

Posicionamento da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) sobre a Resposta Hospitalar a Desastres

Autores: Hamilton Rocha Junior, Michel Cadenas Prado, Felipe Ferreira Gonçalves, Khalil Feitosa de Oliveira, Ana Paula Silva Gontijo, Maria Camila Lunardi, Ricardo Galesso Cardoso, Fábio de Castro Jorge Racy, Fabiana Maria Ajjar, Carlos Fernando Drumond Dornelles, Vitor Machado Benincá, Millena Gomes Pinheiro Costa, Maria Beatriz de Moliterno Perondi, Pedro Henrique Ferreira Alves, Luiz Henrique Horta Hargreaves, Felipe Antonio Rischini, Rafael von Hellmann, Ian Ward Abdalla Maia, Hélio Penna Guimarães, Ludhmila Abrahao Hajjar, Lucas Oliveira Junqueira e Silva, Júlio César Garcia Alencar.

Realização: Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE).

Apoio: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Comissão de Diretrizes (2024-2025): Lucas Oliveira Junqueira e Silva, Rafael von Hellmann, Júlio César Garcia Alencar, Ian Ward Abdalla Maia e Hélio Penna Guimarães.

Coordenador da Comissão de Diretrizes (2024-2025): Lucas Oliveira Junqueira e Silva

Coordenadores do Posicionamento: Hamilton Rocha Junior, Felipe Ferreira Gonçalves, Rafael von Hellmann, Luiz Henrique Horta Hargreaves e Júlio César Garcia Alencar.

Resumo

O documento aborda a resposta hospitalar a desastres, enfatizando a necessidade de uma estrutura organizacional bem definida para enfrentar situações que excedam a capacidade imediata de atendimento médico e hospitalar. Inicialmente é apresentado um Roteiro Prático do Posicionamento. No documento principal, são definidos os termos Desastre e Incidente com Múltiplas Vítimas, e a importância de um plano de ação para alocar recursos técnicos e assistenciais de forma equitativa. A preparação e o mapeamento de riscos são fundamentais. A capacidade total instalada e a mobilização de recursos devem ser avaliadas. Os níveis de gravidade e de resposta são segmentados em três categorias, cada uma exigindo diferentes graus de ação e mobilização de recursos. O fluxo da cadeia de acionamento e o Sistema de Comando de Incidentes (SCI) são descritos, com papéis e responsabilidades claras para o Centro de Comando. A triagem pelo método START e o atendimento priorizado das vítimas é definido. A comunicação e a coordenação em cenários de desastre Nível III, essenciais para uma resposta eficaz, exigem a integração com outras instituições e a comunicação clara com o público. Por fim, a importância da fase pós-incidente é discutida, com intuito de elencar oportunidades de melhoria.

Roteiro Prático do Posicionamento

Preparação e Alerta

1. Plano de Emergência: Assegure-se que exista um plano hospitalar de resposta a desastres disponível e atualizado, sobretudo com relação aos contatos de emergência e as formas de ativação.
2. Monitoramento Contínuo: Monitore constantemente os avisos meteorológicos e as condições locais para antecipar possíveis desastres.
3. Comunicação com Autoridades Locais: Mantenha comunicação direta com a Defesa Civil, Centro de Operações da Polícia Militar (COPOM), SAMU 192, bombeiros, forças armadas e secretarias municipais e estaduais de saúde para receber atualizações rápidas e confiáveis sobre possíveis desastres.

Ativação do Plano de Resposta

4. Alerta: Assim que for identificado um risco provável de evento crítico, comunique ao responsável pelo acionamento do Sistema de Comando de Incidentes (SCI) e inicie os procedimentos de alerta.
5. Alarme: Em caso de risco iminente ou evento crítico em curso que possa resultar em desastre, comunique o responsável pelo acionamento do SCI e inicie os procedimentos de alarme.
6. Mobilização de Recursos: Garanta que todos os recursos estejam prontos para serem mobilizados rapidamente, incluindo profissionais, equipamentos, materiais e suprimentos.

Implementação do Sistema de Comando de Incidentes (SCI)

7. Designação do Comandante de Incidente: Designe o Comandante de Incidente, ou seja, o membro da gestão responsável pelo acionamento do SCI e pela tomada de decisões. Essa função geralmente é assumida pelo Gestor do Hospital (por exemplo, Superintendente ou Diretor Clínico) por conhecer bem todas as etapas do

processo de atendimento do hospital ou por profissional com conhecimento técnico designado pela instituição.

8. Acionamento do SCI: O Comandante de Incidente deve acionar o SCI imediatamente após a confirmação do incidente com múltiplas vítimas (IMV) e estabelecer o Centro de Comando.
9. Centro de Comando: Geralmente composto pelo Comandante de Incidente, Oficial de Ligação, Oficial de Informações, Oficial de Segurança e Médico Especialista. Adiciona-se os Chefes de Seções de Operações, Planejamento, Logística e Documentação. Esses profissionais devem liderar equipes que trabalharão com objetivos definidos e suas atribuições estão detalhadas no Anexo I.
10. Sala de Comando: Configure uma sala com equipamentos de comunicação eficazes para manter todas as partes informadas e coordenadas. Preveja dificuldades na comunicação e elabore planos de contingência (por exemplo, perda de sinal de wi-fi e necessidade de comunicação por rádio).

Seção de Operações: Triagem e Atendimento das Vítimas

11. Área de Triagem: Estabeleça uma área de triagem segura e de fácil acesso para as vítimas chegarem e serem avaliadas rapidamente.
12. Utilização de Métodos de Triagem: Aplique o método START modificado.
13. Priorização do Atendimento: Garanta que as vítimas em estado crítico (Vermelho) recebam atendimento imediato, enquanto as menos graves (Verde e Amarelo) sejam atendidas conforme a disponibilidade de recursos.
14. Alocação: Encaminhe as vítimas para as áreas de atendimento conforme a categoria de prioridade. As áreas de atendimento devem ser previamente definidas pelo SCI e oferecer os recursos (humanos, materiais, equipamentos e insumos) e fluxos assistenciais e administrativos adequados para cada perfil de paciente.
15. Protocolo de Atendimento: A assistência prestada às vítimas deve ser uniforme, com a maior frequência possível, dentro do Hospital e em todos os serviços de saúde envolvidos no atendimento. Ações imediatas de estabilização e tratamentos

salvadores de vida são priorizados para as vítimas em condições críticas, enquanto o atendimento para vítimas em condições menos graves deve estar organizado para garantir o fluxo eficiente dos recursos.

