

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR- NUPENH**

ACIDENTE COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS:

**Uma análise do planejamento e preparação do
cuidado de enfermagem na sala de emergência**

Vladimir Chaves Fernandes

**RIO DE JANEIRO
MARÇO/2010**



UFRJ

Vladimir Chaves Fernandes

**ACIDENTE COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS: Uma análise do planejamento e
preparação do cuidado de enfermagem na sala de emergência**

Defesa da Dissertação de Mestrado
apresentada à Banca Examinadora da Escola
de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ), como parte dos requisitos necessários
à obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Coelho

Rio de Janeiro

Março/2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes, Vladimir Chaves.

Acidente com Múltiplas Vítimas: uma análise do planejamento e preparação do cuidado de enfermagem na sala de emergência. / Vladimir Chaves Fernandes - Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2010.
xvi, 205 f.

Orientadora: Maria José Coelho

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Desastres/AMV. 2. Enfermagem em emergência. 3. Preparo e Planejamento para o AMV I. Fernandes, Vladimir Chaves II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

Acidente com Múltiplas Vítimas: uma análise do planejamento e preparação do cuidado de enfermagem na sala de emergência

Vladimir Chaves Fernandes

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Coelho

Defesa da Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Apresentada em: 31/03/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria José Coelho
Presidente

Prof^o Dr. Roberto Carlos Lyra
1^o Examinador

Prof^a Dr^a Deyse Conceição Santoro
2^o Examinador

Prof^a Dr^a Maria Soledade Simeão dos Santos
1^o Suplente

Prof^a Dr^a Vivian Schutz
2^o Suplente

Rio de Janeiro
2010

Dedicatória

Primeiramente, dedico a Deus e aos Mestres Espirituais da Cruzada Mística Regeneração pela oportunidade de mais um aprendizado em minha caminhada. Tenho certeza que em meus momentos solitários, nunca estive sozinho.

À minha família:

Motivação para encarar o desafio e participante direta da construção dos meus sonhos.

À minha querida e doce esposa Priscila, pelo carinho, dedicação, compreensão e paciência e, sem sombras de dúvidas, a sua ternura e Amor.

À minha filha Mariana, minha princesa, razão do meu viver e motivo maior de minha felicidade. O meu sentimento por você transcende o que chamamos de Amor.

Aos meus pais, Sr Jorge e D. Glória, simplesmente esse momento não existiria se não fosse pela construção de virtudes e incentivo ao estudo feito por vocês. Nossa história é longa e aquele menino desacreditado pelos outros, porém reconhecido e motivado por vocês, está se tornando Mestre. Esse título é de vocês, de fato e de direito.

Ao meu Irmão Wagner, que sempre foi meu referencial de estudo e disciplina. Espero, brevemente, comemorar seus momentos de vitória também. Acredito em você e sei que será feliz na realização de seus sonhos.

Muito Obrigado por tudo!!!

AMO VOCÊS!!

AGRADECIMENTOS

Gratidão é o sentimento latente que tenho pela professora Maria José Coelho, pois os estudos realizados em dois anos passaram por “chuvas e trovoadas”. Havia momentos em que eu me sentia seguro com minhas convicções, mas bastava uma pergunta da orientadora e lá se iam todos os meus argumentos. Sentia raiva e medo de não terminar e de não conseguir contra-argumentar.

Sua forma diferenciada e peculiar de orientar fortaleceu minhas justificativas e motivaram a conclusão desta dissertação. O mais recompensador desta trajetória é chegar ao final e saber que nossa pesquisa possui horizontes a serem explorados.

Querida Zezé, em resumo, você ensina a pescar...não dá o peixe...e isso fortalece relações.

Agradeço ao Grupamento de Socorro de Emergência/CBMERJ, pois foi através desta instituição que tudo começou. Estendo meus agradecimentos aos meus colegas de farda pelo apoio e incentivo nas horas que precisei. Aos meus amigos Oficiais e Praças da Seção de Operações pela compreensão e paciência.

Ao Professor Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, meu coordenador na Universidade Veiga de Almeida e grande incentivador do meu desenvolvimento profissional, que acreditou em meu potencial como docente, antes mesmo da titulação.

Aos meus AMIGOS/IRMÃOS: Alexandre Galvão; Fernando Costa; Gilson Hanszman; Leandro Galvão; Renato França e Ronald Fernandes. Coloquei em ordem alfabética, pois não há prioridades entre vocês em meu coração. Consegui!!! Sem vocês seria impossível. Vocês são a realidade da frase: “Na vida eu não preciso de mais nada se tenho AMIGOS de VERDADE”.

E não poderia deixar de agradecer aos pacientes e aos profissionais de enfermagem que foram sujeitos da pesquisa, pois com o sofrimento de vítima e exposição da avaliação profissional, contribuíram em prol da ciência de enfermagem na construção de um novo saber.

A TODOS VOCÊS O MEU MUITO OBRIGADO!

RESUMO

FERNANDES, Vladimir Chaves. **Acidente Com Múltiplas Vítimas**: uma análise do planejamento e preparação do cuidado de enfermagem na sala de emergência., 2010. f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2010.

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa, sobre o planejamento e preparação do cuidado de enfermagem em Acidentes com Múltiplas Vítimas (AMV). O objeto de estudo desta dissertação é o cuidado de enfermagem na sala de emergência, diante de um fenômeno que promova um AMV. Foram sujeitos da pesquisa, profissionais de enfermagem de um hospital de esfera administrativa municipal, que forneceram os dados quantitativos através da resposta de uma entrevista semi-estruturada com perguntas fechadas. Realizado também a observação na prestação dos cuidados de enfermagem em momentos de AMV e registrado através de um diário de campo na sala vermelha de um hospital geral na cidade do Rio de Janeiro, assim, obtive os dados qualitativos desta pesquisa. Complementou-se a argumentação da pesquisa com a realização do cruzamento de dados da análise dos fenômenos de AMV, que aconteceram no estado do Rio de Janeiro, dentro do recorte temporal destinado a pesquisa, extraindo na mídia internet novos dados. Foram coletados além das reportagens de AMV no site: www.globo.com/rjtv, os vídeos que foram apresentados na Rede Globo de Televisão, totalizando trinta e sete minutos e cinquenta e nove segundos de reportagens sobre AMV, tornando-se um anexo desta dissertação. As bases teóricas da pesquisa se sustentaram nas maneiras de cuidar de Coelho (2006), tendo os cuidados de alerta, ambiente e de guerra, ferramentas de contextualização. Busquei na física, através da Teoria do Caos, afirmada por Gleick (1991), o movimento que os desastres proporcionam nos ambientes. E encontrei em Florence Nightingale narrado por Rogers (2000), as fundamentações do planejamento e preparação do cuidado, começando pelo ambiente. Observa-se ao longo dos resultados a grande incidência de acidentes de ônibus e da necessidade de se rever os conceitos de cuidado de enfermagem nas emergências dos hospitais, principalmente nos casos de desastres, proporcionando novas condutas e contribuindo para a redução de morbi-mortalidade das vítimas de AMV.

Palavras-chave: Desastres/AMV. Enfermagem em emergência. Planejamento para o AMV.

ABSTRACT

FERNANDES, Vladimir Chaves. **Accident With Multiple Victims**: an analysis of the nursing care planning and preparation in the emergency room, 2010. f.Dissertation (Master Degree in Nursing) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

It is a study of quanti-qualitative approach, about the nursing care planning and preparation in Accidents with Multiple Victims (AMV). The study object of this dissertation is the nursing care in the emergency room, face a phenomenon that promotes an AMV. Nursing professionals of a municipal administrative sphere hospital were research subjects, who provided the quantitative data through the answer of a semi-structured interview with closed questions. The observation in the provide nursing care in AMV moments was realized and registered through a field diary in the red room of a general hospital at Rio de Janeiro city, then, I obtained the qualitative data of this research. The research argumentation was complemented with the data crossing of the AMV phenomena analysis that occurred at the Rio de Janeiro state, into the time cutting destined to research, extracting new data in the internet media. Besides the AMV reports in the site: www.globo.com/rjtv, the videos that had been presented in the Globo Net of Television were collected totalizing thirty-seven minutes fifty-nine seconds of reports about AMV, becoming an attachment of this dissertation. The research theoretical bases were supported in Coelho's care manners (2006), having the warning care, environmental and of war, contextualization tools. I searched in the physics, through the Chaos Theory, affirmed by Gleick (1991), the movement that the disasters provide in the environments. And I found in Florence Nightingale narrated by Rogers (2000), the bases of the care planning and preparation, starting at the environment. The high incidence of bus accidents and the need of review the nursing care concepts in the hospitals emergencies have been observed over the results, mainly in the disasters cases, providing new conducts and contributing to the AMV victims' s morbid-mortality.

Key-words: Disasters/AMV. Nursing in emergency. Planning for the AMV.

LISTA DE SIGLAS

AMV – Acidente com Múltiplas Vítimas

AP – Área Programática

ATLS – Advanced Trauma Life Support

CAPAP – Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-hospitalar

CBMERJ – Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro

COCB – Centro de Operações do Corpo de Bombeiros

COI – Comitê Olímpico Internacional

CRAMP – Circulação, Respiração, Abdômen, Motricidade e Palavra

GSE – Grupamento de Socorro de Emergência

NGA – Normas Gerais de Ação

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHTLS – Pre Hospital Trauma Life Support

PNH – Programa Nacional de Humanização

RPM – Respiração, Perfusão, Status Mental

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

START– Simple Triage And Rapid Treatment

SUMÁRIO

	Pág
Capítulo I: Considerações Iniciais: O Interesse no Estudo Sobre Acidente com Múltiplas Vítimas (AMV)	17
Questões Norteadoras	20
Delimitando o objeto de estudo	21
Objetivos	22
A Relevância do Estudo	22
Contextualização do Problema de Pesquisa	25
O Grupamento de Socorro de Emergência	25
Conceituando o Fenômeno Desastres / AMV	31
Trauma uma Preocupação na Emergência	36
Avaliando Uma Vítima de Trauma	41
Definição e Conceitos Discutidos Atualmente em Emergência	43
Protocolo Internacional de Triagem em Acidentes com Múltiplas Vítimas	45
Capítulo II: Referencial Teórico e a Preparação da Unidade de Emergência em Desastres / Acidente com Múltiplas Vítimas	50
O Cuidado de Enfermagem na Emergência sob a Ótica de Coelho	51
A Teoria do Caos Sustentando o Atendimento a Múltiplas Vítimas	53
O Cuidado do Ambiente na Proposta de Florence Nightingale	55
O Cuidado na Proposta da Preparação da Unidade	57
O Estado da Arte	62
Capítulo III: Caminho Metodológico	68
Tipo de Estudo	68
Sujeitos	74
Critérios de Inclusão dos Sujeitos	74
Critérios de Inclusão do Cenário	75
Técnica de Coleta de Dados	76
Aspectos Éticos	76
Trajétoria do processo de autorização da pesquisa	78
Capítulo IV: O Cuidado de Enfermagem em Eventos de AMV nas Morbidades Clínicas	80
Epidemia Dengue /2008	81

Deficiência de Controle dos Transmissores	82
Mortalidade Elevada nos Casos de Dengue	82
Objetivos da Criação dos Centros de Hidratação	82
Pandemia H1N1	91
Capítulo V: Os AMVs e a Sua Relação com o Cuidar e os Cuidados de Enfermagem	98
Aparecimento dos fenômenos na sala vermelha	117
Capítulo VI: Análise dos AMVs através da Mídia	123
Análise das Notícias e Discussão dos Fenômenos	126
Agosto	126
Setembro	128
Outubro	138
Novembro	156
Dezembro	168
Áreas geográficas dos acidentes	176
Capítulo VII: Considerações Finais	182
Comentário dos Resultados	185
Recomendações e Limitações da Pesquisa	188
Referências Bibliográficas	193
Apêndices	198
Apêndice A - Instrumento de Pesquisa	198
Apêndices B – Diário de Campo	201
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	204
Anexo – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	205

LISTA DE IMAGENS

Imagem.1 – Atendimento Individualizado	18
Imagem.2 – Atendimento Coletivo	18
Imagem.3 – Vítima de AMV	24
Imagem.4 – Vítima de AMV	24
Imagem.5 – ASE – Auto Socorro de Emergência	25
Imagem.6 – Sede do 1º GSE/CBMERJ	26
Imagem.7 – Capa do Manual Básico de Socorro de Emergência, 2ª edição	27
Imagem.8 – Avaliação de Triagem pelo Método CRAMP	48
Imagem.9 – Cartão de Triagem	49
Imagem.10 - Centro de Hidratação em Campo Grande/RJ	84
Imagem.11 - Inauguração do Centro de Hidratação de Belfort Roxo/RJ	84
Imagem.12 - Ambiente de Acolhimento do Centro de Hidratação do Méier/RJ	86
Imagem.13 - Ambiente de Observação e Hidratação do Méier	90
Imagem.14 - Ambiente de Observação e Hidratação da Gávea	90
Imagem.15 - Pandemia do H1N1 Aspecto Mundial / 2009	93
Imagem.16 - Epidemia do H1N1 no Brasil Julho/ 2009	93
Imagem 17 - Pólo de Acolhimento a Influenza A, Hospital Municipal Lourenço Jorge/RJ	96
Imagem 18 - Pólo de Acolhimento a Influenza A, Hospital Municipal Lourenço Jorge/RJ	96
Imagem 19 - Pólo de Acolhimento a Influenza A, Hospital Municipal Miguel Couto/RJ	97
Imagem 20 - Pólo de Acolhimento a Influenza A, Hospital Municipal Miguel Couto/RJ	97
Imagem. 21 – Informativo do Simulado dos Hospitais de Emergência do Município do Rio de Janeiro na Capacitação Para o PAN 2007	109
Imagem. 22 – Colisão frontal	141
Imagem. 23 – Colisão traseira	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de AMV	28
Quadro 2 – Registro de AMV/2006	29
Quadro 3 – Avaliação de Triagem Método CRAMP	47
Quadro 4 – Estado da Arte – Descritor: Desastres em Emergência	63
Quadro 5 – Estado da Arte – Descritor: Enfermagem em Emergência	64
Quadro 6 – Estado da Arte – Descritor: Acidente Múltiplo	65
Quadro 7 – Estado da Arte – Descritor: Preparo da Unidade de Emergência	65
Quadro8 - Atendimento da Influenza A - H1N1	94
Quadro9 – Fenômenos Presenciados Durante a Coleta de Dados	117
Quadro10 – Quantitativo de Vítimas em Cada Fenômeno	118
Quadro 11 – Perfil do Transporte Pré-Hospitalar que Chegou com Vítimas de AMV na Emergência	119
Quadro12 – Avaliação pelo Método START nas Vítimas de AMV	120
Quadro13 – Resultados extraídos da mídia	125
Quadro 14 – Percentual dos AMVs por regiões Ago/Dez 2009	177
Quadro 15 – Percentual dos AMVs por zonas metropolitanas do município do Rio de Janeiro Ago/Dez 2009	178
Quadro 16 – Percentual dos AMVs por áreas programáticas do município do Rio de Janeiro Ago/Dez 2009	179
Quadro 17 – Percentual dos fenômenos de AMVs Ago/Dez 2009	180
Quadro 18 – Percentual dos acidentes de trânsito Ago/Dez 2009	180
Quadro 19 – Percentual dos AMVs	181

