detalhamos a distribuição das caixas no PSM-I:

PSM-1

LOTE TÉCNICO

1) 10 caixas médicas

- CAIXA 1: VENTILAÇÃO/ASPIRAÇÃO
- CAIXA 2: VENTILAÇÃO/INTUBAÇÃO
- CAIXA 3: PERFUSÃO
- CAIXA 4: SOLUÇÕES
- CAIXA 5: SOLUÇÕES
- CAIXA 6: MEDICAMENTOS
- CAIXA 7: CURATIVOS
- CAIXA 8: PEQUENOS MATERIAIS MÉDICOS
- CAIXA 9: MATERIAIS DIVERSOS
- CAIXA 10: IMOBILIZAÇÃO

2) CAIXA EPI (Equipamento de Proteção Individual)

3) 10 cilindros de oxigênio de 4l

4) 10 cilindros de oxigênio portátil de 1l

5) 1 desfibrilador

6) 4 monitores

LOTE SECRETARIADO

1 valise secretariado
1 mesa de secretariado de entrada/saída do PMA
8 cadeiras
10 macas+pés+grades
10 suportes de soro
1 notebook
1 impressora
100 etiquetas de triagem
4 telefones com acesso por satélite

LOTE TENDA (INDIVIDUAL, INFLÁVEL E CONECTÁVEL PARA FORMAR A CRUZ)

1 tenda inflável com 45m²
CAIXA ELETR 01 – balões iluminadores
CAIXA ELETR 02 – cabos elétricos
1 insuflador
1 gerador pequeno para insuflador e iluminação
CAIXA INSUFL – 1 caixa com tubos para insuflador
1 galão de óleo diesel de reserva
Painéis indicativos
Balizadores

LOTE RÁDIO

Comporta 3 caixas
CAIXA RÁDIO 01 – 1 antena, 1 posto médico móvel com micro, 8 rádios com baterias, carregadores e micro
CAIXA RÁDIO 02 – 1 kit de retransmissão + cabos de alimentação+cabos coaxiais
CAIXA RÁDIO 03 – 1 antena com pé e cabo

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A PREPARAÇÃO HOSPITALAR PARA SITUAÇÕES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

A definição de Situações com Múltiplas Vítimas (SMV) está mais relacionada, do ponto de vista da resposta hospitalar, com a capacidade de a instituição fazer frente à demanda inesperada que se apresenta em um curto espaço de tempo, portanto, está sempre relacionada a um desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços, tendo impactos diferentes em cenários hospitalares distintos. Obviamente que quanto maior o número de vítimas maior o impacto em uma instituição, mas este número deve ser sempre relativizado em relação à capacidade de resposta do serviço hospitalar. Por exemplo, um acidente com um ônibus em um local remoto com poucos recursos hospitalares e com apenas cinco vítimas pode perturbar toda a resposta de saúde do local e tornar-se um cenário que exige uma resposta próxima das respostas de exceção que caracterizam as SMV.

As SMV podem ser classificadas de forma didática em três tipos de análises:

1) Simples ou complexas – sendo simples, as SMV em que a infraestrutura social e de resposta fica intacta; e complexas as SMV em que infraestrutura social, de comunicações e acesso, além das estruturas de resposta à saúde, estão comprometidas (ex. guerra, desastres naturais etc.).

2) Tamanho: pelo número de envolvidos vivos ou mortos:

Tamanho	Número de envolvidos (vivos ou mortos)	Vítimas admitidas no hospital
Menor	25-100	10-50
Moderado	100-1000	50-250
Severo	>1000	>250

3) Compensada ou não compensada: quando se consegue compensar a resposta com a mobilização de recursos adicionais, a SMV é considerada compensada. No caso de não se conseguir mobilização de recursos adequados para a resposta à SMV, esta é considerada não compensada. A falha na compensação pode ocorrer em três situações:

- 3.1) o número de vítimas ultrapassa a capacidade de compensação com os recursos mobilizáveis;
- 3.2) o tipo de SMV exige recursos especializados inexistentes (ex. acidentes químicos, biológicos ou nucleares–QBRN);
- 3.3) SMV ocorridas em áreas sem recursos mobilizáveis ou então inexistentes.