Seção de Planejamento: Garantia de Recursos

16. Busca por Recursos: Garanta o estado dos recursos (humanos, materiais, equipamentos e insumos), avalie as necessidades futuras de recursos e de pessoal e mantenha os registros do incidente.

Seção de Logística: Coordenação de Serviços e Utilização dos Recursos

17. Alocação de Recursos: Gerencie, distribua e efetivamente entregue internamente os recursos humanos, medicamentos, equipamentos, materiais e insumos de acordo com as necessidades.

Oficial de Ligação e Oficial de Informações: Comunicação e Coordenação Externa

18. Integração com Outras Instituições: O Oficial de Ligação é responsável pela comunicação com os ambientes externos, incluindo Governo, forças de segurança e outros Hospitais, e deve fornecer informações claras sobre as condições locais.

19. Comunicação com a Imprensa e o Público: O Oficial de Informação deve fornecer informações periodicamente para imprensa, e deve ser o porta-voz da instituição.

Gestão de Crise e Avaliação Contínua

20. Monitoramento Contínuo da Situação: O Comandante de Incidente deve monitorar a evolução do incidente, ajustando estratégias conforme necessário.

21. Reuniões de Avaliação: Realize reuniões periódicas para revisar a eficácia das ações e adaptar planos conforme a situação evolui. A cada 24h deve ser iniciado um novo período operacional, quando se avaliará a situação e se definirá o plano de ação até o próximo período. Modelos de Relatório de Situação e de Formulários de Documentação são sugeridos nos Anexos II e III.

Desmobilização:

22. O Centro de Comando deflagrará a desmobilização do hospital. O início desse processo acontecerá assim que o Oficial de Ligação for notificado pela Divisão de Saúde (ou Comando Externo ao Hospital) de que não deve haver transporte de novos pacientes ao serviço. Somente após a resolução das vítimas admitidas, a desmobilização deverá ser ativada.

Fase Pós-Incidente

23. Debriefing: Após a estabilização do incidente, conduza uma sessão de debriefing operacional com todos os envolvidos para discutir o que funcionou e as oportunidades de melhoria.

24. Atualização de Protocolos: Revise e atualize os protocolos de resposta com base nas lições aprendidas durante o incidente.

1. Introdução e Definições

Desastres são eventos que resultam em interrupções graves ao funcionamento de uma comunidade, ultrapassando sua capacidade de lidar com a situação utilizando apenas seus próprios recursos. Os desastres são classificados como decorrentes de ameaças humanas, naturais ou tecnológicas. Os desastres humanos são aqueles gerados pelas ações humanas, já os desastres naturais são causados pelo impacto de um fenômeno natural de grande intensidade sobre uma área ou região povoada, podendo ou não ser agravado pelas atividades do homem, enquanto os tecnológicos englobam os demais.

Incidentes com múltiplas vítimas (IMV) são definidos como eventos súbitos e imprevistos que resultam em um número de vítimas que excede a capacidade total de recursos físicos e humanos disponíveis em um determinado intervalo de tempo. Este desequilíbrio cria um cenário complexo que exige a implementação de um plano de ação estruturado e um comando bem definido para alocar os recursos médicos e hospitalares de maneira equitativa.

A gestão de crises pressupõe estabelecer um processo organizado de ações para diminuir os danos de um desastre que possa levar a um IMV. A eficácia na gestão de crises depende de uma preparação meticulosa e da capacidade de resposta rápida. Cada serviço de saúde é incentivado a desenvolver e manter um programa específico de atendimento a IMV (Plano de Emergência), o que inclui o mapeamento de riscos potenciais e a determinação da capacidade total instalada do serviço. Isso abrange estrutura física (por exemplo, disponibilidade de leitos e salas cirúrgicas), recursos humanos, materiais, equipamentos e medicamentos. Conhecendo tanto a área de abrangência quanto a capacidade total instalada, o próximo passo é compreender a capacidade de mobilização de recursos em diferentes níveis de gravidade do evento. A segmentação dos níveis de gravidade é sugerida da seguinte forma:

- **Nível I:** Incidentes controláveis no Departamento de Emergência (DE) com os recursos disponíveis para o primeiro atendimento, incluindo triagem, estabilização inicial e alocação com a equipe disponível in loco.
- **Nível II:** Incidentes que excedem a capacidade de resposta do DE, exigindo o deslocamento de setores de apoio e a reorganização dos recursos hospitalares. Neste nível, já se recomenda o acionamento do Sistema de Comando de Incidentes (SCI), incluindo o Centro de Comando.
- **Nível III:** Incidentes que ameaçam superar os recursos da instituição, necessitando de suporte extra institucional com outras unidades da rede pública e privada da região. Isso envolve deslocar todo o contingente de sobreaviso e cancelar todo e qualquer serviço eletivo, além de acionar outras instituições para a montagem de uma rede de recursos para atendimento das vítimas.

Com o acionamento em cenário de desastre, o hospital deve ter um fluxo da cadeia de acionamento bem estabelecido, garantindo que o SCI será acionado sempre que necessário para uma resposta adequada ao desastre.

2. Preparação e Mapeamento de Riscos

Identificação de Áreas de Risco: Cada serviço de saúde deve realizar um mapeamento detalhado dos riscos em seu entorno. Isso inclui a identificação de locais que são propensos a desastres ou que têm uma alta concentração de pessoas. Áreas sujeitas a inundações, rodovias, aeroportos, indústrias, shoppings, escolas, centros religiosos, estações de trem e metrô são exemplos de áreas que devem ser mapeadas. A identificação desses locais é crucial para a preparação, pois são áreas onde desastres podem ocorrer com maior frequência ou intensidade, levando a um aumento súbito no número de vítimas.

Avaliação da Probabilidade e Impacto de Desastres: Além de identificar áreas de risco, os serviços de saúde devem avaliar a probabilidade de ocorrência de diferentes tipos de

desastres, como inundações, incêndios, desabamentos ou outras emergências. Essa análise ajuda a estimar o impacto potencial em termos de número de vítimas e a gravidade das lesões, o que é fundamental para planejar a resposta apropriada. Para essa avaliação de probabilidade contamos com a análise da localização, da frequência de desastres (inclusive eventos menores) e a sazonalidade, pois eventos que já ocorreram, mais de uma vez, em uma mesma localização podem recorrer e precisam ser previstos.

Desenvolvimento de Planos de Emergência: Com base no mapeamento de riscos, os serviços de saúde devem desenvolver ou atualizar seus protocolos de resposta à IMV. Estes protocolos devem detalhar as ações a serem tomadas desde o momento inicial do incidente até a fase de estabilização das vítimas, incluindo a comunicação interna e externa, o acionamento de recursos adicionais e a integração com outros serviços de emergência e segurança pública.