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ocorrências AMV	29
Gráfico 2 – Eventos AMV/2007	31
Gráfico 3 – Trauma: Tipo de Eventos	38
Gráfico 4 – Incidência e Causas de Óbitos no Trauma	40
Gráfico 5 - Evolução Comparativa dos Casos de Dengue de 2002 a 2008	81
Gráfico 6 – Quantitativo de Sujeitos Entrevistados	98
Gráfico 7 – Tempo de Serviço na Sala Vermelha	99
Gráfico 8 – Profissionais de Enfermagem que já Atuaram em AMV	100
Gráfico 9 – Percepção da Frequência no Atendimento ao AMV	101
Gráfico 10 – Observação da frequência de AMVs	103
Gráfico 11 – Observação da frequência de AMVs	105
Gráfico 12 – Percepção Quanto ao Preparo de AMV da Sala Vermelha	106
Gráfico 13 – Informações Sobre Treinamento Revelado Pelos Profissionais de Enfermagem	108
Gráfico 14 – Percepção Quanto a Morbi-Mortalidade no AMV Pelos Profissionais de Enfermagem	110
Gráfico 15 – Principais fenômenos de AMV Percebido Profissionais de Enfermagem	112
Gráfico 16 – Conhecimento de Métodos de Triagem dos Profissionais de Enfermagem	113
Gráfico 17 – Método de Triagem Mais Aplicado Pelos Profissionais de Enfermagem	114
Gráfico 18 – Chegada das Vítimas na Emergência por Gravidade	115
Gráfico 19 – Percepção dos Próprios Profissionais de Enfermagem de Quem Atende Primeiro o AMV na Emergência	116
Gráfico 20 – Análise geográfica dos AMVs nos municípios do estado do Rio de Janeiro em Ago/Dez 2009	176
Gráfico 21 – Análise geográfica dos AMVs por regiões Ago/Dez 2009	176
Gráfico 22 – Análise geográfica dos AMVs por zonas metropolitanas do município do Rio de Janeiro Ago/Dez 2009	177
Gráfico 23 – Análise geográfica dos AMVs por áreas programáticas do	178

município do Rio de Janeiro Ago/Dez 2009	178
Gráfico 24 – Análise dos Tipos de AMVs Ago/Dez 2009	181

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma.1 – Ciclo de Desastres	33
Fluxograma.2 – Avaliação Triagem Método START I	46
Fluxograma. 3 – Avaliação Triagem Método START II	47
Fluxograma.4 - Atendimento das Tendras de Hidratação com Classificação de Riscos Para a Dengue	89
Fluxograma. 5 - Estrutura de Atendimento das Tendras de Hidratação	91
Fluxograma. 6 - Classificação de Riscos Para o Atendimento da Influenza A (H1N1), Manejo Clínico	95

LISTA DE REPORTAGENS

Reportagem 01 – Colisão entre caminhão <i>versus</i> ônibus	126
Reportagem 02 – Queda de ônibus	128
Reportagem 03 – Queda de ônibus	130
Reportagem 04 – Colisão auto <i>versus</i> auto	132
Reportagem 05 – Explosão	133
Reportagem 06 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> ônibus	136
Reportagem 07 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> ônibus <i>versus</i> moto	137
Reportagem 08 – Colisão entre auto <i>versus</i> anteparo	138
Reportagem 09 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> ônibus	140
Reportagem 10 – Queda de Helicóptero	142
Reportagem 11 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> ônibus	144
Reportagem 12 – Incêndio	146
Reportagem 13 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> ônibus	148
Reportagem 14 – Incêndio	151
Reportagem 15 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> anteparo	153
Reportagem 16 – Capotamento de auto	155
Reportagem 17 – Explosão	156
Reportagem 18 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> anteparo	159
Reportagem 19 – Enchente	160
Reportagem 20 – Enchente	162
Reportagem 21 – Escorregamento de Terra	164
Reportagem 22 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> anteparo	166
Reportagem 23 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> anteparo	167
Reportagem 24 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> ônibus	168
Reportagem 25 – Desabamento	170
Reportagem 26 – Atropelamento ônibus <i>versus</i> pedestre	172
Reportagem 27 – Colisão entre ônibus <i>versus</i> anteparo	174

Capítulo I

Considerações Iniciais

O Interesse no Estudo Sobre Acidente com Múltiplas Vítimas (AMV)

É na via pública que ocorre a maioria dos fenômenos¹ dos atendimentos pré-hospitalares, e segundo Kant (2004) os fenômenos constituem o mundo como nós o experimentamos, portanto, os acidentes acontecem por diversas etiologias, sendo as principais ocorridas por: colisões de veículos, acidentes com pedestres, incêndios, quedas da própria altura ou acidentes em obstáculos urbanos².

Considera-se também todo e qualquer fenômeno que possa ocorrer em meios de transportes como: ferroviários que acometem trens e metrô; rodoviários com ônibus; aéreos em eventos com aviões e helicópteros e em embarcações comuns no centro da cidade do Rio de Janeiro, como barcas e aerobarcos³.

Necessário destacar também os fenômenos naturais que podem ocasionar consequências de proporções grandiosas como terremotos, inundações (enchentes), escorregamentos de terra (deslizamentos), furacões, ciclones entre outros.

Quando ocorre um acidente, pessoas que estejam próximas aos eventos se tornam vítimas, podendo apresentar diversas lesões de origem cinéticas⁴, sendo assim denominadas de politraumatizados, porém há também registros de

¹ **Fenômeno:** É um acontecimento que pode ser observado.

² **Obstáculos urbanos:** buracos na rua, ralos sem tampas, ruas sem pavimentação adequada entre outros.

³ **Aerobarco:** Meio de transporte de passageiros fluvial ou marítimo, ligando uma cidade a outra.

⁴ **Energia cinética:** Energia em movimento

atendimentos clínicos, chamados de “mal súbito⁵”, que percorrem as mais variadas categorias de diagnósticos.

O atendimento pré-hospitalar e hospitalar promove uma diversidade de ocorrências de trauma e situações clínicas, pois, da mesma forma que podemos ter um acidente individualizado, comprometendo uma única vítima, como nos casos de queda de moto em dias chuvosos, também podemos ter a presença significativa de vítimas, oriundas de um mesmo fenômeno quando ocorre uma colisão de dois ônibus, com isso, teremos uma quantidade maior de vítimas, resultado da mesma cinemática.

Sob a ótica clínica, podemos ter eventos epidemiológicos de doenças infecto-contagiosas que podem produzir múltiplas vítimas.



Imagem.1 Atendimento Individualizado

Fonte CBMERJ/GSE

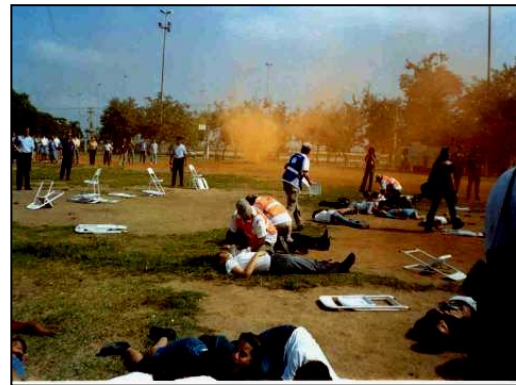


Imagem2. Atendimento coletivo

Fonte CBMERJ/GSE

A motivação para desenvolver essa dissertação de mestrado surgiu como consequência de várias situações já vivenciadas em minha experiência profissional como enfermeiro assistencial e docente na área de emergência.

⁵ **Mal Súbito:** Doença de origem clínica com apresentação de descompensação de sinais e sintomas e diagnóstico não definido.

Na função como Oficial Enfermeiro do Primeiro Grupamento de Socorro de Emergência (1º GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), realizei um atendimento pré-hospitalar como chefe de guarnição⁶ em uma ambulância intermediária⁷, o qual é respaldado pelas Normas Gerais de Ação (NGA) do 1º GSE e preconizada pela Portaria 2048/02 do Ministério da Saúde.

Como experiência, já me deparei com eventos⁸ que envolveram várias vítimas de um mesmo fenômeno, e diante disso, julgo que o momento mais apreensivo desta ação de salvar vidas, é o de chegar com as vítimas ao hospital de referência⁹.

Os motivos dessa apreensão perpassam pelo caos da saúde pública no Brasil e em especial no Rio de Janeiro, um problema de ordem estrutural administrativa e política, onde nem sempre existem vagas de internação disponíveis para receber as vítimas dos acidentes até a preparação permanente da equipe de saúde, em receber múltiplas vítimas.

Independente das diversas possibilidades de diagnóstico que podem ser apresentadas por acidente com múltiplas vítimas, sejam elas com problemas clínicos ou traumáticos, sempre me despertou o questionamento, sobre a forma de como elas são recebidas dentro das instituições hospitalares.

⁶ **Chefe de guarnição:** Terminologia militar que designa o responsável pelo socorro e pela viatura (ambulância).

⁷ **Viatura Intermediária:** Ambulância liderada por enfermeiro, conforme portaria 2048 do Ministerio da Saúde de 2002

⁸ **Eventos:** Fenômenos (acidentes) que promovem os atendimentos pré hospitalares.

⁹ **Hospital de Referência:** Terminologia usada no serviço pré-hospitalar para informar o hospital que apresenta diversas especialidades clínicas ou por ser o mais próximo para o atendimento de uma determinada região.

Por mais que tenhamos um serviço de emergência aberta e que o hospital seja de referência para o atendimento de múltiplas vítimas, percebo que existe um “desconforto” em receber essas vítimas pelos profissionais de saúde.

Fato este, que aguçou os questionamentos sobre a preparação e planejamento hospitalar para o recebimento de acidente com múltiplas vítimas, pois estamos diante de vítimas que apresentam diversas prioridades de atendimento.

Em uma perspectiva maior, pretendo descrever como um centro de referência de trauma no município da cidade do Rio de Janeiro está estruturado para realizar os cuidados de enfermagem dessas vítimas e como elas são cuidadas.

Questões Norteadoras

Diante do interesse de estudar os acidentes com múltiplas vítimas, surgiram as seguintes questões norteadoras deste estudo:

- Como é o cuidado de enfermagem prestado dentro de uma unidade de emergência no município do Rio de Janeiro, diante de um fenômeno que promova um acidente com múltiplas vítimas (AMV)?
- Como são prestados os cuidados de enfermagem a vítimas de um fenômeno AMV?
- Como é o planejamento de recursos humanos e materiais adicionados à adaptação da planta física da unidade de emergência para o recebimento de vítimas de AMV?

- Quais são os fenômenos de AMV que mais frequentemente estão aparecendo nas salas de emergência?

Na perspectiva de respostas a essas questões, encontro respaldo em Assad (2003) quando diz que:

A partir da experiência pessoal, entendemos que a formação do enfermeiro atuante na área hospitalar está diretamente relacionada à sua experiência assistencial...

Sendo assim, destaca-se o motivo para investigar esse tema, pois conforme Assad (2003), ele emerge de minha vivência profissional, como enfermeiro assistencial.

Delimitando o Objeto de Estudo

Após estas questões norteadoras, definimos como objeto de estudo:

O cuidado de enfermagem na sala de emergência, diante de um fenômeno que promova um acidente com múltiplas vítimas.

Objetivos

O presente estudo busca contemplar os seguintes objetivos, na forma de compreensão, análise e síntese, respectivamente que listamos a seguir:

a) Identificar a existência de um planejamento e a priorização dos cuidados de enfermagem diante de um acidente com múltiplas vítimas;

b) Analisar como está sendo realizado o cuidado de enfermagem aos pacientes vítimas de um AMV;

c) Descrever os AMVs que chegaram ao cenário de pesquisa através da observação e paralelamente, descrever os AMVs que aconteceram no mesmo recorte temporal durante a coleta de dados, extraídos da mídia.

A Relevância do Estudo

A relevância do estudo é dimensionada pela perspectiva de construir um conhecimento e fortalecer a ciência de enfermagem, proporcionando um diagnóstico da situação do ambiente do cuidado nas unidades de emergência para o atendimento a acidentes com múltiplas vítimas e analisar como são realizados os cuidados de enfermagem, frente a esse fenômeno de pesquisa para buscar uma forma mais linear de atuação profissional e conseqüentemente, salvar vidas.

Whitaker *et al* (1998) considera que os índices de gravidade do trauma são instrumentos úteis para o atendimento da vítima de causas externas, portanto seria necessário no meio profissional, que todos estivessem envolvidos no âmbito da problemática do acidente e da violência que ele impacta para a sociedade.

A importância da conscientização, não apenas para a assistência imediata, mas, também para a realização de estudos cujos resultados, divulgados em uma linguagem uniforme, possam ser utilizados pela equipe multidisciplinar, possibilitando, desse modo, contribuições para o desenvolvimento em todos os níveis de assistência prestada e prevenção de seqüelas e conseqüências futuras.

Para cuidar em AMV é preciso, uma visão da necessidade de planejamento como a condição de distribuição tática das vítimas citados por Canetti (2007), onde o autor menciona que muitas vezes o desastre é transferido da cena externa para

dentro do hospital mais próximo, pois nenhum hospital do mundo é capaz de receber um número maciço de vítimas ao mesmo tempo, se não houver planejamento e preparo da unidade e dos recursos humanos.

A minha experiência profissional cotidiana mostra que é torna-se necessário pesquisar esse fato, pois quando um acidente ocorre próximo a um hospital, a tendência natural de quem socorre, sejam bombeiros, SAMU¹⁰, empresas privadas de saúde que estejam passando pelo local do acidente ou populares é a de levar as vítimas imediatamente para o hospital de referência ou o mais próximo possível para este.

Entretanto essa “chegada” inesperada pode ser completamente desordenada e proporcionar um tumulto, pois, onde não há uma triagem treinada, isto é, com prioridade de atendimento, podemos ter vítimas com menor gravidade, sendo priorizadas no atendimento, do que vítimas de maior necessidade de cuidados devido ao risco de morte.

Portanto, analisando as palavras de Canetti (2007), pode-se com este estudo perceber quais são as vulnerabilidades¹¹ das unidades de emergência investigadas no atendimento aos AMVs.

Para que seja possível priorizar a importância das unidades hospitalares em relação a atendimento a múltiplas vítimas, concordamos com as hipóteses de Castro (2002), pois o autor descreve sobre a necessidade de planejamento das unidades de emergência diante de um AMV, onde diz que:

¹⁰ **SAMU** – Serviço de Atendimento Médico de Urgência, com a finalidade de realizar o atendimento em residência e transferência de pacientes entre hospitais. Ajudando a desafogar o sistema de emergência de um município.

A falta de planejamento das atividades de atendimento as situações de desastres causam dificuldades aos hospitais e ao sistema de saúde e dificulta a reação eficiente a essas situações, principalmente quando ocorre um número inusitado de vítimas necessitando de cuidados emergenciais, Castro (2002).



Imagem.3 Vítima de AMV

Fonte: Jornal O Globo, 24/10/07



Imagem.4 Vítima de AMV,

Fonte: Jornal O Globo, 24/10/07

As fotos mostradas registram as vítimas de um mesmo acidente que chegaram a um hospital de referência, na cidade do Rio de Janeiro.