Em geral, o conceito aplicável é que em situações de SMV a resposta de saúde sempre estará aquém do padrão adotado em situações normais da prática diária, o que não impede que planos sejam desenvolvidos para minimizar essa diferença.

A abordagem de um plano para resposta à SMV deve ser pensada sempre para todas as situações de risco, ou seja, o plano hospitalar deve prever de forma simples todos os possíveis tipos de acidentes e ser capaz de responder a eles. Logicamente, é necessária uma análise de risco prévia que leve em conta principalmente a região de abrangência na qual está inserido o hospital (por exemplo, se este se localiza em região industrial, caracterizando o tipo de risco industrial). Na concepção desenvolvida pelo estado de Minas Gerais, levamos em conta que o hospital faz parte de uma rede macrorregional de resposta a situações de urgência e que deve ter a possibilidade de participar de um plano de resposta regional, e não apenas local.

Grande parte das SMV resultam em menos de 100 vítimas, mas em casos de grandes aglomerações, como em estádios, estudos têm indicado uma média acima de 200 vítimas, que é o número que trabalhamos para eventos como a Copa do Mundo de Futebol. Nessa situação, os hospitais deveriam se preparar para atender a mais de 100 vítimas, o que na nossa realidade parece se mostrar quase impossível, sendo necessário então o envolvimento de toda a rede hospitalar da região onde ocorrer o evento.

O CURSO DE PREPARAÇÃO DOS HOSPITAIS EM BELO HORIZONTE

Na discussão para preparação dos hospitais em Belo Horizonte, optamos pela metodologia utilizada em Portugal que foi desenvolvida para implementação nos planos hospitalares na preparação da *EUROCOPA* de 2004. Trata-se de uma metodologia que utiliza o curso do Fundamental Disaster Management (FDM) da sociedade americana de terapia intensiva adaptado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) associado a um segundo módulo desenvolvido pela própria SPCI que se chama Curso de Preparação para



Emergências Hospitalares Externas (CPEHE), que tem abrangência mais prática na construção dos planos. Esses cursos têm duração de dois dias, com aulas teóricas e partes práticas em grupos. Foram realizados quatro cursos, sendo os dois primeiros para os hospitais públicos elencados como primeira resposta na Copa de 2014. No segundo curso, houve uma turma paralela para formação de instrutores. O terceiro curso foi aberto para representações de outros hospitais e foi ministrado pelos formadores brasileiros com supervisão dos instrutores de Portugal. Os cursos foram realizados em parceria com a Sociedade Mineira de Terapia Intensiva. Os programas desenvolvidos estão abaixo:

Curso: Princípios de Medicina de Catástrofe (Fundamentals of Disaster Management – FDM)

Âmbito: colaboração internacional na preparação da abordagem de situações de catástrofe

Formandos: 32 profissionais por curso, médicos e enfermeiros

Instrutores Portugueses: médicos reconhecidos pela SPCI

Colaboração e Instrutores Brasileiros: hospitais, emergência pré-hospitalar, bombeiros, forças militares, consoante acordos estabelecidos entre as autoridades locais

Manual de Referência: Fundamentals of Disaster Management (livro em inglês), da Society of Critical Care Medicine (SCCM), Estados Unidos da América