Plano de Emergência e Treinamento: A elaboração de um Plano de Emergência deve motivar o treinamento contínuo dos profissionais de como agir em situações reais. Os profissionais devem estar treinados para responder de forma eficaz em cenários de desastre, incluindo habilidades em triagem, primeiros socorros, suporte básico e avançado de vida e atendimento a pacientes politraumatizados. É possível realizar treinamentos mais específicos, como atendimento à vítima afogada, a depender da avaliação de probabilidade. Simulações e exercícios práticos baseados nos cenários mapeados ajudam a preparar as equipes para agir de forma coordenada e eficiente.

Quantificação de recursos disponíveis: A avaliação dos recursos disponíveis (força de trabalho, materiais e insumos), caso necessário, ajuda demonstrar a vulnerabilidade de uma determinada região a um desastre. Os recursos podem ser classificados como internos e externos (em relação ao local de ocorrência) e quantificados de forma subjetiva (muito, pouco ou ausente, por exemplo). À medida que há vulnerabilidade de um

determinado recurso, um planejamento de como obtê-lo pode passar a ser uma prioridade.

Estabelecimento de Parcerias: A colaboração entre diferentes serviços de saúde e com as autoridades locais é vital para uma resposta eficaz. Estabelecer parcerias e acordos de cooperação com outros hospitais, clínicas, serviços de emergência e órgãos governamentais garante um compartilhamento mais rápido de recursos e informações durante um desastre.

3. Capacidade Total Instalada e Mobilização de Recursos

- **Capacidade Total Instalada:** Refere-se ao conjunto completo de recursos médicos e hospitalares que uma instituição tem à disposição em condições normais de operação. Isso inclui:
- **Profissionais de Saúde:** A quantidade e a especialização dos profissionais disponíveis, como médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas e pessoal de apoio.
- **Salas Cirúrgicas:** O número de salas operatórias disponíveis e a capacidade de realizar múltiplas cirurgias simultaneamente, se necessário.
- **Leitos de Emergência, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Enfermaria:** A quantidade de leitos no DE, UTI e enfermaria para atendimento de pacientes críticos e menos graves.
- **Equipamentos Médicos:** A disponibilidade de equipamentos vitais, como ventiladores mecânicos, monitores, máquinas de hemodiálise, e outros dispositivos essenciais para a estabilização e tratamento de pacientes.
- **Suprimentos Médicos:** A quantidade e a variedade de medicamentos, material cirúrgico, hemoderivados, e outros insumos médicos essenciais.

A capacidade total instalada deve ser regularmente avaliada e ajustada conforme as necessidades da população atendida e os riscos identificados no mapeamento de desastres. A infraestrutura e os processos devem ser escaláveis para acomodar um aumento súbito na demanda durante incidentes com múltiplas vítimas.

- **Mobilização de Recursos:** Refere-se à capacidade de uma instituição para ajustar rapidamente sua operação normal e responder a um aumento na demanda por cuidados médicos em situações de emergência. Inclui:
- **Mobilização Interna de Recursos:** A habilidade de redistribuir recursos dentro da própria instituição, como o remanejamento de pessoal, a conversão de áreas não-críticas em espaços de atendimento emergencial, e a realocação de equipamentos e suprimentos médicos para áreas onde são mais necessários. O cadastro institucional de voluntários deve estar atualizado, e o acesso desses profissionais aos Hospitais deve ser definido.
- **Mobilização Externa de Recursos:** Envolve a capacidade de solicitar e integrar recursos adicionais de outras instituições, serviços de saúde, ou órgãos governamentais. Isso pode incluir a solicitação de ambulâncias adicionais, suporte aéreo, equipes médicas especializadas, e até o estabelecimento de hospitais de campanha.
- **Flexibilidade e Adaptabilidade:** A capacidade de alterar protocolos e procedimentos operacionais padrão rapidamente, de modo a responder de forma eficiente a situações dinâmicas e complexas.

Para cada nível de gravidade de incidente, a capacidade de mobilização deve ser predefinida:

- **Nível I:** Uso dos recursos existentes no DE e de áreas adjacentes para atender a demanda sem necessidade de suporte externo.

- **Nível II:** Ativação de protocolos para aumentar a capacidade interna, como cancelamento de procedimentos eletivos, consultas ambulatoriais e convocação de equipes de sobreaviso.
- **Nível III:** Requer suporte externo com outras instituições e órgãos de saúde para gerenciar a demanda que supera a capacidade institucional.

4. Níveis de Gravidade e Resposta

- **Nível I: Controle no Departamento de Emergência**
- **Definição:** Incidentes que estão dentro da capacidade de resposta do DE utilizando apenas os recursos disponíveis in loco. Isso inclui situações onde o número de vítimas e a gravidade das lesões permitem uma triagem, estabilização inicial e tratamento sem necessidade de reorganização significativa dos recursos hospitalares.
- **Ações:** Realização de triagem, estabilização e alocação de pacientes utilizando a equipe e os recursos já presentes no DE. Não é necessário acionar suporte externo ou modificar a operação habitual de outras áreas do hospital. A comunicação com o núcleo interno de regulação de leitos é essencial para garantir o fluxo adequado de pacientes para as áreas seguintes, como UTI, enfermarias e centro cirúrgico, conforme a necessidade.

Nível II: Excede a Capacidade do Departamento de Emergência

- **Definição:** Incidentes que superam a capacidade do DE, requerendo o deslocamento e mobilização de setores de apoio dentro da instituição. Este nível é caracterizado pela necessidade de reorganizar os recursos hospitalares para atender a demanda elevada, como cancelar procedimentos eletivos e redirecionar equipes médicas e de enfermagem.
- **Ações:** A liderança do DE deve acionar o SCI para uma resposta coordenada e efetiva. Isso envolve a realocação de recursos médico-hospitalares para o evento,

incluindo o cancelamento de cirurgias, internações e exames eletivos. O Centro de Comando deve coordenar as ações internas e a comunicação entre os diferentes setores, como centro cirúrgico, UTI, enfermagem e serviços de apoio (banco de sangue, farmácia, etc.), para redimensionar o atendimento às necessidades emergentes.

Nível III: Ameaça Superar os Recursos da Instituição

- **Definição:** Incidentes que ameaçam exceder todos os recursos disponíveis na instituição, necessitando de suporte externo de outras unidades da rede pública e privada. Esse nível envolve cenários de desastre onde a única forma de garantir o atendimento adequado às vítimas é através da cooperação interinstitucional e, muitas vezes, inter-regional.
- **Ações:** O Comandante do Incidente e o Oficial de Ligação devem ativar uma rede de suporte mais ampla, acionando outras instituições para a montagem de uma rede de recursos. Isso inclui deslocar todo o contingente de sobreaviso, cancelar todos os serviços eletivos e aumentar a área física para atendimento no DE. O SCI é responsável por coordenar essa resposta integrada, garantindo a otimização dos recursos médicos e a comunicação efetiva entre todas as partes envolvidas, incluindo serviços de emergência, hospitais parceiros e autoridades governamentais.