Ao analisar as imagens fixas, concordo com Castro (2002) quando aborda as condições importantes de se estudar o assunto AMV, para o qual se faz necessário haver o comprometimento na qualidade do cuidado das vítimas, pois a falta de planejamento é a causa de perigosas improvisações, que prejudicam a eficiência das equipes técnicas empenhadas, provocando, na maioria das vezes, o que se costuma chamar de desastre adicional ao desastre primitivo.

¹¹ **Vulnerabilidades** – Pontos fracos ou pontos de melhoria de uma empresa ou instituição, pública ou privada. Terminologia muito usada em desastres, pois estabelece os principais riscos de uma localidade ou de um sistema de atendimento.

Contextualização do Problema de Pesquisa

O Grupamento de Socorro de Emergência

O Primeiro Grupamento de Socorro de Emergência (1ºGSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) vem prestando atendimento pré-hospitalar em situações de emergências ocorridas em vias públicas no Estado do Rio de Janeiro desde 1986, implementado pelo então Governador Leonel de Moura Brizola, sendo pioneiro no Brasil neste tipo de atividade.

O GSE é estruturado em um sistema medicalizado, com profissionais de saúde, operando com ambulâncias configuradas com suporte básico, intermediário e avançado de vida, regulada por profissionais médicos e enfermeiros durante 24 horas por dia, pelo Centro de Regulação, com tecnologia semelhante a utilizada em países mais desenvolvidos.

Foi implementado dois anos após a criação do GSE o atendimento aeromédico, um dos primeiros serviços no país, que conta hoje com duas aeronaves configuradas para suporte avançado de vida.



Imagem 5. ASE (auto socorro de emergência)

Fonte www.cbmerj.rj.gov.br/viaturas

Desde 1992 é responsável pelos transportes inter-hospitalares entre Unidades Estaduais, inclusive com o transporte de neonatos.

Diferentemente dos Corpos de Bombeiros Militares de outros Estados que possuem este tipo de serviço, todos os mais de mil profissionais envolvidos no atendimento ao paciente são oriundos da área da saúde: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, respectivamente oficiais e praças.

Todas as equipes profissionais, antes de serem incorporados ao serviço, são capacitados através de cursos de curta, média ou longa duração, pelo Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-hospitalar (CEPAP), que possui instalações modernas e emprega manequins de simulação de última geração e técnicas baseadas em protocolos de atendimento voltados para emergências pré-hospitalares em nível de suporte básico e avançado de vida.



Imagem.6 Sede do 1ºGSE no DBM 1/1 Catete/RJ – Fonte [www.cbmerj.rj.gov.br/sedes operacionais](http://www.cbmerj.rj.gov.br/sedes-operacionais)

Na área de operações em 2001, foi implementada a Seção de Medicina de Desastres para coordenar a atuação em acidentes com múltiplas vítimas utilizando

doutrinas, viaturas especiais e hospital de campanha. A distribuição de ambulâncias e pessoal é uma das muitas faces gerenciais que é baseada nas informações técnicas obtidas pela Seção de Estatística Operacional, que também municia outros órgãos públicos e instituições universitárias com relatórios epidemiológicos de atendimento em vias públicas.



Imagem7. Capa do Manual Básico de Socorro de Emergência – 2ª edição
Fonte: www.cbmerj.gse.rj.gov.br

Atualmente, após mais de vinte e três anos de atuação, o 1º GSE já ultrapassou o número de um milhão de pacientes atendidos, dos quais cerca de 65% foram vítimas de causas externas (acidentes de tráfego, lesões por arma branca, ferimentos por arma de fogo, agressões, quedas entre outros), segundo informações extraídas da Seção de Estatística do 1º GSE.

Em 2006, o Grupamento de Socorro de Emergência (GSE), do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), contabilizou os acidentes que envolviam várias vítimas de um mesmo fenômeno e a partir de uma classificação denominada de AMV (acidente com múltiplas vítimas), onde eles se apresentaram em três níveis (um, dois e três) que faz parte da produção bibliográfica **Manual Básico de Socorro de Emergência**, publicado em 2007.

Para entender como é a classificação, apresentamos a tabela abaixo:

Quadro1. Classificação de AMV

AMV	Número de Vítimas
AMV 1	5 à 10 vítimas
AMV 2	11 à 20 vítimas
AMV 3	Acima de 21 vítimas

Fonte: Manual de Socorro de Emergência, 2007

Prosseguindo com o estudo do GSE, foi feito o levantamento dos acidentes com múltiplas vítimas, a partir de um consolidado de dados proveniente do Centro de Operações do Corpo de Bombeiros (COCB), onde são registradas todas as ocorrências acima de cinco vítimas e suas variáveis etiológicas.

Com essas informações, foi possível ter um panorama dos AMVs no estado do Rio de Janeiro onde temos uma média de seis eventos por mês.

A tabela abaixo apresenta este registro mês a mês,do ano de 2006.

Quadro 2. Registro de informações mês a mês – ano de 2006

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
AMV 1	5	2	4	2	1	3	5	5	3	5	3	1
AMV 2	1	1	3	2	1	3	5	3	2	3	0	0
AMV 3	1	0	2	0	0	2	1	0	0	1	1	2
Total	7	3	9	4	2	8	11	8	5	9	4	3
Vítimas	83	29	125	50	20	124	146	71	61	53	18	21

Fonte: Registro AMV Fonte:Seção de Desastres do 1º Grupamento de Socorro de Emergência do CBMERJ, 2006

Com esses resultados tivemos um total de setenta e três AMVs, o que corresponde a uma média de seis eventos por semana, com destaque para os meses de maio e julho, com o menor e o maior índice de eventos registrados respectivamente.

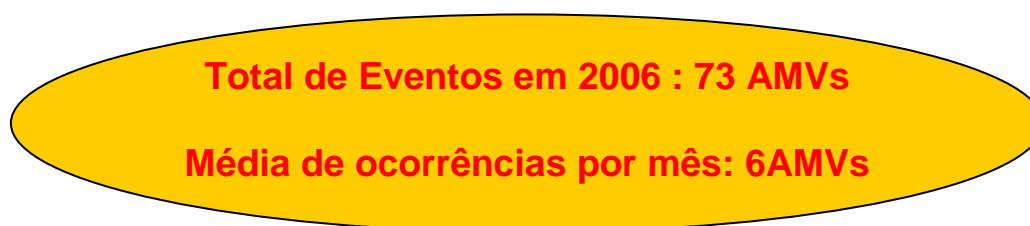


Gráfico 1 Ocorrências de AMV

Fonte:Seção de Desastres do 1º Grupamento de Socorro de Emergência do CBMERJ, 2006

Para validação de estudo científico faz-se necessário a utilização de estatísticas recentes, porém, uma vez que o Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro não é uma instituição de pesquisa, algumas importantes informações

acabam se perdendo, o que faz com que os dados mais recentes sobre AMV sejam de 2006.

Na análise dos dados, o fenômeno que mais sustenta esta estatística são os acidentes de trânsito e, devido a possibilidade de se ter passageiros nos veículos eles passam a constituir as situações mais comuns encontradas como ocorrências de acidentes com múltiplas vítimas.

Essa é característica de uma grande metrópole como a cidade do Rio de Janeiro, onde existem diversas formas de deslocamento de pessoas pelo trânsito que pode ser feita por carros de passeio, ônibus, vans, metrô, trem, barcas e aerobarcos.

Ainda sobre o estudo 1º GSE, observamos que a maioria de seus atendimentos é de fenômenos de trauma. Considerando que a atividade do 1º GSE/CBMERJ é o atendimento em via pública, significa que os atendimentos precisam de continuidade em uma instituição hospitalar, ou seja, a população que é atendida pelos Bombeiros do Rio de Janeiro, irá chegar de alguma forma aos hospitais de referência.

Observamos no gráfico abaixo, o registro significativo de eventos de trauma (64,9%) atendidos pelo 1º GSE.

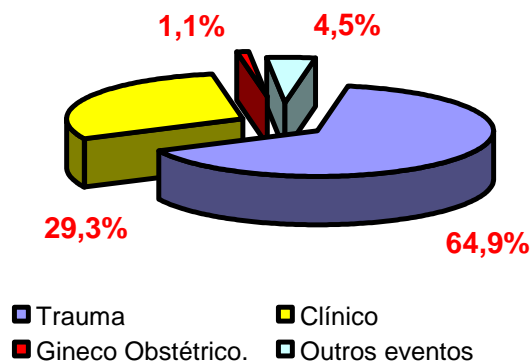


Gráfico 2 Eventos AMV

Fonte: Seção de Estatística do 1º Grupamento de Socorro de Emergência do CBMERJ, 2007

Conceituando o Fenômeno Desastres /

Acidente com Múltiplas Vítimas (AMV)

Quando abordamos acidentes com múltiplas vítimas, não podemos deixar de conceituar o que são **desastres**, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo Castro (2002) como os resultados de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais com conseqüentes prejuízos econômicos e sociais.

Ao focar sobre planejamento e preparação no AMV, temos em Tovar (1996) a descrição de seis fases de um plano de emergência, porém, trabalhamos com a primeira fase, que aborda como primeiro ponto a fase de preparação, caracterizada pela capacitação de recursos humanos, planejamento de estrutura física, organização e provisão de materiais e medicamentos, considerando que as atividades de um planejamento hospitalar para desastres devem ser exercidas em três etapas bem definidas:

1. Preparação antes de um desastre

2. Ações durante os desastres

3. Reabilitação e avaliação pós-desastres

Segundo Castro (2002), em eventos de desastres, recomenda-se que seja feita uma triagem, isto é, uma forma de avaliação de prioridades ao atendimento das vítimas, seja no ambiente pré ou intra-hospitalar, pois estas ações irão reduzir a morbi-mortalidade das vítimas.

Este é o objetivo principal no aspecto do cuidado prestado quando discutimos preparação e planejamento, pois é necessário ter um ambiente apto para atender as necessidades humanas básicas das vítimas deste fenômeno de desastres com múltiplas vítimas.

Busca-se, além disso, respaldo nas teorias de enfermagem em sua forma de observar o fenômeno *desastres*, como uma necessidade de preparação do ambiente, de acordo com a teoria de Florence Nightingale, segundo George (2000).

Espírito Santo (2006, p. 543) exalta a importância de um ambiente preparado numa análise através dos conceitos de Florence Nightingale, onde diz que:

É importante lembrar que a interação entre os atores do cuidar e a pessoa que é cuidada, visa estabelecer relações e trocas, sendo estas, de várias naturezas e com finalidades invariavelmente desenvolvidas em um ambiente.

Visualizar a importância deste ambiente demanda reconhecer sua capacidade de interagir, influenciar e oferecer estrutura do cuidado, sendo este estruturar dinâmico, contínuo e mutável.

Por isso, é importante aplicar os protocolos de triagem e reconhecer a classificação feita pelo atendimento pré-hospitalar, para estabelecer uma ação

interna efetiva a fim de reduzir a morbi-mortalidade das lesões, com o aproveitamento dos recursos humanos e materiais já existentes no ambiente.

Assad *et al* (2003) descreve que o enfermeiro não constrói conhecimentos somente por meio de estudos acadêmicos, mas o reconstrói no dia-a dia a partir dos desafios da realidade, com isso, nos convida a refletir sobre a prática da construção de um novo conhecimento, um novo saber, segundo critérios derivados do cotidiano assistencial.

Corroborando com este conceito, destaca-se o filósofo Michel Certeau (2002) para quem o cotidiano é a arte de fazer no dia-a-dia, qualquer experiência profissional.

Quanto aos estudos sobre as fases dos desastres, esses são discutidos pela Secretaria Nacional de Defesa Civil, através do que é chamado, **Ciclo de Desastres**, no qual é entendida a atuação de órgãos de resposta, reconstrução, prevenção e preparação para um AMV.



Fluxograma 1. Ciclo de Desastres

Fonte: Secretaria Nacional de Defesa Civil, 2008; extraído da apresentação do TC BM Méd Célio Ribeiro Jr / Seção de Desastres - 1º GSE

Uma instituição hospitalar está configurada sob a ótica do Ciclo de Desastres, como um órgão de resposta, assim como o serviço pré-hospitalar, porém sua resposta será mais adequada, se houver uma preparação para o fenômeno desastres, caso contrário, sua resposta ocorrerá de forma inadequada, em que o sucesso com uma satisfatória assistência ocorrerá devido à preparação do hospital para o fenômeno.

Por isso, quando estamos diante de um evento de AMV se faz necessário estar preparado para reduzir as conseqüências de um desastre, onde o mais importante é a preservação da vida humana.

As vítimas de qualquer acidente, geralmente são surpreendidas pelo fenômeno do desastre e além do fator traumático ainda existem as co-morbidades individuais que podem alterar completamente o prognóstico de um paciente, por isso uma velha expressão usada por profissionais de saúde em que “cada caso é um caso”.

Onde a queda de uma edificação, um acidente de trânsito, ferroviário ou aéreo, um tumulto em um estádio de futebol ou de uma casa de entretenimento, podem deixar seqüelas emocionais, psíquicas ou físicas naqueles que sofrem o acidente.

Por isso, ao discutir o tema, estamos em processo contínuo de preservação da vida através de um cuidado direto e indireto, pois ter um espaço físico adequado, materiais e equipamentos disponíveis, somados a uma equipe de enfermagem preparada para cuidar dessa clientela imprevisível é contribuir para a sociedade, com uma redução das taxas de morbi-mortalidade apresentada pelas vítimas de AMV.

Essa preocupação se faz justificada, pois a maioria dos eventos citados acima traduz para um corpo as conseqüências de um trauma, onde entre o momento do acidente até o tratamento definitivo feito no hospital, existe uma linha tênue entre vida e morte que é a **hora de ouro**¹², bastante discutida pelos protocolos internacionais de atendimento como o ATLS (advanced trauma life support).

As principais causas de óbito em situações de trauma são: lesões no sistema nervoso central com hematomas cerebrais, edema e lesão raquimedular; lesões torácicas com hemopneumotórax; lesões abdominais com ruptura de vísceras ocas, maciças e de grandes vasos sanguíneos; fraturas múltiplas com alterações fisiopatológicas como embolia gordurosa e rabdomiólise¹³.

Todas as situações expressas acima são sustentadas com os conceitos de defesa civil que também fazem parte do entendimento do fenômeno desastres, que nos remetem a evento adverso, ameaça e vulnerabilidade.

Não podemos pensar em planejamento de unidade e nos cuidados prestados, se não identificamos os potenciais riscos, que fazem parte da comunidade e inserção de onde o hospital está envolvido, como exemplo ,temos um hospital na região metropolitana de uma cidade, apresenta riscos diferentes do que um hospital inserido em uma região rural.

A Secretaria Nacional de Defesa Civil conceitua as terminologias abaixo para um melhor entendimento do processo de preparação:

¹² **Hora de Ouro:** Terminologia usada pelo *advanced trauma life support (ATLS)*, identificando o momento inicial do acidente até a chegada ao hospital, passando pelo atendimento pré-hospitalar, não podendo ultrapassar de sessenta minutos, pois nessa primeira hora é que existem as maiores possibilidades de êxito no atendimento ao paciente politraumatizado.

Evento Adverso: São os efeitos dos eventos que, atuando sobre corpos receptores, provocam danos ou lesões. Um acidente ou evento adverso pode provocar efeitos físicos, que podem ser mecânicos ou irradiantes, químicos e/ou biológicos.