Credenciação: SPCI e SCCM

Horário	Tema
08h00 – 08h15	Recepção e registo dos participantes
08h15 – 08h30	Introdução do Curso
08h30 – 09h00	O essencial da resposta ao desastre
09h00 – 09h30	Comunicações efetivas em desastre
09h30 – 10h00	Manuseamento médico inicial em situações com múltiplas vítimas
10h00 – 10h15	<i>Coffee Break</i>
10h15 – 10h45	Desastres naturais
10h45 – 11h15	Síndromes e agentes biológicos – 1
11h15 – 11h45	Síndromes e agentes biológicos – 2
11h45 – 12h15	Síndromes e agentes químicos
12h15 – 13h30	Almoço
13h30 – 14h00	Exposição a radiações
14h00 – 16h00 (30 minutos por estação – <i>skill station</i>)	Descontaminação e proteção pessoal – SAMU / Bombeiros
	Triagem e comando I – Pré-hospitalar
	Triagem e comando II – Intra-hospitalar
16h00 – 16h30	<i>Coffee Break</i>
16h30 – 17h00	Lesões por explosivos e armas de fogo
17h00 – 17h30	A Unidade de Terapia Intensiva no contexto de múltiplas vítimas / catástrofe
17h30 – 18h00	Estabilização inicial e transporte em Minas Gerais
18h00 – 19h00	Avaliação (teste escolha múltipla)
19h00	Encerramento do curso

Curso: Planejamento da Emergência Hospitalar Externa

Âmbito: colaboração na preparação da abordagem de situações de catástrofe, no âmbito do Pronto-Socorro

Formandos: 32 profissionais por curso, médicos e enfermeiros

Instrutores: médicos reconhecidos pela SPCI

Credenciação: SPCI

Horário	Tema
08h00 – 08h15	Recepção e registo dos participantes
08h15 – 08h30	Introdução ao Curso
08h30 – 09h00	Fases de resposta às situações com múltiplas vítimas
09h00 – 09h30	Elaboração de um plano de emergência externa
09h30 – 10h00	Levantamento de riscos para a elaboração do plano
10h00 – 10h15	Intervalo
10h15 – 10h45	Hierarquia na resposta à emergência externa
10h45 – 11h15	Triagem de prioridades: diversas metodologias
11h15 – 11h45	Principais áreas funcionais no Pronto Socorro e no Hospital
11h45 – 12h15	O doente VIP
12h15 – 13h30	Almoço
13h30 – 14h00	Teste e simulações do plano
14h00 – 16h00 (30 minutos por estação – banca prática)	<i>Table top exercise:</i> cenário de acidente viação com múltiplas vítimas
	<i>Table top exercise:</i> cenário de intoxicação alimentar com múltiplas vítimas
	Triagem de doentes: Exercícios práticos
	Registros e sistema de informação: métodos de identificação e registro
16h00 – 16h30	Intervalo
16h30 – 17h00	Parque de Equipamentos
17h00 – 17h30	Situações especiais 1: risco biológico e químico
17h30 – 18h00	Situações especiais 2: estádios de futebol
18h00 – 19h00	Avaliação (teste escolha múltipla)
19h00	Encerramento do curso

A PREPARAÇÃO DOS PLANOS HOSPITALARES

Os planos hospitalares foram desenvolvidos por quatro hospitais: Hospital João XXIII, Hospital Odilon Behrens, Hospital Risoleta Neves e Hospital de Infectologia Eduardo de Menezes, todos eles hospitais públicos, e contaram com a supervisão de dois instrutores portugueses que tutoraram os hospitais na confecção dos planos e nos exercícios simulados.

A base para a discussão do planejamento hospitalar tem conexão com o atendimento feito no local do evento, portanto, fora do ambiente hospitalar. O atendimento no local do evento vai envolver uma série de atores (em geral, polícia, bombeiros e Samu) que iniciam o tratamento no local e que transportam os pacientes de acordo com a gravidade para o local mais adequado (não necessariamente o mais próximo). Isso evita que o caos externo seja transferido para o hospital. Para isso, construímos algumas perguntas fundamentais:

1) Quem tem autoridade para ativar o plano de um hospital?

R: Somente a central de regulação do Samu, pois é quem tem autoridade sanitária para isso.