5. Fluxo da Cadeia de Acionamento

A cadeia de acionamento é o processo pelo qual a liderança do DE identifica o nível de resposta necessário e inicia as ações correspondentes. Este processo começa com a avaliação inicial do incidente e a definição do nível de gravidade (I, II ou III), que determinará as ações subsequentes.

1. **Liderança do DE:** A liderança do DE, seja um médico ou enfermeiro, é responsável por deflagrar a cadeia de acionamento assim que haja alerta ou ameaça de IMV. Esta liderança avalia rapidamente o cenário e decide o nível de resposta baseado na gravidade e no número de vítimas.

2. **Comunicação Inicial:** No Nível I, a comunicação se concentra dentro do próprio DE e com o núcleo interno de regulação de leitos, para garantir que os serviços que receberão os pacientes (UTI, enfermarias, centro cirúrgico) e os serviços de apoio (como o Banco de Sangue) estejam informados e preparados.

3. **Escalonamento para Níveis II e III:** Para incidentes de nível II e III, a liderança do DE deve comunicar-se com o Gestor do Hospital, que é quem geralmente acionará o Sistema de Comando de Incidentes.

6. Sistema de Comando de Incidentes (SCI)

O SCI é uma estrutura organizacional temporária criada para gerenciar respostas a desastres de forma eficiente. Ele promove a integração de recursos, a coordenação entre diferentes serviços e a gestão de ações e responsabilidades durante um IMV.

O Centro de Comando compõe o SCI e é formado por pessoas responsáveis pela análise, decisão e controle da situação, realizando a gestão plena da instituição durante a situação emergencial (Figura 1). As responsabilidades dos membros do Centro de Comando estão elencadas no Anexo I.

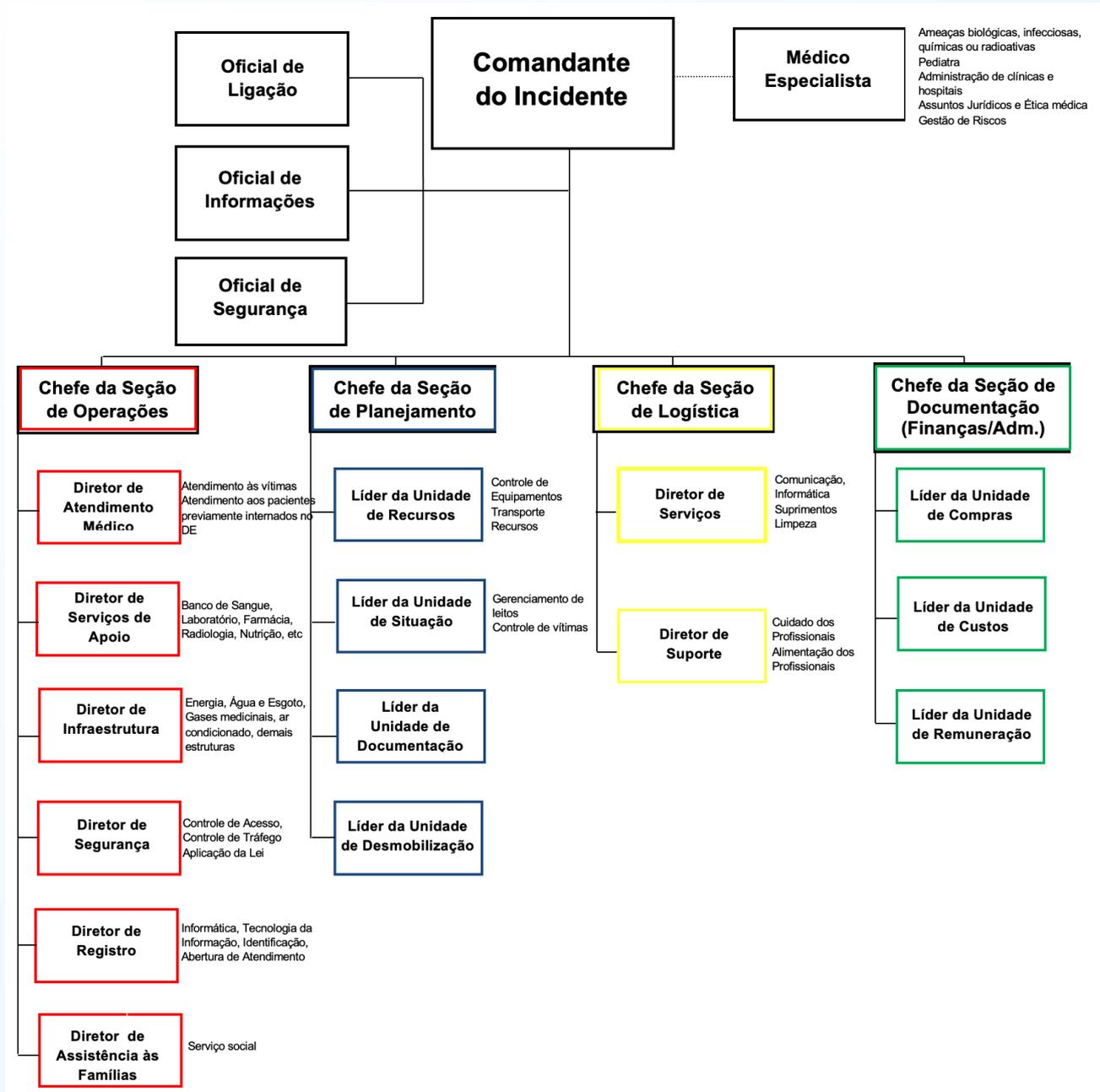


Figura 1: Sugestão de Centro de Comando. Adaptado de Hospital Incident Command System Guidebook: Fifth Edition, 2014.

Sala de Comando: espaço físico que deve ser reservado para uso exclusivo do Centro Comando e que deve funcionar 24h por dia, enquanto for necessária a intervenção.

Mapa de situação: Painel visual com o acompanhamento de indicadores (como a taxa de ocupação hospitalar, por exemplo), recursos e evolução dos planos de ação. Esses dados também devem constar no Relatório de Situação (Anexo II).

7. Triagem e Tratamento das Vítimas

A triagem deve garantir o atendimento prioritário baseado na gravidade das vítimas. Deve-se otimizar a utilização de recursos e maximizar as chances de recuperação para o maior número de pessoas possível.