Ameaça: Estimativa de ocorrência e de magnitude de um evento adverso, expressa em termos de probabilidade estatística de concretização do evento e da provável magnitude da manifestação do mesmo.

Vulnerabilidade: Condição intrínseca de um corpo ou sistema receptor que, em interação com a magnitude do evento, caracteriza as consequências

dos efeitos adversos, medida em termos de intensidade dos danos previsíveis ou provocados. Enquanto a ameaça diz respeito ao fenômeno, a vulnerabilidade é intrínseca ao ecossistema (local).

Trauma:

Uma Preocupação do Atendimento Intra-Hospitalar na Emergência

Estudos realizados sobre vítimas de traumas mostram que nos acidentes em que há grande destruição de veículos ou um mecanismo de trauma violento, mesmo que a vítima aparentemente não apresente ferimentos graves, é muito comum a presença de lesões ocultas, pela compressão de órgãos internos (CANETTI *et al*, 2007).

13 Lesão renal ocasionada por aumento da enzima CK-Total na corrente sanguínea após uma injúria muscular estriada esquelética como, por exemplo, o esmagamento.

O que mais chama a atenção em vítimas de trauma são as deformidades e sangramentos externos, entretanto, os maiores índices de mortalidade estão ligados às lesões ocultas, como: sangramento epidural; subdural; hemotórax ; lesões de vísceras abdominais ocas¹⁴ e densas¹⁵.

Portanto, aumenta consideravelmente o número de óbitos destas vítimas quando ocorre um AMV, pois se não houver uma triagem adequada, isto é, seleção por prioridade quanto ao quadro clínico e constante monitorização, ocorrerá uma avaliação errada quanto à gravidade das vítimas, causando iatrogenia.

Viera *et al* (2003) num estudo sobre violência e mortes por causas externas, faz uma avaliação do coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito em comparação com países como Estados Unidos, México, Chile, Canadá e Suécia, onde o Brasil ocupa o segundo lugar em relação aos coeficientes de mortalidade.

Segundo Mantovani (2005), a mortalidade de causas externas no Brasil está relacionada a acidentes de trânsito, portanto, quando ocorre imprudência, negligência e imperícia de condutores de veículos e pedestres, falha mecânica ou de manutenção de maquinários, temos situações que colocam em risco a vida da sociedade, deixando-a a mercê das conseqüências dos impactos promovidos pela grande distribuição de energia cinética, produzindo vítimas politraumatizadas.

Que podem ter como resultado somente o “susto” sofrido pelos ocupantes e/ou tripulantes dos veículos, como também diversos ferimentos com agravo a saúde e vida das vítimas.

¹⁴ Vísceras ocas: estômago, intestino delgado e intestino grosso.

¹⁵ Vísceras densas: pâncreas, fígado, rins e baço

Por isso é necessário colocar em prática uma forma de atendimento que permita uma abordagem ao atendimento ao trauma de forma sistematizada e organizada reduzindo assim, as suas conseqüências iatrogênicas.

Em nosso estudo percebemos a necessidade de preparação e planejamento das unidades de emergência quanto aos recursos estruturais e humanos, frente a um evento de AMV, visando um cuidado ao atendimento coletivo onde possa haver vítimas de um mesmo fenômeno, pois independente de uma rotina de atendimento pré-hospitalar, o destino final dessas vítimas é sempre o hospital mais próximo, no qual podem chegar por ambulância, por meios próprios ou serem levadas por populares e familiares.

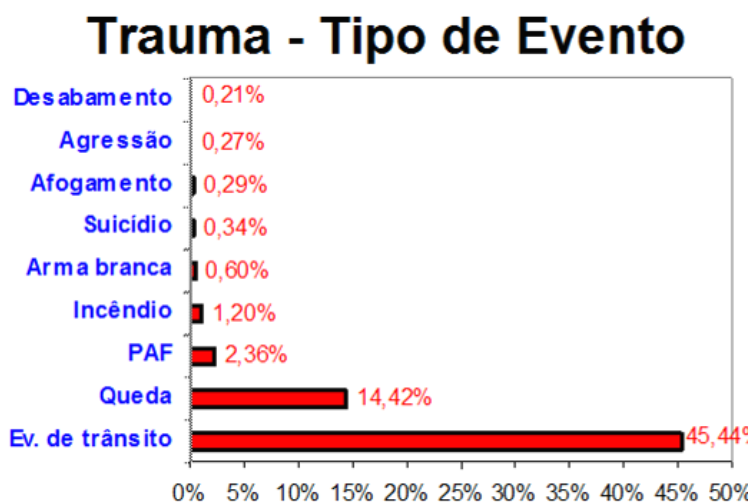


Gráfico 3. Tipos de eventos mais frequentes no trauma

Fonte: Seção de Estatística do 1º GSE/ 2007; extraído da apresentação do TC BM Méd Célio Ribeiro Jr / Seção de Desastres - 1º GSE

Minha percepção quanto à possibilidade de se prestar um cuidado mais direcionado a essas vítimas, foi sendo amadurecido a partir do momento em que os cenários de recebimento destas vítimas eram modificados, e através de uma análise

crítica, já era possível perceber que algumas unidades hospitalares estão mais bem preparadas do que outras.

Antes mesmo de abordar a temática “múltiplas vítimas” é importante mencionar os princípios do atendimento pré-hospitalar, pois é a partir deste que começam os atendimentos seguintes.

Preliminarmente entendemos a colocação em prática do protocolo de atendimento ao politraumatizado como a avaliação de gravidade a fim de reconhecer precocemente as lesões, condição esta estudada pelos colégios internacionais como o PHTLS (*Pre Hospital Trauma Life Support*), baseando sua avaliação na observação precoce da gravidade ocasionada pelo trauma.

Prioriza-se a primeira hora do acontecimento como “**Hora de Ouro**”, sendo reconhecidas nesta hora, as maiores chances de sobrevivência da vítima de trauma. Segundo o médico Adams Cowley ¹⁶ os pacientes que receberam tratamento definitivo e precoce tiveram um índice de sobrevivência muito maior do que aqueles em que houve atraso no atendimento.

De acordo com as pesquisas de Cowley, um dos motivos para o aumento da sobrevivência é a preservação da capacidade do corpo de produzir energia e manter as funções dos órgãos.

Abaixo vemos o gráfico em que Donald Trunkey¹⁷ descreve as possíveis fases de mortalidade no trauma.

¹⁶ Adams Cowley, médico fundador do Maryland Institute of Emergency Medical Services, onde descreveu o conceito de “hora de ouro”.

¹⁷ Donald Trunkey, descreveu uma categorização trimodal para óbitos em trauma.

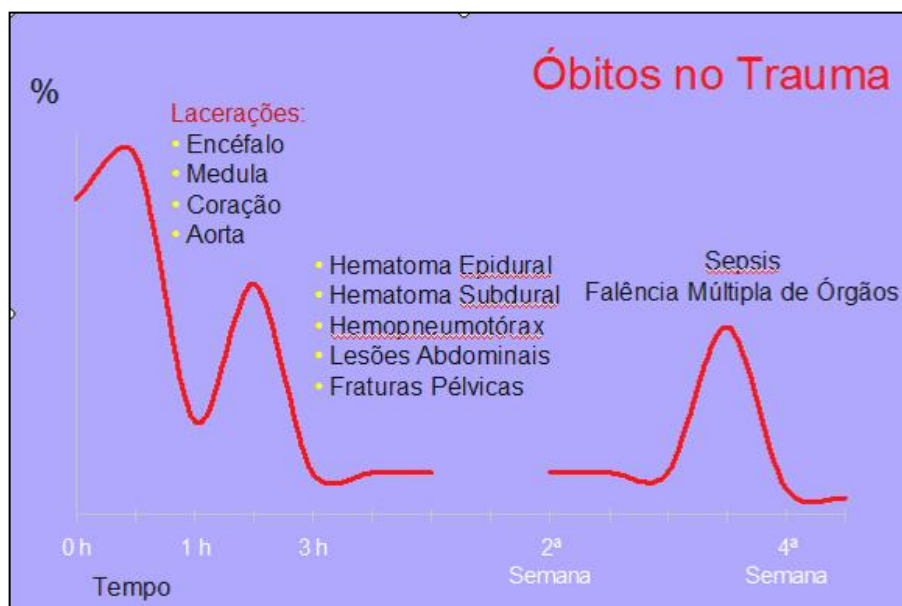


Gráfico 4 Incidência e causas de óbito no trauma – Donald Trunkey

Extraído da apresentação do TC BM Méd Célio Ribeiro Jr / Seção de Desastres - 1º GSE

Quando a vítima passa da primeira hora depois do acidente, ela entra em uma curva descendente de possibilidades terapêuticas o que aumenta consideravelmente sua morbi-mortalidade.

Daí a importância de estabelecer, o mais precoce possível, o diagnóstico, desde lesões superficiais a lesões internas, para aumentar a possibilidade de agir corretamente nas tomadas de decisão, proporcionando chances de sobrevivência às vítimas de fenômenos traumáticos.

Ao abordamos múltiplas vítimas, encontramos a necessidade de estes conceitos estarem presentes nas salas de trauma, pois se com um único paciente temos que priorizar através dos graus de gravidade, em AMV é necessário dar o atendimento à vítima mais viável, àquela que apresenta maiores chances de sobreviver e que não necessariamente é a vítima mais grave, e com isso, aumentamos consideravelmente a responsabilidade de quem vai priorizar em um fenômeno de desastres dentro do hospital.

A problemática dessa pesquisa foi o cuidado de enfermagem na sala de emergência em eventos de AMV no aspecto do saber/fazer e o preparo da unidade (ambiente), objetivando uma melhora na qualidade da assistência realizada, pois em um evento múltiplo podemos ter a variedade de vítimas com pouca gravidade até aquelas que apresentem riscos de morte dentro dos conceitos já mencionados no que se refere à hora de ouro.

As complicações que acometem as vítimas de trauma necessitam de tratamento cirúrgico ou de terapia intensiva, uma vez que se trata de um paciente de alta complexidade, necessitando-se, portanto, de um mínimo planejamento e preparo para o atendimento do fenômeno de AMV.

Esse é o ponto central do presente estudo, a existência de um planejamento e o preparo da equipe de enfermagem de um serviço de emergência, na cidade do Rio de Janeiro e como é feito o cuidado de enfermagem para essas vítimas.

Avaliando uma vítima de trauma

Para um atendimento inicial ao paciente de trauma assim como de um AMV, é necessária uma abordagem completamente semiológica, proposta por uma seqüência chamada de “ABC da vida” que é uma forma protocolar de anamnese onde:

A: do inglês *airways*, indicando a avaliação das vias aéreas;

B: do inglês *breathing*, indicando a avaliação da respiração;

C: do inglês *circulation*, indicando a avaliação da circulação do paciente

D: do inglês *disability*, indicando a avaliação neurológica / nível de consciência;

E: do inglês *exposition*, indicando a avaliação do paciente em sua face anterior e posterior, através da exposição da vítima. Com a avaliação primária podemos não diagnosticar definitivamente os problemas clínicos das vítimas, porém temos condições de priorizar o atendimento por sua gravidade realizando as intervenções necessárias de manutenção da vida.

Entende-se esta conduta, segundo os protocolos internacionais, como uma forma sistematizada de avaliar e atender uma vítima, porém o grande diferencial no atendimento a vítimas de trauma é que sempre focamos este atendimento a uma única pessoa, porém quando ocasionalmente temos um sinistro (acidente) ele pode envolver mais de uma vítima.

O destino final de um atendimento pré-hospitalar é o hospital, que é o local que terá condições de avaliar com maior propriedade e intervir nas necessidades orgânicas das vítimas afetadas pelas lesões traumáticas e distúrbios orgânicos.

Por isso, é importante que as instituições hospitalares estejam familiarizadas com os protocolos de triagem, reconhecendo a classificação feita pelo atendimento pré-hospitalar, dando continuidade a assistência para estabelecer uma ação interna, a fim de reduzir a morbi-mortalidade das lesões e descompensações, com o aproveitamento dos recursos humanos e materiais já existentes em seu ambiente.

Definição e Conceitos Discutidos Atualmente em Emergência

Atualmente, a partir da implementação do programa de acolhimento com avaliação e classificação de riscos do Ministério da Saúde, advento do Programa Nacional de Humanização (PNH) **Humaniza SUS** (4), temos a divulgação de termos como acolhimento e classificação de riscos que podem equivocadamente serem confundidos como sinônimos de triagem.

Portanto é importante definir e destacar esses termos:

Acolhimento

Segundo a cartilha do PNH do Ministério da Saúde sobre acolhimento e classificação de riscos (2004):

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupondo de hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. . (Cartilha PNH 2004).

Classificação de Riscos

A tecnologia de avaliação com classificação de riscos entende a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. (Cartilha PNH 2004).

Após a definição de acolhimento e de classificação de riscos que acabamos de ler, é importante entender que em uma situação que promove múltiplas vítimas o poder de decisão da equipe é fundamental.

Quando falamos de AMV, utilizamos a triagem, pois talvez não consigamos atender a todas as vítimas simultaneamente que entram em uma sala de trauma.

Como citado anteriormente, desastres é a falta de recursos humanos e materiais, portanto há que se fazer o melhor para o maior número possível de vítimas.

Se não nos preparamos, discutimos ou planejamos como atender a vítimas do fenômeno desastres, certamente teremos mais perdas de vidas, seqüelas temporárias ou definitivas do que ganhos de vidas e recuperações.

Triagem

(Avaliação de Prioridades)

É a classificação das vítimas em categorias, não exclusivamente em relação à gravidade, mas sim às situações em que mais se beneficiarão do socorro prestado. O objetivo é otimizar ação de socorro, salvando o maior número possível de vítimas. A partir da triagem, as vítimas recebem o socorro no local e depois são transportadas para o atendimento hospitalar. (HIGA *et al*, 2004).

A Secretaria Nacional de Defesa Civil (2001) define triagem como: Classificação de vítimas, estabelecendo prioridades para tratamento e evacuação (transporte), com a finalidade de salvar o maior número possível de vítimas.

Seja em um ambiente pré-hospitalar ou hospitalar existem divergências e adaptações no processo de triagem, que podem variar de acordo com o cenário e a capacitação de quem realiza, portanto não existe um critério perfeito de triagem, ele

varia de um sistema para outro, e depende de fatores como magnitude, tipo e área de abrangência do desastre, conforme os conceitos de Higa et al (2004).

O PHTLS baseia a avaliação na observação precoce da gravidade ocasionada pelo trauma, onde o ABC da vida, na avaliação das vias aéreas (A), respiração (B) e circulação (C) são ferramentas semiológicas destes sinais, priorizando e realizando as intervenções necessárias.

Com isso, temos uma forma protocolar de avaliar e atender uma vítima grave; o grande diferencial em relação ao atendimento de vítimas de trauma, é quando, ocasionalmente, um sinistro envolve mais de uma vítima.

Segundo Castro (2002), em eventos de desastres, recomenda-se que seja feita uma triagem, como forma de avaliação de prioridades, ao invés de atender de forma individualizada como proposto com o ABC da vida. As duas formas mais habitualmente usadas são: os métodos START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) e CRAMP (Circulação, Respiração, Abdômen, Motricidade e Palavra).