A segunda pergunta na sequência é quem tem autoridade no hospital para ativar o plano. Essa é uma das características fundamentais que observamos para caracterizar um modelo de plano hospitalar. Na concepção proposta, os planos dos hospitais devem ter a lógica da hierarquia colapsável, ou seja, não se deve esperar que a alta direção do hospital aprove a ativação do plano. Nesse caso, o coordenador do pronto-socorro, se estiver presente, ou o coordenador do plantão devem ser imbuídos de autoridade para a ativação do plano após serem demandados pela autoridade sanitária (em geral, a regulação do Samu).

Os planos hospitalares devem conter a mesma lógica de organização dos planos externos (Samu, bombeiros etc.) e devem prever:

1. Comando: deve ficar claro no plano a estrutura de comando que é diferente do dia a dia da atividade hospitalar.
2. Segurança: o atendimento de vítimas em grande volume altera a configuração das atividades do hospital e para que isso ocorra sem maiores transtornos é essencial prever a segurança da equipe, da situação e dos sobreviventes.
3. Comunicação: um dos itens mais importantes (porque, invariavelmente, falha).

Necessariamente, deve ser pensado tanto com o exterior quanto com a equipe.

4. Assistência: deve ser planejada em razão do comunicado recebido e seguindo as diretrizes do plano que devem incluir:

- 4.1. uma forma de triagem (usamos o *Manchester Triage System*);

- 4.2. o tratamento de acordo com a gravidade;

- 4.3. transporte (uma parte dos pacientes vai chegar sem ser regulada e dependendo da resposta na fase pré-hospitalar esse número pode ser alto).

AS FASES DA RESPOSTA NUMA SMV

Podemos dividir a resposta a uma SMV em quatro fases:

1) Pré-Hospitalar: é a resposta iniciada no local da ocorrência e que sempre é multidisciplinar. A informação para a adequada resposta do hospital deve ser dada pelos atores envolvidos nessa resposta inicial, devendo ser transmitida ao hospital pela autoridade sanitária (regulação do Samu). Todo o processo de evacuação dos feridos do local e provável chegada ao hospital deve ser sempre discutida e comunicada, portanto, a comunicação entre o(s) hospital(is) envolvido(s) na resposta é crucial e estratégica. O plano hospitalar, na nossa definição, só pode ser ativado pela autoridade sanitária e nunca por outras instituições.

2) Recepção: antes de os pacientes começarem a chegar, logo após a ativação do plano, todos os recursos internos e mobilizáveis devem ser ativados pelo coordenador do plantão ou do pronto-socorro. Nesta fase do plano, devem ser previstos:

a) Distribuição dos cartões de ação: cada cartão de ação construído no plano deve orientar em linguagem objetiva a função de quem o recebe. Por exemplo, o médico que vai fazer a triagem dos pacientes que chegarem deve ter claramente descrita as suas funções. A distribuição adequada dos cartões de ação fica mais fácil se a equipe participou de simulações anteriores.

b) Determinação dos locais de atendimento: o plano deve prever uma redistribuição de áreas tanto no P.S. quanto em setores do hospital. Por exemplo, uma área de tratamento para os pacientes de risco menor (os verdes) deve ser prevista. Em geral,



deve ser uma área contígua ao setor principal do P.S. e que é usada para outras finalidades (ex.: uma área de recepção do hospital ou um corredor). Essa nova área assistencial pode ser preparada anteriormente para receber pacientes (ex. com pontos de oxigênio). A determinação dos locais de atendimento leva em conta alguns pressupostos que devem ser colocados em um plano e que são baseados em dados publicados sobre situações reais:

b1) Um hospital deve ser capaz de receber um número de vítimas que equivalha até 20% da sua capacidade de leitos (ex. num hospital de 500 leitos o plano deve prever a capacidade de receber 100 vítimas), partindo do princípio que a cada 100 pacientes recebidos, em torno de 40 vão necessitar de internação.

b2) Em geral, os dados da literatura mostram (lembrando que são dados de situações que envolvem trauma) que, em média, 10% dessa vítimas são graves (vermelhas).

b3) Na maioria das vezes, o primeiro paciente que chega, e sem ser regulado, é o paciente de baixo risco (verde) e se o hospital estiver despreparado ele superlotará a entrada.