Espaço Físico: Deve ser organizado conforme a gravidade do desastre. Em cenários mais controlados, uma única área pode ser suficiente. Em incidentes maiores, várias áreas podem ser necessárias para separar vítimas de acordo com a gravidade.

Equipe de Triagem: Deve ser composta por profissionais treinados em triagem de emergência. Devem estar equipados com coletes de identificação e cartões de triagem para as vítimas, para facilitar a organização e comunicação.

Método de Triagem: O método START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) é um dos mais conhecidos e amplamente utilizados. Ele se baseia em avaliações rápidas e simples, utilizando códigos de cores para categorizar as vítimas (Figura 2):

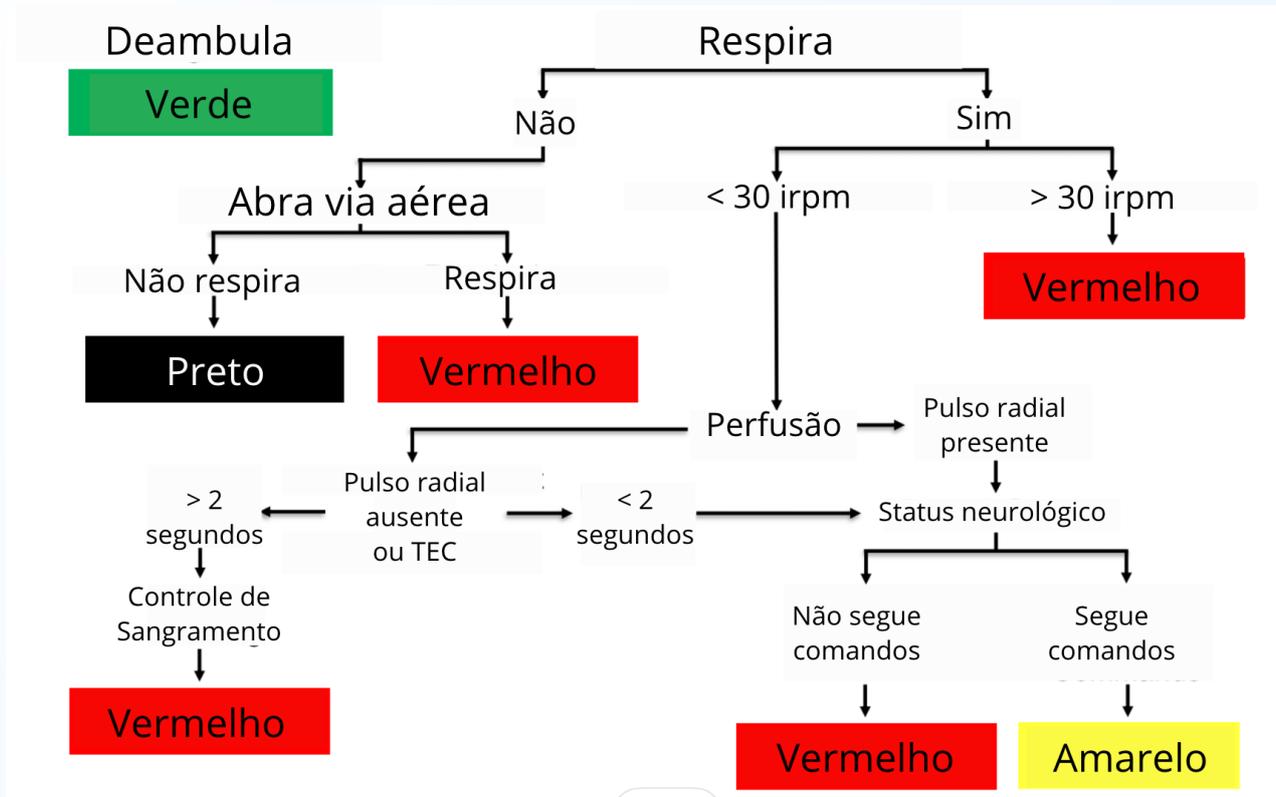


Figura 2. Protocolo START. Adaptado de Bhalla et al (2015).

- **Verde:** Vítimas com ferimentos leves ou sem lesões significativas: podem esperar por atendimento sem risco imediato para a vida. Essas vítimas podem ser encaminhadas para avaliação e tratamento em área do hospital com menos recursos.
 - **Amarelo:** Vítimas com ferimentos moderados que necessitam de tratamento, mas cuja condição não é imediatamente perigosa. Essas vítimas devem ser avaliadas em uma área próxima da emergência uma vez que assim que reavaliadas poderão se beneficiar de recursos avançados e salvadores de vida.
 - **Vermelho:** Vítimas com ferimentos graves que requerem atenção imediata para salvar suas vidas. São priorizadas para tratamento emergencial.
 - **Preto:** Vítimas que não têm possibilidade de sobrevivência ou que demandam recursos desproporcionais para serem tratadas, priorizando os esforços para salvar

outras vidas. Deve-se considerar que as vítimas pretas não são trazidas para os hospitais pelo Atendimento Pré-Hospitalar.

Alocação e Tratamento: Após a triagem, as vítimas devem ser alocadas nas áreas de atendimento conforme a categoria de prioridade. As áreas de atendimento devem ser previamente definidas pelo SCI e oferecer os recursos (humanos, materiais, equipamentos e insumos) e fluxos assistenciais e administrativos necessários para cada perfil de paciente. Ações imediatas de estabilização e tratamentos salvadores de vida são priorizados para as vítimas em condições críticas, enquanto o atendimento para vítimas em condições menos graves deve estar organizado para garantir o fluxo eficiente dos recursos.

Identificação das Vítimas: A identificação das vítimas poderá ser específica para o evento e deve permitir o rastreamento dos pacientes durante o tempo de permanência no hospital. Em situações específicas, planos de contingência (como uso de impressos em papel à prova d'água) podem ser necessários e devem estar facilmente disponíveis.

Protocolo de Atendimento: A assistência prestada às vítimas deve ser uniforme, com a maior frequência possível, dentro do Hospital e em todos os serviços de saúde envolvidos no atendimento.

8. Comunicação Integrada

Comunicação Eficiente: A comunicação e a coordenação eficazes dentro do Hospital e entre diferentes serviços deve ser clara e em alça fechada. Estas ações garantem uma resposta integrada e otimizada, internamente ou envolvendo múltiplos serviços de saúde e outras entidades relevantes.