Protocolo Internacional de Triagem em Acidente Com Múltiplas Vítimas

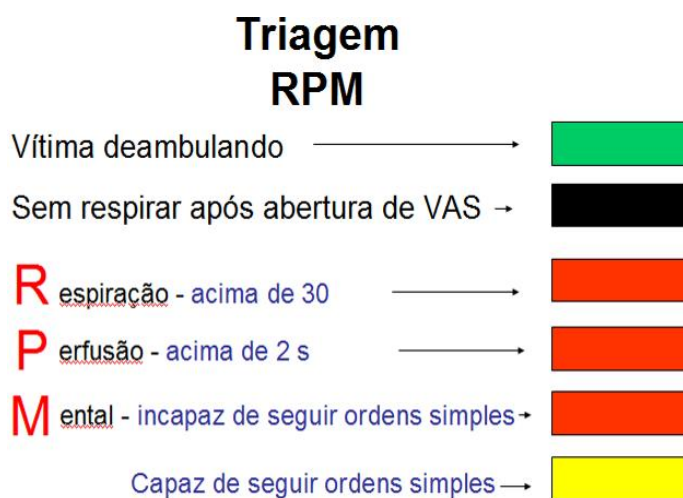
(Método START e Método CRAMP)

O método START é o método de triagem mais difundido e aplicado no mundo de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que pode ser feita por

profissionais de saúde, socorristas¹⁸ e até leigos, desde que sejam devidamente treinados.

Avalia-se a vítima e classifica-se a mesma por prioridade, destacando-a por uma forma padronizada de cores reconhecida internacionalmente onde: vermelho é classificado como uma vítima grave; amarelo, vítima estável que apresenta potencial gravidade; vitima verde, sem gravidade aparente e vitima preta, considerada em óbito.

A ferramenta semiológica utilizada é constatar se a vitima deambula, e avaliação do chamado R. P. M. onde se examina parâmetros de: respiração, perfusão e status mental. Ela é uma avaliação rápida, preconizada que seja feita em até sessenta segundos, a qual é mostrada através do fluxograma 2.

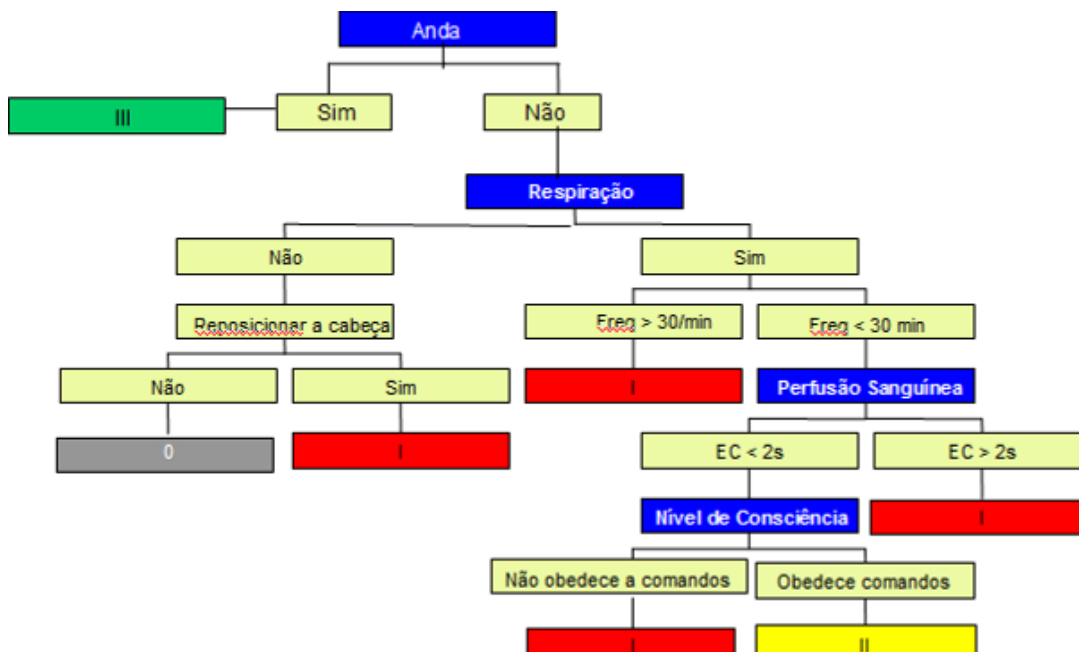


Fluxograma 2. Avaliação Triagem Método Start 1

Extraído da apresentação do TC BM Méd Célio Ribeiro Jr / Seção de Desastres - 1º GSE

¹⁸ Pessoas treinadas em primeiros socorros e suporte básico de vida que não são profissionais de saúde. Exemplo: Acadêmicos de medicina e enfermagem; Bombeiros, Policiais, Militares e Guarda Municipal.

Abaixo, o fluxograma do método START:



Fluxograma 3: Avaliação Triagem Método Start 2

Extraído da apresentação do TC BM Méd Célio Ribeiro Jr / Seção de Desastres - 1º GSE

Para o método e a classificação CRAMP, recomenda-se que seja feito por profissionais de saúde, pois ele já apresenta uma característica de avaliação através de um rápido exame físico, portanto sugerido para um ambiente intra-hospitalar ou por atendimento primário feito por profissionais com qualificação apropriada.

Quadro 3. Avaliação Triagem Método CRAMP

Método CRAMP

	C	R	A	M	P
	Circulação	Respiração	Abdômen	Motor	Palavra
2	Pulso 60–100 Ec normal PA > 100	Normal Tórax não comprometido FR 10-36	Não comprometido	Normal Obedece comandos	Normal
1	Pulso > 100 < 60 Ec lento PA 85-100	Resp. anormal Tórax comprometido FR > 36 < 10	Comprometido	Resposta só a dor	Confuso Incoerente
0	Sem pulso Sem Ec PA < 85	Respiração ausente ou agônica	Aberto ou rígido	Sem resposta	Sem palavra

Legenda: Ec = Enchimento Capilar

Extraído da apresentação do 1º Ten BM Enf Vladimir Chaves / Seção de Desastres - 1º GSE



Imagem 8. Avaliação Triagem Método CRAMP

Extraído da apresentação do 1º Ten BM Enf Vladimir Chaves / Seção de Desastres - 1º GSE

Cartão de Triagem

Independente do método de triagem a ser realizado é obrigatório que as vítimas estejam devidamente identificadas para determinar a priorização do atendimento.

Para este fim temos o cartão de triagem, que deve ser utilizado tanto em uma triagem pré-hospitalar como dentro da sala de trauma, pois ele orienta através das cores para determinar a gravidade da vítima e seus respectivos cuidados.

A vantagem do cartão é que além de otimizar o atendimento, ele permite que haja um registro da evolução da vítima, pois suas tiras são destacáveis, ou seja, ele permite em um único cartão que seja mantida a dinâmica de uma rotina de desastres.

Como desvantagens, temos uma área muito extensa para ser preenchida, que dependendo do número de vítimas ou de suas gravidades passam a ser inúteis esses campos; a possibilidade de profissionais não saberem interpretá-los

ou de ter um evento com pacientes com cartão e outros sem, promovendo uma desorganização que podem prejudicar as informações para familiares ou responsáveis pela vítima.

Dentro do que é preconizado pela doutrina baseada nos métodos de triagem, o cartão obviamente foi idealizado para ajudar no processo de organização de um evento múltiplo, mas a informação por cores dos pacientes triados também pode ser improvisada com instrumentos que venham a substituir o cartão, tais como: etiquetas, adesivos ou fitas amarradas no braço, o importante é que haja a identificação da vítima e treinamento com a unidade que presta o socorro.

Cartão de Triagem



















Face Anterior	Face Posterior																
<p>Nº de Identificação</p> <p>Nº 2066</p> <p>Horário</p> <p>Sexo</p> <p>End \ Tel</p> <p>Localização</p> <p>Hospital de Referência</p> <p>Corpo de Bombeiros Militar RJ (CBMERJ) Grupamento de Socorro de Emergência (GSE)</p>	<p>HR (Hosp)</p> <p>ASE (Prefixo)</p> <p>Lesões</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Sinais Vitais</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	 				 	/	/	/	 	Sinais Vitais			 			
 																	
 	/	/	/														
 	Sinais Vitais																
 																	
<p>0 † Nº 2066</p>	<p>0 † 0</p>																
<p>I  Nº 2066</p>	<p>I  I</p>																
<p>II  Nº 2066</p>	<p>II  II</p>																
<p>III  Nº 2066</p>	<p>III  III</p>																

Imagem 9. Cartão de Triagem

Fonte: Extraído do arquivo do 1º GSE

Capítulo II

Referencial Teórico

Desastres e Acidentes com Múltiplas Vítimas

O referencial teórico do estudo fundamentou-se na tipologia de cuidados de enfermagem de Coelho et al. (1997) e principalmente nas maneiras de cuidar em emergência, também descritas por Coelho (2006).

Encontrou-se respaldo em Florence Nightingale sob os aspectos do ambiente do cuidado de enfermagem, muito pertinente ao fenômeno “**acidente com múltiplas vítimas**” na sala de emergência, pela mudança parcial daquele ambiente do cuidado.

Buscou-se na física o entendimento de como se “administra” o inesperado através da obra de Gleick (1991) quando ele estuda a teoria do caos, que diz: “... onde há desordem, há ordem...” .

Finaliza-se o referencial teórico, com autores que abordam o planejamento e a preparação da unidade, como um cuidado de enfermagem necessário para o benefício do paciente.

O Cuidado de enfermagem na emergência sob a ótica de Coelho

Coelho (1999) nos convida a entender o processo do cuidar em emergência em sua obra: O Socorro, o Socorrido e o Socorrer: Cuidar/Cuidados Enfermagem de Emergência, onde ela conceitua o que é cuidar, cuidado e cliente.

Cuidar, segundo Coelho (1999) é:

O processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação às ações mais simples até as mais complexas, e que requer um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos que seja razoável para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos/ações direcionados ao atendimento dos clientes nos níveis imediato, mediato e tardio.

A materialização da denominação do cuidar é refletida na ação que produz o cuidado, situação esta imediata prestada pelo enfermeiro ou algum elemento da equipe de enfermagem, desenvolvido em vários momentos envolvendo segurança e competência, onde sustento a preparação à luz de Coelho (1999).

O resultado final de quem recebe o binômio cuidar/cuidado é o cliente, o foco do estudo visa uma análise dos AMVs e as unidades de emergência através da preparação e planejamento para atendimento a múltiplas vítimas, para uma melhor assistência prestada.

Cliente: Sujeito que sofreu uma violência ou acidente físico e/ou orgânico, e que traz consigo as suas características pessoais, familiares e sociais, necessitando urgentemente, do cuidar/cuidados de enfermagem para o atendimento das suas necessidades humanas, a partir da prioridade de manter a vida, trazer o cliente de volta para sua realidade ou dar condições para que morra com dignidade, (COELHO,1999, p.34).

Entre as diversas tipologias de cuidados estudados por Coelho (2006), ela nos convida a refletir sobre as ações dos cuidados de enfermagem, através da observação das varias maneiras de cuidar, onde recorto o **cuidar de alerta, o**

cuidar de guerra e o cuidar de ambiente, como instrumentalização do discurso para os fenômenos existentes na emergência e que envolvem múltiplas vítimas.

Cuidar de Alerta

É a construção dos cuidados que significa **permanecer atento para os aspectos imprevisíveis**. Inicia-se no ato de Cuidar, desde a coleta dos dados para o histórico de enfermagem contidos no boletim de atendimento e/ou no prontuário (...) até a (re) organização de todo o ambiente.

É uma espera permanente pelo que poderá vir acontecer, caracterizada também por um processo assistencial INTER conjugado ao de outros profissionais da área da saúde. O quadro clínico agudizado, a insuficiência respiratória, a insuficiência cardíaca, a descompensação orgânica causada pelo ato cirúrgico são pontos em permanente alerta. Todos mantêm em alerta porque o cliente pode agravar a qualquer momento.

Cuidar de Guerra

Emerge do confronto entre a vida e a morte. Se busca e utiliza todos os recursos e esforços disponíveis para cuidar em Enfermagem. Parada cardíorespiratória, insuficiência respiratória ou reanimação cardio-pulmonar começam e se intensificam quando alguém grita 'parada'. Correm todos em direção a enfermaria: é a luta pela vida do outro. É comum na área hospitalar, este cuidar ocorrer simultaneamente em duas ou mais enfermarias.

Elabora-se um desenho e procurar segui-lo até chegar ao resultado final, fazendo o diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, estabelecendo prioridades e implementando os cuidados atribuídos aos envoltentes, vivenciando um ambiente que parece no primeiro momento o caos, tumultuado, com etapas intercorrentes e momentos críticos nos quais as carências de equipamentos e materiais muitas vezes se tornam evidentes e geram estresses. Os cuidados são direcionados a (re)organização da ambiência, preparo e conferência do carro de parada-cardiorespiratória todas as manhãs e após cada uso, com reposição de material, como cuidados de sentinela para resolver conflito.

Cuidar do Ambiente

É o espaço privado num ambiente coletivo olhado como um espaço social de convivência. O ambiente hospitalar é um espaço importante como elemento terapêutico, cuidar para que esteja higienizado, confortável, tranquilo, seguro, sem riscos, e, mesmo com superlotação, atenda as necessidades humanas básicas da clientela ali internada.

A importância da manutenção dos Cuidados de Enfermagem, também é discutida por Coelho (1999), onde ela aborda a importância dos cuidados contínuos prestados no setor de emergência, onde esses cuidados têm a função de prevenção, manutenção da vida e impedimento do surgimento de seqüelas que possam agravar o quadro do paciente.

A partir deste momento do atendimento é que se faz necessário investigar os cuidados que devem ser dispensados ao paciente de AMV durante a sua permanência na sala de emergência, pois, independente dos aspectos políticos que envolvam a unidade de emergência, para o paciente é a certeza de que ele será atendido, principalmente em suas necessidades humanas básicas e de saúde, isto porque se trata de um setor dinâmico e complexo que cuida não somente de casos de saúde de cunho biológico, mas também social.

E o que são esses cuidados? São aqueles que vemos nos protocolos internacionais já citados anteriormente, mas que Coelho (1999) descreve como a manutenção das funções cardíacas e pulmonares, tanto quanto possível, para manter a fisiologia do indivíduo em condições hemodinamicamente favoráveis, ferramentas estas que constituem uma semiologia de enfermagem para identificar sinais e sintomas indicadores de gravidade que, em acidentes com múltiplas vítimas pelo método START ou CRAMP, chamamos de vítima vermelha, ou seja, vítima grave.

A teoria do caos sustentando o atendimento a múltiplas vítimas

Ao abordar desastres e acidente com múltiplas vítimas se reporta a um fenômeno que, devido ao inesperado e às diversas circunstâncias que o envolvem, propicia de certa forma, uma espécie de “organização desorganizada”, pois, com

certeza alguma liderança se estabelece e promove o fluxo de atendimento ao processo, entretanto, salvo melhor juízo, não podemos medir se as decisões são as mais adequadas, a certeza que se tem é que algo surge.

Essas ações involuntárias não substituem a necessidade de preparação de uma instituição para receber eventos produzidos por diversos fenômenos, como nos AMVs, o planejamento de recursos humanos, recursos materiais e estratégia de espaço físico, estabelecem um ambiente adequado ao cuidado beneficiando as vítimas.