É essencial que o hospital prepare-se e preveja no plano e na sua capacidade de recepção os recursos necessários para equipar essas novas áreas. Por exemplo, se tiver necessidade de abrir rapidamente 10 leitos de terapia intensiva, precisa dos recursos humanos e materiais (mobilizáveis), além da área mais adequada (ex. prever no plano a sala de recuperação anestésica como um CTI provisório). Em relação aos médicos, pode se inferir a necessidade de no mínimo um médico por paciente nos vermelhos, um médico para 10 pacientes amarelos e um médico para a área dos verdes. O acionamento de toda essa redistribuição e logística deve ser feito antes de os pacientes começarem a chegar, e se isso não estiver previsto no plano, dificilmente acontecerá sem atropelos.

b4) Prever um local de encontro para os voluntários. Um local de chegada separado para os voluntários que se apresentam é fundamental para que recebam seus cartões de ação e possam se distribuir sem atrapalhar as atividades iniciadas. Voluntários que não são diretamente da área de atenção podem ser usados, por exemplo, para ficar com crianças de técnicos de saúde mobilizados e que não têm como sair de casa sem ter como deixá-las. No plano, pode ser prevista uma área para esse fim.

b5) Áreas especiais devem ser previstas no plano como por exemplo para recepção da imprensa, determinando que somente uma pessoa fala com esta (em geral, o coordenador do plantão). Área para os pacientes que chegam mortos, área para familiares e, dentro do hospital, área para a sala de crise, tudo isso deve estar previsto no plano. É importante colocar no plano uma previsão de área de atendimento para pessoas que têm protocolo de estado ou que tenham grande popularidade (VIPs), pois seu atendimento no meio de outras pessoas pode ser problemático.

b6) Outro local emblemático é o local da triagem das vítimas que em geral não será no local normal de triagem diária. Deve ser colocado no local de acesso inicial do pronto-socorro ou do hospital, para que as vítimas possam ser distribuídas adequadamente de acordo com a sua gravidade. Como foi dito anteriormente, a triagem em SMV deve envolver o médico e não só o enfermeiro (que participa junto), pois pressupõe decisões mais delicadas do ponto de vista clínico. Em Minas Gerais, os hospitais utilizam o Sistema de Triagem de Manchester que tem dois fluxogramas específicos para situações que envolvem múltiplas vítimas.

b7) De acordo com o plano do hospital (pelo número de vítimas), os hospitais podem manter envelopes numerados contendo identificadores, folha de triagem, pedidos de exames, saco de pertences etc. para serem abertos (um por vítima) quando desencadeado o plano. Estes envelopes ficam com o médico e o enfermeiro responsáveis pela triagem.

3) Atendimento: após a fase de recepção que prevê a ativação do plano e toda a logística resultante dessa operação, inicia-se o atendimento que deve ser coordenado continuamente pelo coordenador do serviço de urgência ou pelo coordenador do plantão. Com a distribuição dos responsáveis de cada área (no pronto-socorro, áreas vermelha, amarela e verde, assim como da terapia intensiva, bloco cirúrgico e unidades de internação), a atividade de atendimento às vítimas e mobilização de recursos é um processo dinâmico que deve ser sempre discutido em equipe. Em geral, se o plano correr bem, essa atividade encerra-se em poucas horas após o desencadeamento. Fatores fundamentais para que isso ocorra bem foram descritos anteriormente e baseiam-se principalmente na capacidade de mobilização e liberação de recursos (altas, suspensão de atividades eletivas etc.). Lembrar sempre que o processo de comunicação é vital para a cadeia de comando em uma situação como essa.