Informações Consistentes e Atualizadas: É essencial que todas as partes envolvidas na resposta estejam trabalhando com as mesmas informações atualizadas. O Oficial de Informação Pública coordena a divulgação de informações ao público e à imprensa, garantindo que as mensagens sejam precisas e consistentes.

Uso de Tecnologias de Comunicação: Para garantir uma comunicação contínua e sem falhas, é necessário o uso de tecnologias como rádios, sistemas de comunicação digital e centrais telefônicas. Estas ferramentas permitem comunicação em tempo real entre todos os envolvidos na resposta ao desastre. O sistema de comunicação deve ser redundante, tendo opções prontas e disponíveis caso haja falhas de funcionamento.

9. Coordenação Interinstitucional

Comandante de Incidente e Oficial de Ligação: Desempenham papéis cruciais na coordenação da resposta. O Comandante de Incidente lidera a estratégia de resposta, enquanto o Oficial de Ligação facilita a comunicação entre o hospital, outros serviços de saúde e entidades governamentais.

Integração com Outras Instituições: Em um cenário Nível III, o SCI deve estabelecer conexões com outros hospitais, serviços de emergência e unidades de saúde para formar uma rede de suporte. Isso pode incluir a transferência de pacientes entre instituições para balancear a demanda e a oferta de serviços médicos.

Suporte de Entidades Governamentais: A colaboração com autoridades locais e regionais ajuda a mobilizar recursos adicionais, como equipes médicas de emergência, suporte logístico e infraestrutura adicional (por exemplo, hospitais de campanha).

Divisão de Saúde: Em desastres de maior gravidade, deve-se criar uma estrutura organizacional temporária (em nível municipal, regional ou estadual), que unifique todas as informações e permita a troca de recursos de maneira coordenada e sistematizada. É fundamental ter a presença de Oficiais de Ligação de Hospitais e responsáveis pela organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar e de transporte inter-hospitalar. A ABRAMEDE considera que a caracterização das Centrais ou Divisões de Saúde transcende o escopo deste documento.

10. Ajustes, Flexibilidade na Resposta e Desmobilização

A natureza dinâmica de um desastre Nível III exige que as equipes de resposta sejam capazes de adaptar-se rapidamente a mudanças no cenário:

Avaliações Periódicas: O SCI deve realizar avaliações regulares do progresso da resposta e ajustar estratégias conforme necessário. Isso inclui a realocação de recursos, a modificação de protocolos de tratamento e a revisão da alocação de pacientes.

Desmobilização: O Centro de Comando deflagrará a desmobilização do hospital. O início desse processo acontecerá assim que o Oficial de Ligação for notificado pela Divisão de Saúde (ou Comando Externo ao Hospital) de que não deve haver transporte de novos pacientes ao serviço. Somente após a resolução das vítimas admitidas, a desmobilização deverá ser ativada. Equipes convocadas, de outros setores e voluntários, deverão ser liberadas e as equipes fixas do DE deverão retomar as atividades habituais. Por fim, deverá ocorrer a liberação do restante do hospital para retomada do funcionamento habitual. Neste momento, o Centro de Comando pode ser desativado

11. Pós-Incidente

Após a resolução do incidente, é necessário realizar uma avaliação abrangente para identificar oportunidades de melhoria e aperfeiçoar a resposta a futuros incidentes.

Realização de Debriefing: Uma sessão de debriefing com todos os envolvidos no incidente é essencial para discutir o que funcionou bem e o que pode ser melhorado. Este processo ajuda a identificar falhas e sucessos.

Atualização de Protocolos: Com base nas lições aprendidas, os protocolos existentes devem ser revisados e atualizados. Isso inclui ajustes nas estratégias de triagem, comunicação, coordenação e mobilização de recursos.

Treinamento e Simulações: Reforçar o treinamento e a realização de simulações baseadas nos cenários reais enfrentados ajuda a preparar melhor as equipes para futuros incidentes, objetivando a atualização dos planos de emergência.

12. Registro e Documentação

Todos os aspectos do incidente, desde a triagem inicial, as decisões do Centro de Comando e as ações pós-incidente, devem ser meticulosamente documentados. Esta documentação serve como base para a revisão de protocolos e para o treinamento futuro.

Formulários padrão podem ser desenvolvidos pela instituição para aprimorar a comunicação entre as equipes (Anexo III).

13. Referências

World Health Organization. Hospital Preparedness for Epidemics. Suíça, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/hospital-preparedness-for-epidemics>. Acesso em: 10 mai. 2024.

California Emergency Medical Services Authority (EMSA). Hospital Incident Command System. Disponível em: <https://ems.ca.gov/disaster-medical-services-division-hospital-incident-command-system/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

Cone DC, Koenig KL, Schultz CH. Ciottonos Disaster Medicine. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016.

Kaye AD, Cornett EM, Kallurkar A, et al. Framework for creating an incident command center during crises. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2021 Oct;35(3):377-388.

Bhalla MC, Frey J, Rider C, et al. Simple Triage Algorithm and Rapid Treatment and Sort, Assess, Lifesaving, Interventions, Treatment, and Transportation mass casualty triage methods for sensitivity, specificity, and predictive values. *Am J Emerg Med.* 2015 Nov;33(11):1687-91.

Franc JM, Kirkland SW, Wisnesky UD, et al. METASTART: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) Algorithm for Disaster Triage. *Prehosp Disaster Med.* 2022 Feb;37(1):106-116.

Anexo I: Atribuições específicas do Centro de Comando:

1. Comandante do Incidente:

Responsável pelo acionamento do Sistema de Comando de Incidentes (SCI), exerce o comando de todas as operações e deve delegar tarefas e responsabilidades específicas aos demais membros. Geralmente quem assume essa função é um gestor da instituição (Superintendente ou Diretor Clínico, por exemplo), por conhecer bem todas as etapas do processo de atendimento do hospital, ou profissional com conhecimento técnico designado pela instituição. Assim que assumir o comando e estabelecer a sala de comando, deve avaliar as prioridades do incidente e determinar os objetivos operacionais. Durante todo o período de ativação do sistema, deve manter a coordenação geral das atividades. Também são suas atribuições:

1. Receber as informações disponíveis sobre o desastre (incluindo o número de vítimas);
2. Definir o nível de criticidade e acionar o Sistema de Comando de Incidentes conforme a necessidade;
3. Acionar e informar os membros do Centro de Comando sobre o desastre;
4. Receber imediatamente as informações sobre a Capacidade Total Instalada e a Mobilização de Recursos;
5. Autorizar a divulgação de informações para meios de comunicação.