Com base nas argumentações acima, encontro na literatura relacionada à física algo que de certa forma, desconstrói a forma empírica de agir em situações de conflito e verdadeiramente se transforma em uma teoria, a **Teoria do Caos**.

Gleick (1991) em sua obra **Caos: A Criação de Uma Nova Ciência** aborda o tema dizendo que:

O Caos é o conjunto de idéias que convence todos aqueles cientistas de que são participantes de uma mesma empresa seja, físico, biólogo ou matemático eles acreditam que sistemas simples, deterministas, podem gerar complexidade e que sistemas demasiado complexos para a matemática tradicional, ainda assim, podiam obedecer a leis simples; e que, qualquer que fosse a sua especialidade, a tarefa que tinha pela frente era a compreensão da própria complexidade.”

Encontramos também na literatura de enfermagem a discussão da teoria do caos quando Coelho (1999) fala sobre a complexidade de se cuidar na emergência dizendo:

O cuidar/cuidados em emergência está em evolução, eles vieram do passado, mantêm-se no presente como uma prática ainda não esclarecida, mas que tem especificidade e aspectos distintos, quando se fala de cuidar e dos cuidados em emergência, e que se abre para o futuro com uma lógica que possui um movimento de **ordem-desordem-interação-organização-criação-ordem**, numa conexão da frente para trás e de trás para frente.

Portanto Gleick (1991) define a ciência do caos corroborando com o que pensamos acerca do problema de pesquisa como teoria:

Essa nova ciência, denominada caos, permite que se veja ordem e padrão onde antes só se tinha observado a aleatoriedade, a irregularidade e, a imprevisibilidade, em suma ocorre que um tipo fantástico de caos pode estar escondido bem atrás de uma fachada de ordem e ainda assim, nas profundezas do caos está oculto um tipo de ordem ainda mais fantástico

O Cuidado do ambiente na proposta de Florence Nightingale

Ainda nos referenciais teóricos, fazemos uma interpretação da aplicabilidade da teoria de enfermagem focada no ambiente de Florence Nightingale.

O desenvolvimento de um sistema de atendimento ao trauma baseou-se nas lições aprendidas durante os conflitos militares do século XX. O tratamento do trauma aperfeiçoou-se significativamente durante a primeira e segunda guerra mundial, e mais ainda, durante os conflitos na Coréia e no Vietnã. Florence Nightingale, porém, foi precursora desde quando colocada a frente da direção da *Female Nursing Establishment for the English General Hospital*, na Turquia durante a guerra da Criméia, onde, em seis meses, sob sua liderança, contribuiu para a redução do número de mortes de soldados nos hospitais militares que de 47%, baixou para 2% (THOMAZ *et al*, 2000).

O Conceito básico mais característico dos trabalhos escritos por Florence Nightingale é o do ambiente. Embora sua tendência seja a de enfatizar o ambiente físico, mais do que o psicológico ou social, isso precisa ser entendido no contexto de sua época e de suas atividades como uma precursora dos serviços de enfermagem, em um ambiente dilacerado pela guerra.

O ambiente é visto como todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte (GEORGE *et al*,1993).

Por isso, defendo o preparo e o planejamento do ambiente para o atendimento a múltiplas vítimas, pois esse mesmo ambiente que pode cuidar, se for utilizado inadequadamente, desprovido de recursos humanos e materiais para atender ao fenômeno, pode contribuir para aumentar a taxa de morbi-mortalidade dos pacientes.

Dentro do âmbito das teorias de enfermagem, Coelho (1999) também pontua que, quando falamos em um ambiente para o cuidado em emergência, vemos a adaptação da teoria de Florence Nightingale como um cuidado de enfermagem que sustenta nosso projeto de pesquisa.

Através da necessidade de estruturar ainda mais a temática, busquei na arquitetura uma forma de entender a diferença entre ambiente e espaço, pois em um evento de AMV, haverá modificações funcionais no “local do cuidado”.

Tem-se, dessa forma, a definição de Ching (2000) em sua obra intitulada **Dicionário Visual de Arquitetura**, que define:

Ambiente: Porção de espaço dentro de uma edificação separada de outros espaços semelhantes por paredes ou divisórias.

Espaço: É o campo tridimensional que abriga objetos e ventos e tem posição e direção relativas.

Com isso, existe e o entendimento de que espaço é um local destinado a ser preenchido por algo ou alguém e ambiente é a forma funcional de como será utilizado este espaço.

Em desastres com AMV precisamos muitas vezes rever como é o **espaço do cuidado** em uma situação de rotina de uma unidade de emergência e transformar em **ambiente** parte ou totalidade do mesmo, quando for necessário.

Daí a importância de se entender qual o cuidado prestado, o planejamento e a preparação de uma unidade de emergência, o que propõe esta dissertação.

Como parte desta discussão, citamos como exemplo, um acidente com múltiplas vítimas quando, ao se colocar uma vítima dentro de um consultório da emergência, adicionamos nesta mesma sala uma fonte de oxigênio, respirador, monitor, transformando, dessa forma, um espaço destinado a consulta em um ambiente de cuidado, mesmo que provisório.

O Cuidado na Proposta da Preparação da Unidade

Os conceitos de preparação em desastres e principalmente das unidades hospitalares, estão sustentadas nas afirmações dos autores abaixo.

Parafraseando Mantovani (2005), quando falamos de desastres/AMV, se faz necessário a existência de um plano prévio de atendimento que viabiliza uma resposta rápida e eficaz, ou seja, é preciso discutir o assunto, pois esse fenômeno deve ser conhecido por todos, devido às várias etiologias que os promovem.

Os hospitais de referência são aqueles que recebem primeiramente os casos de emergência de uma localidade, eles devem preparar-se para receber as vítimas, de acordo com os planos previstos antecipadamente, para mobilizar os recursos humanos, a área física, recursos materiais e os serviços de apoio.

Mantovani (2005) desperta a atenção para as situações de desastres, convidando o leitor a refletir sobre as afirmações abaixo:

Desastres não são ocorrências incomuns;
Sem um planejamento prévio não há chance de sucesso;

A preparação prévia dos hospitais definirá a qualidade e a rapidez do atendimento definitivo às vítimas.

Oman (2003), também fala sobre a importância do enfermeiro frente uma situação de desastres, quando diz que o hospital deve delinear com clareza as responsabilidades da equipe que trabalha na emergência, além de outros departamentos em toda unidade hospitalar.

Um plano de desastres é a combinação de instalações, serviços, equipamentos, profissionais, procedimentos e operações de comunicação necessária para garantir cuidados de qualidade ao paciente durante um incidente. A meta desse plano é manter operações seguras facilitando os cuidados de saúde e reunindo as necessidades de cuidados de saúde da comunidade durante um incidente com proporções de desastre. (OMAN, 2003, p.138)

O plano/preparo e os cuidados prestados devem determinar as ações de quem vai se responsabilizar pela triagem hospitalar, quem ficará na recepção, quem assumirá uma área de tratamento, como direcionar os fluxos internos de exames laboratoriais e de imagem, transporte interno feito pelo maqueiros, envolvimento de todas as unidades do hospital cedendo profissionais para um remanejamento e providenciando liberação de leitos para receber as vítimas que necessitam de internação.

É de extrema importância ter uma equipe de apoio que solicite vagas para outros hospitais de referência, providenciando a transferência dos pacientes que não consigam ser absorvidos, justificando-se com isso, que para um atendimento a

múltiplas vítimas, além da importância do preparo da unidade de emergência, ampliamos as responsabilidades para os vários profissionais de um hospital.

Segundo Tovar (1996), toda instituição hospitalar deve proceder com suficiente antecipação e capacitar seus profissionais para uma situação de desastres com AMV.

O enfermeiro é indispensável nesse processo, pois é o profissional que permanece vinte e quatro horas dentro de uma instituição.

Waldow (1998), em sua obra “Cuidado Humano, O Resgate Necessário”, nos convida a discutir a integralização do cuidado e diz:

Quando se fala em cuidado, associa-se a idéia de execução de algum procedimento em enfermagem. Cuidados de Enfermagem tem sido, por longa data, usados prioritariamente em referência à execução de técnicas, preparo do ambiente de cuidado e procedimentos nos pacientes. (WALDOW, 1998, p.127)

Entendemos que a preparação do cuidado existe até em ações empíricas praticadas pela equipe de enfermagem.

A autora ainda afirma que o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. É intencional e seus objetivos são vários, dependendo do momento, da situação e da experiência, e por ser um processo, não há preocupação com um fim.

A grande preocupação e principal foco do presente estudo estão na análise da unidade de emergência em uma abordagem a múltiplas vítimas como cenário do cuidar, pois como lembra Alcântara et al (2005) a assistência em situações de emergência e urgência se caracterizam pela necessidade de um cliente ser atendido

em um curtíssimo espaço de tempo, não podendo haver protelação no atendimento, devendo o mesmo ser imediato.

O maior beneficiário deste estudo é a vítima, pois em emergência não é possível adaptar situações no momento de um acontecimento. A preparação que vai desde insumos, materiais e medicações, passando por uma equipe treinada, permite que a qualidade de uma assistência seja possível.

Alcântara *et al* (2005) diz que o grande desafio para a Enfermagem na atual conjuntura é reconstruir seu saber-fazer a partir de novas formas de interpretação do que é cuidado, cuidar e ser cuidado.

Com isso, entendemos que o cuidado (in)direto é uma atenção primordial para o cuidar. Desde o início do aprendizado na prática da enfermagem, aprendemos a planejar nossos procedimentos e organizá-los em uma “bandeja contendo”, e montar essa “bandeja” faz parte de um processo do cuidado (in) direto.

Ao receber um plantão, conferir e repor um “carrinho de parada”, checar equipamentos, providenciar enxoval, avaliar o sistema de gases da unidade (oxigênio, vácuo e ar comprimido), separar material para esterilização, realizar aprazamento das medicações, encaminhar o paciente para exames de imagem/laboratoriais e estabelecer o processo de enfermagem através da prescrição e evolução de enfermagem, fazem parte de um cuidado, que terão maior êxito dependendo de um preparo prévio.

(...) urge, reconstruir nossos conhecimentos, práticas e reflexões, incorporando estes novos significados, de modo a produzir diferentes maneiras de identificar o que se chama cuidar e de cuidado, no cenário da construção ontológica e epistemológica do processo de viver no mundo, e não apenas de viver num cenário de saúde e doença (ALARCÓN, 2000).

Parafrazeando Waldow (2004), o processo de cuidar não pode ocorrer isoladamente, pois se trata de uma ação e de um processo interativo entre ser quem cuida para e com o ser que é ou será cuidado, caso contrário, o cuidado não ocorre. Assim entendemos que se não houver planejamento e o preparo do ambiente, não ocorrerá o cuidado para vítimas de acidentes múltiplos.

Silva (2006) propõe a reflexão do cuidado através da seguinte compreensão:

Nesta perspectiva, pode-se compreender o cuidado de enfermagem como sendo uma expressão própria da Enfermagem a partir da presença intencional e autêntica de seus profissionais junto a outro ser humano, que passa a ser percebido como alguém que para viver, carece de cuidados (SILVA, 2006)

Esse entendimento da função cuidar, talvez precise ser mais discutido na emergência, após inúmeras repetições de ações assistenciais com uma disponibilidade de tempo diminuída, seguido da descaracterização do setor emergência por fatores alheios a sua vontade.

Fernandes (2008), busca através da proposta de cuidados contínuos na emergência, diferenciar a prescrição de enfermagem através de uma proposta de observação e intervenção pela manutenção da conservação de energia, subsidiado por um protocolo proposto pelo autor.

Em múltiplas vítimas, também é necessário a abordagem de um fluxograma de atendimento para, justamente, priorizar o cuidado ao paciente mais viável. O que difere de um atendimento individualizado e a capacidade de tomada de decisão através da triagem, visando o melhor atendimento ao maior número de pessoas possíveis.

A partir da alteração observada ou reconhecida pelo enfermeiro para esse paciente, é possível intervir, dentro do que caracterizam os quatro princípios de conservação, a fim de solucionar o problema detectado,

cuidar e imediatamente avaliar o resultado desta intervenção junto ao paciente, a partir da reação apresentada por ele. É importante que se diga que as intervenções propostas por este protocolo são sugeridas aos enfermeiros, e não prescritas, uma vez que o paciente politraumatizado é único e por isso, variações pertinentes às intervenções sobre cada princípio podem existir; e também que os cuidados demandados dos pacientes e, portanto, podem ser acrescidos, mas, sempre aludindo aos princípios básicos do cuidado em Salas de Emergência sob a ótica dos Princípios de Conservação e de Cuidados Contínuos. (FERNANDES, 2008).

O referencial teórico foi inicialmente pesquisado através do estudo do estado da arte, onde foi realizado o levantamento de publicações em bases de dados eletrônicas através de descritores, que estão relacionados com o tema de estudo proposto.

O Estado da Arte

Para o estudo proposto, não foi definido um marco temporal específico, pois primeiramente temos carências de estudo de enfermagem sobre a temática AMV, existem, mundialmente, literaturas e artigos que apesar de não serem cronologicamente atuais, sustentam a importância da preparação de uma unidade de emergência diante de uma situação de desastres.

Encontram-se disponíveis estudos sobre tal temática nos seguintes idiomas: português, espanhol e inglês.

A pesquisa foi feita com os seguintes descritores:

- **Desastres em emergência**
- **Enfermagem em emergência**
- **Acidente Múltiplo**

- **Preparo de unidade de emergência**

As bases de dados eletrônicas consultadas foram:

- **BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- **BDEnf** - Base de dados em enfermagem
- **DESASTRES** - Acervo do centro de documentação em desastres
- **LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Abaixo vemos os resultados obtidos após a análise dos dados por descritor:

a) Descritor: Desastres em Emergência

Quadro 4. Estado da Arte – Descritor: Desastre em Emergência

Base de dados	Resultado
BDEnf	4
DESASTRES	108
SCIELO	0
LILACS	134

Com o referido descritor encontrou-se na base **BDEnf** quatro artigos, porém nenhum deles pode ser utilizado pois, se tratavam de aspectos ambientais e radiológicos.

Na base **Desastres** encontrei significativo número de artigos, porém só aproveitei dois que foram: **Perfil Profissional de La Enfermeria de Urgências, Emergências y Desastres, México (2007)** e **Guía Para La Elaboración de Planes Hospitalarios de Emergencia Internos en Santafé de Bogotá D.C. (1994)**, pois

nos demais, a discussão permeava em desastres econômicos, financeiros (bolsa de valores), meio-ambiente, sociais, psicológicos, entre outros.

Pela base **Scielo**, não se encontrou qualquer estudo com o descritor acima.

Na **Lilacs** utilizaram-se quatro artigos, entre eles o **Plano de Controle de Emergência: Um Roteiro Para Elaboração**, que aborda o planejamento e preparação das unidades de saúde e desastres industriais. Houve grande dificuldade em acessar resumos nesta base de dados.

b) Descritor: Enfermagem em Emergência

Quadro 5. Estado da Arte – Descritor: Enfermagem em Emergência

Base de dados	Resultado
BDEnf	8
DESASTRES	12
SCIELO	0
LILACS	17

Com o referido descritor encontrou-se na base **BDEnf** dois artigos que apresentam sintonia com o problema deste estudo, dentre eles: **Gravidade dos Acidentes de Trânsito Ocorridos em Maringá (2006)**.