4) Recuperação: após a fase de atendimento, é fundamental a preparação para recuperar a instituição do estresse vivido. É fundamental que se faça o *debriefing* com a equipe de atendimento e esse deve ser na sequência do fim do atendimento, não devendo ser postergado para dias posteriores apesar do cansaço da equipe. Isso porque as equipes têm a necessidade de falar e colocar situações que incomodaram no processo. A função do líder é ouvir e refletir com o grupo sobre a necessidade de correção de algumas situações que falharam, mas também de incentivo sobre o que funcionou bem. Também é preciso construir um relatório com a intenção de aperfeiçoamento do plano interno e da percepção do atendimento como um todo. A reposição de estoques e insumos, além da discussão posterior com todo o sistema de resposta são fundamentais. O incentivo para treinamento deve ser constante. O ideal no caso dos hospitais é manter periodicamente exercícios fechados que chamamos de *table top exercises* pois são realizados como jogos simulados de situações de possíveis atendimentos, em que participam principalmente os líderes do processo em uma possível ativação do plano em situação real. A participação em exercícios da rede de resposta envolvendo todos os atores também é desejável, mas ocorre esporadicamente. Por isso, os exercícios fechados são quase obrigatórios para os hospitais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns fatores foram essenciais no desenvolvimento desse trabalho, assegurando o seu êxito. Dentre eles, vale destacar:

- Determinação política e apoio institucional no processo de elaboração dos planos hospitalares;
- Formação de pessoas-chave no hospital;
- Escolha de metodologia sólida e testada;
- Aproximação dos atores envolvidos desde a aquisição da metodologia;
- Construção de um plano regional, sendo o plano hospitalar parte deste;
- Discussão coletiva na apresentação dos planos hospitalares, que se tornam complementares;
- Previsão de aparato legal para reposição de recursos e previsão de incentivos, uma vez que a ativação de um plano desse gera custos para a instituição;
- Suporte legal para as fases de desencadeamento, prevendo quais autoridades podem acionar um plano como esse.

REFERÊNCIAS

- BÁEZ, A. A.; SZTAJNKRYCER, M. **Basic Principles of Mass Gathering Medical Care**. 2009.
- BRASIL. **Decreto n. 7.616**, de 17 de novembro de 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7616-17-novembro-2011-611793-publicacaooriginal-134276-pe.html>>.
- _____. **Lei n. 12.608**, de 10 de abril de 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12608-10-abril-2012-612681-norma-pl.html>>.
- CARLEY, S.; MACKWAY-JONES, K. **Major incident medical management and support: the practical approach in the hospital**. Advanced Life Support Group, 2005.
- MINAS GERAIS. **Decreto n. 19.077**, de 17 de fevereiro de 1978. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:minas.gerais:estadual:decreto:1978-02-17;19077>>.
- _____. **Resolução SES n. 2.607**, de 7 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=6322>.
- _____. **Resolução Conjunta n. 166**, de 28 de setembro de 2012. Disponível em: <https://www.seds.mg.gov.br/images/seds_docs/resolucaonova/resolucao%20conjunta%20166.pdf>.
- _____. **Resolução Conjunta SES/CBMMG/GMG n. 133**, de 30 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=documet&id=9001>.
- _____. **Resolução SES n. 3.590**, de 9 de janeiro de 2013. Disponível em: <http://200.198.43.10:8080/ses/atos_normativos/resolucoes/2013/resolucao_3590.pdf>.
- MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO. **Instrução Normativa n. 1**, de 24 de agosto de 2012. Disponível em: <<http://www.defesacivil.es.gov.br/files/meta/54b3fbaf-11dd-4040-ad1d-58999d2ff016/b5bbaed5-e679-4aab-8575-97fd06f68e7b/115.pdf>>.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.600**, de 7 de julho de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>.

_____. **Portaria n. 2.952**, de 14 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html>.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG); APHP/SAMU DE FRANCE. **Curso de preparação para resposta a catástrofes**. Parceria SES-MG APHP/SAMU DE FRANCE. 2012/2013.

SOCIEDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PORTUGAL. **Curso de preparação para emergências hospitalares externas**. 2009.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. **Fundamental Disaster Management**. 3. ed. [s.l.: s.n.], 2009.