2. Oficial de Ligação:

Deve estabelecer contato com demais entidades e órgãos envolvidos com o incidente (Secretarias de Saúde, Governo do Estado, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, entre outros), para assegurar a compreensão mútua e a unidade de propósito e ação. Além disso, deve fazer recomendações apropriadas em nome do hospital durante reuniões com estes órgãos. Função geralmente exercida por membro da Diretoria ou Superintendência da Instituição.

3. Oficial de Segurança:

Deve verificar condições de segurança, higiene e medicina do trabalho em relação ao efetivo que está sendo empregado, verificar se a tática empregada não oferece riscos às

equipes e analisar as condições estruturais do local, certificando-se que permitem o trabalho sem riscos às equipes. Quando for exigido, deve desenvolver métodos para proteção da equipe. Função geralmente exercida pela Engenharia de Segurança ou Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

4. Oficial de Informação:

Deve manter a população informada e orientada, de acordo com instruções do Centro de Comando, elaborando boletim informativo para a imprensa, bem como providenciar coletiva com a imprensa, conforme a necessidade. Função exercida pela Assessoria de Imprensa.

5. Chefe de Seção de Operações:

Responsável pelo atendimento direto às vítimas do desastre e pela continuidade de atendimento aos pacientes que já estão no hospital, organizando os serviços fundamentais para o funcionamento da instituição. Recomenda-se que essa função seja realizada pelo Gestor do Departamento de Emergência, preferencialmente um Médico Emergencista. São atribuições desse profissional:

1. Orientar o Oficial de Segurança a realizar o isolamento da área, se necessário;
2. Direcionar a equipe assistencial do Hospital para cobertura plena de todas as áreas de triagem e atendimento;
3. Reorganizar, juntamente com o Chefe da Seção de Planejamento, o fluxo de atendimento do hospital, incluindo a Triagem das Vítimas;
4. Supervisionar a assistência prestada;
5. Supervisionar e organizar o transporte dos pacientes.

6. Chefe de Seção de Planejamento:

Responsável por organizar a estrutura do hospital para garantir o atendimento adequado às novas vítimas e aos pacientes que já se encontram no serviço. É responsável por manter o estado dos recursos, avaliar as necessidades futuras de recursos e manter os registros de incidentes. Especialista técnico ou Gestor de leitos podem realizar essa

função, que exige conhecimento técnico e dos serviços assistenciais e de apoio. São atribuições específicas:

1. Informar a ativação do SCI aos gestores de equipe, por exemplo, gestores de serviços como Gestão de Leitos, Regulação, Informática, Recepção, Laboratório, Nutrição, Banco de Sangue, Farmácia, Fisioterapia e Transporte.
2. Desenvolver e executar planos estratégicos em resposta ao desastre;
3. Monitorar e responder de forma coordenadas às necessidades por recursos, sejam humanos, materiais, de equipamentos ou insumos
4. Aconselhar o Comandante do Incidente e os outros Chefes de Seção sobre os possíveis desdobramentos do desastre.

7. Chefe de Seção de Logística:

Responsável pela resposta efetiva e direta das demandas que ocorrem no atendimento das vítimas, garantindo suporte, aquisição e entrega de recursos internos ou externos necessários durante um desastre. São atribuições específicas:

1. Garantir que todos os recursos estejam adequadamente funcionantes, incluindo equipamentos (como ventiladores e monitorização), materiais e insumos;
2. Realizar o levantamento da quantidade de estoque disponível e organizar a distribuição deste estoque;
3. Verificar a possibilidade de empréstimos e entregas rápidas de fornecedores de materiais e medicamentos, bem como de outros serviços, quando necessário.

8. Chefe de Seção de Documentação (Finanças/Administração):

Responsável por documentar todos os custos financeiros do incidente, incluindo o custo de operação dos serviços e suprimentos. Além disso, é responsável por coordenar o controle de custos, liberação de verbas para aquisições de emergência e pagamentos extras para profissionais. Esse profissional também é responsável por:

1. Gerenciar administrativamente todos os pacientes que são atendidos na instituição;
2. Analisar potenciais aspectos judiciais e indenizações decorrentes dos serviços hospitalares prestados.

Anexo II. Relatório de situação

Nome do Hospital:

Número de pacientes admitidos nas últimas 12 horas:

UTI___ Enfermaria___ UTIped___ Enfermariaped___ Mater___ Psiquiatria___

Motivos de entradas:

Trauma _____ Infecção _____ D. Crônicas Agudizadas _____ Outros _____

Previsibilidade de altas nas próximas 12 horas:

UTI___ Enfermaria___ UTIped___ Enfermariaped___ Mater___ Psiquiatria___

1. O hospital é funcional?

Totalmente funcional Parcialmente Funcional Não funcional

Porcentagem de leitos **operacionais** ocupados: ___%

2. O hospital é capaz de manter o estado de saúde dos pacientes atuais?

Sim Não

3. Por quanto tempo sem assistência?

<24 horas > 24 horas > 48 horas > 96 horas

4. Quais são as necessidades críticas do hospital nas próximas 96 horas?

Staff Segurança Infraestrutura Comunicação

Recursos basicos Insumos hospitalares Outro(s):