Na base **Desastre** foram localizados dois manuais, um peruano e outro colombiano que auxiliaram na contextualização do problema desta pesquisa, pois tratam, especificamente, de enfermagem em emergência. Não foram encontrados artigos pela base **Scielo** com o descritor acima.

Da base *Lilacs* utilizaram-se três artigos, entre eles **O Enfermeiro de Unidade de Emergência de Hospital Privado: Algumas Considerações**, onde também houve dificuldade em ter acesso aos resumos dos mesmos, sendo possível obter os três artigos através do **Google acadêmico**.

c) Descritor: Acidente Múltiplo

Quadro 6. Estado da Arte – Descritor: Acidente Múltiplo

Base de dados	Resultado
BDEnf	23
DESASTRES	17
SCIELO	33
LILACS	29

Curiosamente com este descritor não consegui acesso aos resumos de nenhuma base, somente aos títulos, como estou na fase de construção do meu estado da arte investirei de forma mais intensa em cima deste descritor de acordo com evolução da dissertação.

d) Descritor: Preparo da Unidade de Emergência

Quadro 7. Estado da Arte – Descritor: Preparo da Unidade de Emergência

Base de dados	Resultado
BDEnf	1
DESASTRES	2
SCIELO	1
LILACS	0

Com esse descritor, encontrei na base **BDEnf** um artigo (**A Utilização do Conceito "Vulnerabilidade" Pela Enfermagem**), os demais encontrados não tratavam do problema de pesquisa e pelo próprio título foram excluídos.

Na base **Desastre** encontrei um Manual da Organização Mundial de Saúde sobre acidentes químicos, porém com ênfase na preparação e planejamento de unidades, com o título: **Accidentes Químicos: Aspectos Relativos a La Salud, Guía Para La Preparación y Respuesta..**

Foi encontrado um pela base **SciELO**, porém não foi utilizado, pois se tratava de um estudo de desastres ambientais.

Na **Lilacs** não encontrei artigos específicos sobre minha temática AMV.

Avaliação do Estado da Arte

Durante a busca foram encontrados diversos artigos, e em sua grande maioria, tive acesso ao resumo, o que contribuiu para a sua seleção de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, porém poucos foram os artigos que pude ter acesso ao texto completo.

Para a presente pesquisa também se contou com a facilidade de acesso a artigos e manuais através de solicitação ao **Centro Regional de Información Sobre Desastres En América Latina y El Caribe (CRID)**, pelo site: www.crid.or.cr, o que me mantém atualizado aos estudos internacionais de enfermagem sobre desastres / acidente com múltiplas vítimas.

Encontram-se disponíveis na literatura de enfermagem artigos e publicações sobre emergência e AMV, exceto para aqueles que abordam discussões sobre atendimento a múltiplas vítimas, os quais não foram encontrados através dos

descritores mencionados anteriormente e também nem nas referidas bases de dados.

Foi surpreendente o número encontrado de publicações de enfermagem com abordagem pré-hospitalar, seja na discussão de cuidado, fenômenos ou relato de experiência.

Capítulo III

Caminho Metodológico

O caminhar metodológico desta pesquisa obteve algumas variáveis que permitiram dois tipos de análise: uma com abordagem qualitativa e outra quantitativa, pois o tema: **Acidente com múltiplas vítimas: Uma análise do planejamento e preparação do cuidado de enfermagem na sala de emergência** credencia um olhar para o ambiente (unidade hospitalar); profissionais de enfermagem e conseqüentemente o paciente, que neste estudo identificamos como vítima.

Também na construção do conhecimento e da sustentação da argumentação, foi necessário entender quais os fenômenos que promovem os AMVs, para ajudar na contextualização e certificar a relevância da dissertação.

a) Tipo de Estudo, organização e tratamento dos dados:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório o qual, segundo Polit (2004) investiga a natureza complexa e outros fatores com os quais ele está relacionado.

Portanto, a descrição dos fenômenos de AMV, o entendimento dos profissionais de enfermagem e como se processa o cuidado na sala de emergência, mostra a complexidade da natureza do tema e a relação que essa tríade apresenta através dos resultados coletados.

Quanto à abordagem, esta foi quanti-qualitativa, tendo o objetivo qualitativo de compreender a experiência vivenciada o mais perto possível da realidade e de adequar mais apropriadamente ao objeto, as questões norteadoras e aos objetivos do estudo, sustentando a análise qualitativa em Minayo.

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis".Minayo (1992, p.21).

Os dados qualitativos foram extraídos através da estratégia de observação não participante, efetuando o registro em um diário de campo realizado nos dias: 12/08; 24/08, 28/08, 15/10 e 07/11, em dias da semana e em horários alternados no período diurno, vespertino e noturno.

Como se percebe, não houve coleta de dados no mês de setembro devido à interrupção da pesquisa para poder compilar os dados, em virtude do exame de qualificação realizado em 30 de setembro de 2009.

Para leitura, interpretação e organização dos dados qualitativos, encontrou-se em Bardin, uma contribuição na análise temática, baseada nos estudos de análise de conteúdo.

Bardin (1977, p.40), mostra que a análise temática estuda e organiza os dados nas etapas de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação.

Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições

de produção/recepção [...] das mensagens, através da percepção do pesquisador.

Portanto, os registros do diário de campo foram separados através da construção de uma tabela em sete (7) tópicos do atendimento a múltiplas vítimas, no cenário (sala vermelha), que são:

- 1) Quantidade de eventos com AMV;**
- 2) Fenômeno dos AMVs;**
- 3) Classificação dos AMVs;**
- 4) Chegada das vítimas;**
- 5) Classificação pelo método START;**
- 6) Prestação dos cuidados de enfermagem**
- 7) Direcionamento e terapêutica para as vítimas.

Atingiram-se os objetivos sob a ótica qualitativa, pois, foi identificado e analisado o cuidado de enfermagem em um ambiente hospitalar de emergência (sala vermelha), com vítimas de AMV.

Ao investigar os AMVs que chegaram à sala de emergência e, paralelamente, os registrados pela mídia dentro do recorte temporal de 05/08/09 a 15/12/09, foi realizada uma abordagem quantitativa dos dados, com análise em frequência simples e percentual.

Sustentados em Marconi e Lakatos (2007), os mesmos nos remetem a importância da pesquisa quantitativa com base em estudos de fenômenos, pois os

autores entendem que investigações de pesquisa retiradas de uma prática profissional, possuem como a principal finalidade, “o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos...”.

Já para Santos e Clos (1998), a pesquisa quantitativa é o método que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados, devendo ser aplicado nas seguintes situações: **quando é exigido um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema ou objeto de pesquisa; quando é necessário um diagnóstico inicial da situação;** nos estudos experimentais; nos estudos de análise ocupacional e análise de desempenho e nas auditorias da qualidade do desempenho profissional e dos recursos institucionais, portanto, sustentamos essa parte da pesquisa em concordância com duas situações abordadas pelos autores.

Dias (2006) aborda vários aspectos sobre a pesquisa quantitativa, porém, à luz da observação de que esta pesquisa, normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população, fato que ocorre na análise dos AMVs.

A pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas. Normalmente implica a construção de inquéritos por questionário ou entrevista (POLIT, 1995), instrumento que utilizei na coleta de dados. Esse tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar constructos científicos e hipóteses, ou

busca padrões numéricos relacionados a conceitos cotidianos, de onde emergem os fenômenos de AMV.

Portanto, no aspecto quantitativo, foi estudado como são atendidas as vítimas de AMV/Desastres e quais são os cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), e, a partir desse olhar da pesquisa, os profissionais de enfermagem se tornam também sujeitos do estudo.

A estratégia utilizada para a coleta de dados quantitativos foi a construção de uma entrevista semi-estruturada, através de perguntas fechadas onde foram entrevistados os profissionais de enfermagem que atuam na sala vermelha do hospital cenário e que já haviam participado da assistência/cuidado a vítimas de um AMV.

Iniciou-se a pesquisa com uma aproximação de campo logo após a defesa do projeto em dezembro de 2008 e, através de uma observação participante em horários nos turnos da manhã, tarde e noite, de forma aleatória, conseguiu-se vencer a resistência dos profissionais de enfermagem que se tornaram sujeitos da pesquisa, além de tornar-me mais evidente, pois deixei de ser uma “pessoa” desconhecida na sala vermelha.

Essa aproximação auxiliou na produção do instrumento de coleta de dados, assim como foi possível testá-lo antes de chegar a sua versão final, pois foi realizado um teste piloto com cinco sujeitos, que não participaram da pesquisa final, antes da análise definitiva.

Foram entrevistados trinta e seis (36) profissionais de enfermagem da sala vermelha do HMSA, no período de 05/08 a 15/12 de 2009, em dias da semana e em horários alternados no período diurno, vespertino e noturno, sendo eles; seis (6) enfermeiros; onze (28) técnicos de enfermagem e dois (2) auxiliares de enfermagem.

Galvão et al (2003) afirmam que a implementação da prática baseada em evidências poderá melhorar a qualidade do cuidado prestado ao cliente e intensificar o julgamento clínico, portanto, acreditamos que nosso estudo terá uma avaliação baseada nas evidências encontradas no momento da pesquisa.

Após a qualificação em setembro/2009, foi observada a necessidade de contextualizar os dados coletados com a relevância da pesquisa, e para que houvesse um maior rigor científico assim como uma ferramenta mais apropriada para justificar o estudo de AMVs, usamos a estratégia de buscar na mídia, informações sobre o fenômeno estudado, através dos meios de comunicação e que tivesse domínio público.

Com isso, coletamos dados de AMV, dentro do recorte temporal da pesquisa de campo (05/08/09 a 15/12/09) a partir de cinco vítimas acidentadas.

A mídia escolhida e utilizada foi *internet*, através do *site* do RJTV (www.globo.com/rjtv), o qual abre um portal para os jornais eletrônicos: BOM DIA RIO, RJTV 1ª Edição e RJTV 2ª Edição, todos de abrangência de notícias do estado do Rio de Janeiro.

Todos os dados foram avaliados de forma quantitativa com análise por frequência simples e percentual.

O objetivo de descrição dos AMVs também foi atingido, pois revelaram informações pertinentes a uma análise do fenômeno de pesquisa, tanto na entrevista dos profissionais de enfermagem, como nos resultados obtidos através da mídia *internet*.

b) Sujeitos da pesquisa:

Foram selecionados como sujeitos da pesquisa:

b.1) Pacientes vítimas de AMV, pois eram sujeitos de avaliação que recebiam os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem;

b.2) Profissionais de enfermagem lotados no setor de emergência do hospital cenário pois foram entrevistados e também observados em sua realização de cuidados de enfermagem às vítimas dos fenômenos de AMV.

c) Critérios de inclusão dos sujeitos:

Vítimas que fossem oriundas de um fenômeno de AMV, que tenham chegado ao hospital por meios próprios, familiares ou trazidos por equipe de atendimento móvel (ambulância).

Também fizeram parte como sujeitos da pesquisa, profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) que atuavam no setor de emergência do cenário e que já haviam vivenciado/cuidado de pelo menos um evento de AMV.

Entre os vários fenômenos que possam promover vítimas de um AMV, optamos em não excluir nenhum tipo de evento para que fosse oportuno observar quando e como eles estavam aparecendo.

Portanto, estudamos todos os possíveis fenômenos de AMV que chegaram na unidade de emergência durante a coleta de dados.

Para a categorização de um AMV, consideramos a chegada de um fenômeno que promova mais de **cinco (5)** vítimas, conforme Canetti, 2007.

d) Critérios de inclusão do cenário de pesquisa:

O critério de seleção do cenário foi de acordo com a frequência do recebimento de vítimas em situações de emergência clínica, traumática e desastres, portanto foi selecionado:

- Hospital situado na região metropolitana do município da cidade do Rio de Janeiro.
- Hospital geral que possuísse unidade de emergência aberta.
- Hospital que autorizasse através de seu comitê de ética e pesquisa a realização da coleta de dados.

O cenário escolhido também foi baseado na informação obtida pelo 1º GSE para o hospital que mais recebe vítimas com os critérios já mencionados.

e) Técnica de coleta de dados:

Observação não participante, com descrição em um diário de campo (apêndice II) e uma entrevista semi-estruturada com dezoito (18) perguntas fechadas (apêndice I).

O comparecimento do pesquisador ao cenário de pesquisa ocorreu numa frequência de três vezes na semana, durante os plantões diurnos e noturnos

escolhidos entre os dias úteis e finais de semana, esperando o aparecimento do AMV.

Aproveitou-se a presença do pesquisador no cenário de pesquisa, e realizaram-se as entrevistas com os profissionais de enfermagem após a prévia autorização e aceitabilidade dos sujeitos, seguindo os preceitos éticos determinados pela resolução 196/96 do CNS, independente do aparecimento de AMV no dia.

A pesquisa portanto, obteve três momentos **na coleta de dados**:

- 1º momento: Sala Vermelha (Diário de campo);
- 2º momento: Entrevista com os profissionais;
- 3º momento: Captação de imagens fixas (fotos) e móveis (vídeos).

Na captação dos dados através da *internet*, foram computados vinte e sete (27) AMVs no estado do Rio de Janeiro, no período de 05/08 a 15/12 de 2009, sendo os mesmos analisados e transformados no capítulo V, somados aos vídeos que se tornaram anexos desta dissertação.

Encontrou-se em Luna et al (2008), um artigo intitulado: *Homicídios (ou extermínio?) de crianças e adolescentes: **uma análise das reportagens veiculadas na mídia escrita em Fortaleza (CE)***, um apoio de referencial teórico para esse momento da pesquisa.

f) Aspectos éticos:

O projeto seguiu todos os pressupostos determinados pelo SISNEP desde a confecção da folha de rosto até o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Primeiramente, foi entregue o projeto junto com a folha de rosto ao Centro de Estudos do Hospital Municipal Souza Aguiar, com cópia para autorização do comitê de ética do hospital, assim como autorização através de comunicação oficiada ao diretor geral do hospital; a diretora de enfermagem do hospital e a chefe de enfermagem do setor de emergência.

Somente com a aprovação do hospital, foi dada entrada do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, até porque essa é uma exigência protocolar do próprio CEP-SMSRJ.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, considerou-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em respeito ao Artigo III que envolve a pesquisa com seres humanos, descritos abaixo:

- Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes.
- Ponderação entre risco e benefício (....)
- Garantia de que danos previsíveis serão evitados.
- Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa (...)

Obteve-se a autorização para a realização da pesquisa através do protocolo nº **104/09 - CAAE: 0118.314.000-09**, com a data de apreciação no dia **27/07/09**.

g) Trajetória do processo de autorização da pesquisa.

O projeto foi defendido no dia 09/12/08 e a seguir, são descritas as etapas que ocorreram para obter a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, CEP-SMSRJ.

Logo após a defesa do projeto em dezembro, o pesquisador foi informado de que o CEP- SMSRJ entraria em recesso de Natal e voltaria às atividades na segunda quinzena de janeiro de 2009.

Com essa informação, no dia dezenove de janeiro, foi entregue no Centro de Estudos do HMSA pela primeira vez, a folha de rosto junto com o projeto para o mesmo ser autorizado pelo diretor do hospital, com um prazo máximo de entrega de trinta dias, cumprindo uma determinação protocolar do CEP-SMSRJ.