5. O hospital pode aceitar mais pacientes?

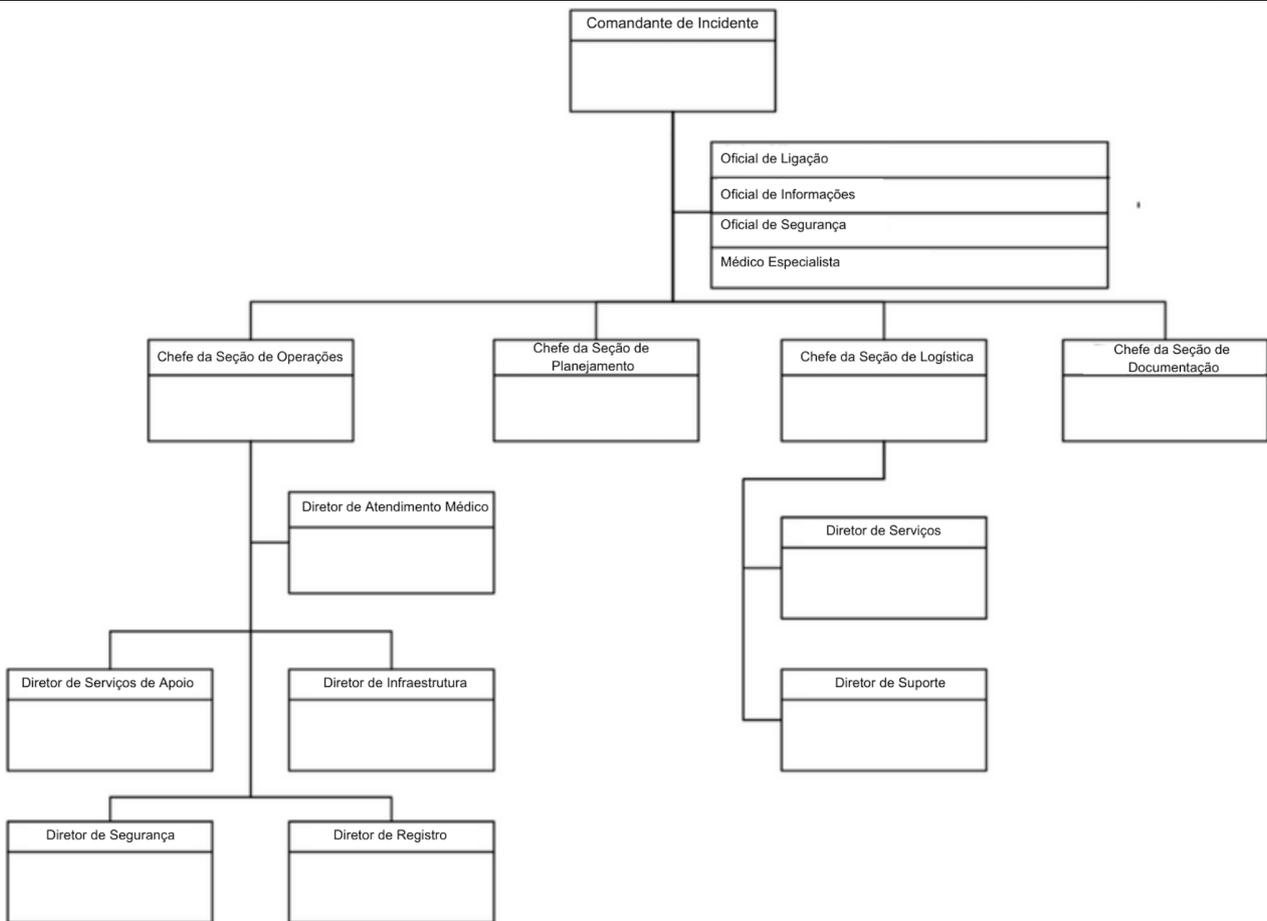
Sim Não

6. Se sim, em quais categorias?

Emergência	Sim	Não
Clínico	Sim	Não
Cirúrgico	Sim	Não
UTI	Sim	Não
Pediátrico Clínico	Sim	Não
Pediátrico Cirúrgico	Sim	Não
Pediátrico UTI	Sim	Não
Grande Queimado	Sim	Não
Psiquiátrico	Sim	Não
Obstetrícia	Sim	Não
Outro	Sim	Não

Anexo III. Modelo de Formulários de Documentação.

RESUMO DO INCIDENTE		
1. NOME DO INCIDENTE:	2. DATA DA REUNIÃO: _ / _ / _	3. HORA DA REUNIÃO: : : _
4. HISTÓRIA DO EVENTO E RESUMO DAS AÇÕES ATUAIS:		
5. ORGANOGRAMA ATUAL		



6. NOTAS (incluindo realizações, tarefas, alertas e orientações):
7. PREPARADO POR:

LISTA DE POSTOS DA ORGANIZAÇÃO			
1. NOME DO INCIDENTE:	2.DATA:	3.HORA:	4.PERÍODO OPERACIONAL:
	/ /	:	
POSIÇÃO	NOME:		
5. Comandante do Incidente e Equipe			
Comandante do Incidente:			
Oficial de Informações:			
Oficial de Ligação:			
Oficial de Segurança:			
Especialista Técnico (se necessário):			
6. Seção de Operações			
Chefe:			
Diretor de Atendimento Médico:			
Diretor de Serviços de Apoio:			
Diretor de Segurança:			
Outros:			
7. Seção de Planejamento			
Chefe:			
Unidade de Recursos:			
Unidade de Situação:			
Unidade de Documentação:			
Unidade de Desmobilização:			
8. Seção de Logística			
Chefe:			
Diretor de Suporte:			
Diretor de Infraestrutura:			
Diretor de Serviços:			
Outros:			

Onde cada segundo importa!

FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO DE PACIENTES EM EVACUAÇÃO						
1. NOME DO INCIDENTE:		2. DATA: ____/____/____		3. RESPONSÁVEL:		
		HORA: ____:____				
4. INFORMAÇÃO DE PACIENTES EVACUADOS						
Nome do Paciente	Registro	Resolução () Alta () Transferência	Categoria de Triagem da Evacuação () Vermelho () Amarelo () Verde () Óbito		Hospital de Destino	Hora de Contato com o Hospital ____:____ Relatório Informado () Sim () Não
Transferência Iniciada (Hora/Ambulância)	Prontuário Encaminhado () Sim () Não	Medicação Enviada () Sim () Não	Família Notificada () Sim () Não	Chegada Confirmada () Sim () Não	Local de Admissão	Óbito (hora): ____:____
Nome do Paciente	Registro	Resolução () Alta () Transferência	Categoria de Triagem da Evacuação () Vermelho () Amarelo () Verde () Óbito		Hospital de Destino	Hora de Contato com o Hospital ____:____ Relatório Informado () Sim () Não
Transferência Iniciada (Hora/Ambulância)	Prontuário Encaminhado () Sim () Não	Medicação Enviada () Sim () Não	Família Notificada () Sim () Não	Chegada Confirmada () Sim () Não	Local de Admissão	Óbito (hora): ____:____
Nome do Paciente	Registro	Resolução () Alta () Transferência	Categoria de Triagem da Evacuação () Vermelho () Amarelo () Verde () Óbito		Hospital de Destino	Hora de Contato com o Hospital ____:____ Relatório Informado () Sim () Não
Transferência Iniciada (Hora/Ambulância)	Prontuário Encaminhado () Sim () Não	Medicação Enviada () Sim () Não	Família Notificada () Sim () Não	Chegada Confirmada () Sim () Não	Local de Admissão	Transferência Iniciada (Hora/Ambulância)
Nome do Paciente	Registro	Resolução () Alta () Transferência	Categoria de Triagem da Evacuação () Vermelho () Amarelo () Verde () Óbito		Hospital de Destino	Hora de Contato com o Hospital ____:____ Relatório Informado () Sim () Não
Transferência Iniciada (Hora/Ambulância)	Prontuário Encaminhado () Sim () Não	Medicação Enviada () Sim () Não	Família Notificada () Sim () Não	Chegada Confirmada () Sim () Não	Local de Admissão	Transferência Iniciada (Hora/Ambulância)
5. PREENCHIDO POR		5. DATA/HORA ____/____/____ : ____:____				