Ao receber a autorização do hospital no dia dezesseis de fevereiro, o pesquisador foi informado pelo CEP-SMSRJ, de que entrariam em recesso para o Carnaval. O que fez expirar a folha de rosto, que possui validade para trinta dias corridos.

Em março, retornou-se ao HMSA e feita nova autorização da folha de rosto, tendo que esperar os trinta dias protocolares, sendo que neste período, ocorreu um problema de ordem administrativa no HMSA, e segundo informações, todos os processos internos estavam paralisados e conseqüentemente, a autorização da folha de rosto teria que seguir esse curso.

Expirando o prazo da folha de rosto, pela terceira vez deu-se entrada no HMSA e obteve-se a autorização da mesma no dia vinte e seis de maio.

Com a autorização em mãos, o pesquisador foi ao CEP-SMSRJ no início de junho, e tentou entregar o projeto, porém a tentativa foi frustrada, pois a próxima reunião dos integrantes do CEP, só ocorreria no dia dezanove de junho, portanto deu entrada no dia dezessete de junho, onde só obteve a resposta conforme anexo I, no dia vinte e sete de julho, com a entrega da autorização pelo CEP em quarenta dias, sendo que o prazo editorado é de trinta, e com isso iniciou-se a coleta de dados no dia cinco de agosto.

No período que antecedia a autorização do CEP, criou-se uma estratégia de aproximação de campo além de testes com os instrumentos de coleta de dados (entrevista e diário de campo).

Cabe mencionar que os referidos fatos foram tão singulares no processo da construção da pesquisa, que mereceram o seu registro, pois como se percebe, os prazos curriculares foram expirados, havendo, dessa forma, a necessidade de prorrogação para a defesa da qualificação e da dissertação.

Capítulo IV

O Cuidado de Enfermagem em Eventos de AMV nas Morbidades Clínicas

Ao classificar as vítimas por gravidades em eventos com mais de cinco pessoas, tem-se inicialmente, segundo Canetti (2007), a racionalização de que o fenômeno trauma é o que mais produz os sujeitos do estudo.

A amplitude da temática AMV está justamente nos fatos dinâmicos que mostram a cada momento a presença de fenômenos que promovem a necessidade de um atendimento coletivo de mesma origem.

Portanto, faz-se necessário entender a relevância do problema de pesquisa, com a ótica voltada à importância de se ter uma preparação e planejamento dos cuidados de enfermagem a múltiplas vítimas, pois eventos clínicos assim como os oriundos dos desastres, também direcionam para uma necessidade de triagem ou classificação de riscos, se essas vítimas chegarem ao mesmo tempo em uma unidade de emergência.

Nos últimos dois anos consecutivos (2008 e 2009), durante a construção desta dissertação, ocorreram dois grandes eventos clínicos na cidade do Rio de Janeiro, que impediram ao pesquisador de AMV, que houvesse a omissão do registro das epidemias de dengue em 2008 e de H1N1 em 2009.

As estratégias de preparação e planejamento, através da instalação de um gabinete de crise certificaram justamente a necessidade do que tanto é defendida pelo autor desta dissertação, ou seja, preparação e planejamento.

Outro fator de grande relevância foi a presença da enfermagem, como consultora e mantenedora das estratégias de atendimento a múltiplas vítimas.

A discussão se torna mais efetiva e pertinente ao lembrar que doenças infecto-contagiosas também podem servir de fenômenos para o nosso estudo.

1) Epidemia Dengue/2008

Ao iniciar a proposta de dissertação, o pesquisador se detinha em acidentes com múltiplas vítimas de fenômenos traumáticos, talvez influenciado por minha formação e atuação profissional.

Surpreendentemente no ano de 2008 a cidade do Rio de Janeiro foi invadida por uma epidemia de dengue, atingindo boa parte da população de cerca de seis milhões de pessoas, segundo o *site* do IBGE (2009) distribuída pelas áreas de maior incidência do mosquito *Aedes aegypti*, tendo uma maior concentração e notificação dos casos na zona oeste.

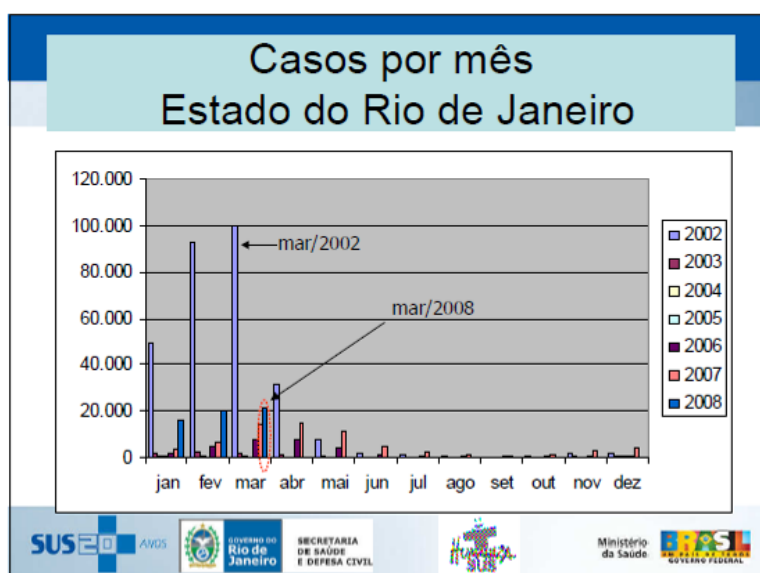


Gráfico 5. Evolução comparativa dos casos de dengue entre a epidemia de 2002 e 2008

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil

1.1) Deficiência de controle dos transmissores

O combate ao *Aedes aegypti* é o único elo passível de intervenção no controle do dengue, pois até o momento não existe vacina nem tratamento antiviral específico para a doença.

De 2003 a 2005, o controle dos transmissores foi eficiente; pois, a incidência anual de dengue no Estado do Rio de Janeiro não atingiu 10.000 casos notificados.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil, o primeiro bimestre de 2008 apresentou uma elevação do número de casos, de forma exponencial, fornecendo indícios de que a estratégia de intervenção a uma epidemia que se apresentava cada vez mais necessária. (BRASIL, 2007)

1.2) Mortalidade elevada dos casos de dengue

Segundo Braz Filho (2008), a população do Rio de Janeiro no ano de 2008 ficou bastante alarmada com o alto índice de mortalidade do dengue, e com isso, medidas de estratégias de desastres tiveram que ser implementadas, pois o número de casos registrados era considerável, somado a uma mortalidade significativa. Além disso, conforme mencionado no corpo da pesquisa houve um fato que ultrapassou a capacidade de resposta de uma comunidade local, já que estávamos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, diante de um evento com MULTIPLAS VÍTIMAS, porém, de ordem clínica e não traumática.

1.3) Objetivos da Criação dos Centros de Hidratação para AMV

Durante os dois primeiros meses do ano de 2008, o número de casos suspeitos de dengue tomou proporções semelhantes à epidemia de 2002, que atingiu 288.245 casos; contudo, com uma letalidade maior.

As emergências dos hospitais públicos e privados não foram capazes de lidar com o elevado fluxo de pacientes. Não havia leitos suficientes em unidades de terapia intensiva para prestar assistência nos casos mais graves.

Segundo Filho (2007), o número de médicos assim como os membros da equipe de enfermagem com formação em pediatria era deficitário. Além disso, a maioria dos profissionais de saúde jamais havia enfrentado uma situação semelhante; o dengue era considerado uma “virose sem repercussões significativas”.

Portanto, diante de todos estes fatos, foi decretada situação de emergência pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, tornando-se necessária a criação dos Centros de Hidratação, com os seguintes objetivos:

- Reduzir a mortalidade dos casos de dengue hemorrágico, principalmente, na faixa etária de crianças e adolescentes.
- Proporcionar um atendimento primário imediato à população fluminense;
- Estabelecer um diagnóstico precoce dos casos mais graves, com suspeita de dengue;
- Iniciar o tratamento com hidratação oral ou venosa, de forma ostensiva;
- Garantir um acompanhamento criterioso dos casos suspeitos de dengue;
- Promover a integração entre os diversos segmentos do sistema de saúde.

As imagens fixas a seguir ilustram o fenômeno de AMV quanto às morbidades clínicas no tocante a dengue.



Imagem 10 – Centro de Hidratação em Campo Grande, no dia 24/03/08

Fonte: Assessoria de comunicação do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.



Imagem 11. Inauguração do centro de hidratação de Belfort Roxo, no dia 19/04/08

Fonte: Assessoria de Comunicação do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.

Ao observar a conduta tomada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, pode-se notar que toda a estratégia de assistência a pacientes acometidos pela dengue é baseada em protocolos e atendimento a desastres para AMV.

Abaixo, observam-se as estratégias de fluxo de atendimento às AMVs nas tendas de hidratação.

1.4 Ambiente de Acolhimento

Os objetivos deste ambiente foram:

- Estabelecer o atendimento primário em casos suspeitos de dengue;
- Iniciar, de imediato, a hidratação oral para os casos suspeitos de dengue;
- Identificar os casos de atendimento secundário e encaminhá-los ao ambiente de observação e hidratação;

A avaliação de triagem foi realizada por enfermeiros através da coleta de uma história resumida do paciente em um formulário próprio, verificação de sinais vitais e realização da prova do laço.

Após esta avaliação inicial, todos os pacientes eram submetidos a uma coleta de sangue (denominado de “rotina de dengue”) para avaliação de hematócrito, leucócitos e plaquetas. Este tipo de **atendimento**, considerado **primário**, foi realizado em todos os pacientes que procuraram espontaneamente os centros de hidratação.

À espera de atendimento médico, caso não houvesse sinais indicativos de sangramento espontâneo ou de descompensação hemodinâmica, o paciente aguardava o atendimento clínico ainda na sala de espera, onde era submetido à terapia de hidratação oral, administrada pela Enfermagem.

Neste local havia cinquenta cadeiras e a atuação do cuidar era feita por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem.

Imagem. 12 Ambiente de acolhimento do centro de hidratação do Méier.



Fonte: Assessoria de Comunicação do CBMERJ

1.5 Ambiente de Procedimento

Os objetivos deste ambiente foram:

- Estabelecer o diagnóstico dos casos suspeitos de dengue;
- Estabelecer o prognóstico de gravidade dos casos suspeitos de dengue;
- Estabilizar os casos suspeitos de dengue, com instabilidade hemodinâmica;
- Promover o acompanhamento dos casos suspeitos de dengue;
- Identificar os casos de maior gravidade e encaminhar à internação hospitalar.

Neste ambiente os pacientes foram submetidos à coleta de sangue realizada pela Enfermagem para a rotina laboratorial e punção venosa periférica para o início da hidratação venosa.

Os casos com suspeita de dengue foram avaliados através do exame clínico e dos resultados laboratoriais.

Após a avaliação médica, os pacientes foram classificados em um dos quatro grupos de classificação da doença; em seguida, estes foram submetidos às seguintes intervenções:

Grupo A – Verde

- Tratamento com hidratação oral na residência;
- Analgésicos e antitérmicos;
- Orientação com relação aos sinais de alerta;
- Retorno: no primeiro dia sem febre ou no caso de aparecimento de sinais de alerta.

Grupo B – Amarelo

- Observação por 12 horas
- Hidratação parenteral e oral supervisionada;
- Analgésicos e antitérmicos;
- Reavaliação médica após a hidratação;
- Retorno em 24 horas para reavaliação (médica e laboratorial) e reestadiamento.

Grupo C – Laranja

- Hospitalização (observação no Pronto Socorro ou Internação);
- Hidratação parenteral imediata e vigorosa

- Reavaliação clínica/laboratorial, com alta em caso de melhora seguida de reavaliação em 24 horas; sem melhora, classificar no grupo D.

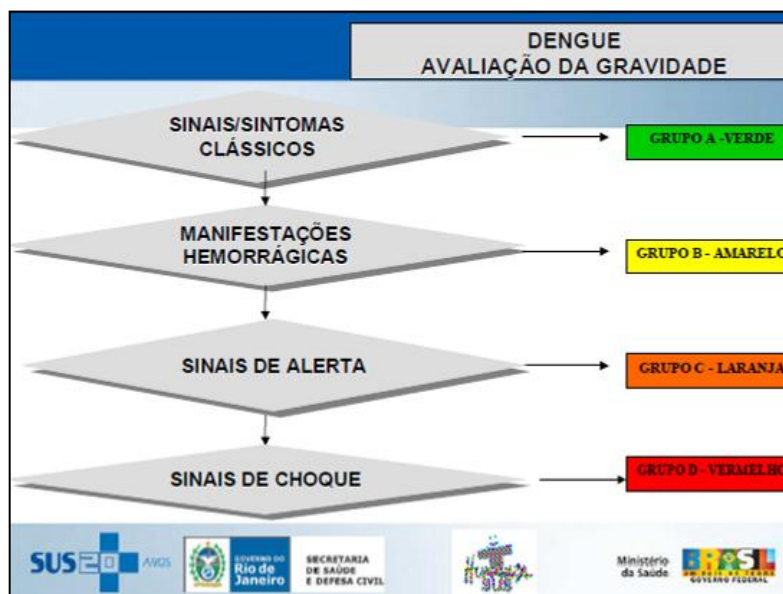
Grupo D – Vermelho

- Hospitalização com avaliação médica contínua;
- Hidratação parenteral imediata e vigorosa:
- Reavaliação clínica/laboratorial; em caso de melhora classificar no grupo C; sem melhora, encaminhar para Unidade de Terapia Intensiva, considerando a transfusão de hemoderivados em casos de indicação para tal.

Este ambiente foi composto de seis leitos, um dos quais designado para atendimento e observação de pacientes com maior gravidade ou para um atendimento de alta complexidade, pois havia uma fonte de oxigênio, material de acesso à via aérea e ventilação, um desfibrilador semiautomático, oxímetro de pulso e drogas de reanimação.

O atendimento feito neste ambiente era realizado por dois médicos clínicos, dois médicos pediatras, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem.

Com tal estrutura, podemos perceber que houve uma estratégia de fluxo de pacientes, somada a uma classificação de riscos, que aumenta a necessidade de planejamento, preparação e tecnologia de cuidados de enfermagem diferenciados para AMV nas unidades de emergência.



Fluxograma 4 Atendimento das tendas de hidratação com classificação de riscos, realizado por enfermeiros

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil

1.6. Ambiente de Observação e Hidratação

Após a anamnese (realizada pelo médico), era feita a prescrição da hidratação e solicitação da repetição de um novo hemograma que podia ser horário ou, após as etapas de hidratação, esse controle seria feito pela enfermagem.

De acordo com o resultado do exame laboratorial e as condições clínicas do paciente, após as etapas de hidratação, o mesmo era liberado pelo médico e orientado pelo enfermeiro referente aos cuidados que devia ter na residência.

Nos casos mais graves, o paciente era transferido por uma ambulância básica ou avançado, com solicitação de vagas via central de regulação de leitos.



Imagem13 - Ambiente de observação e hidratação do Méier

Fonte: Assessoria de Comunicação do CBMERJ

Os pacientes que apresentavam boas condições clínicas, com alterações nos resultados do hematócrito ou plaquetas eram orientados pela enfermagem a procurar o centro de hidratação para a realização de novo hemograma após 24 a 48 horas de atendimento. O atendimento feito neste ambiente era realizado por um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem.

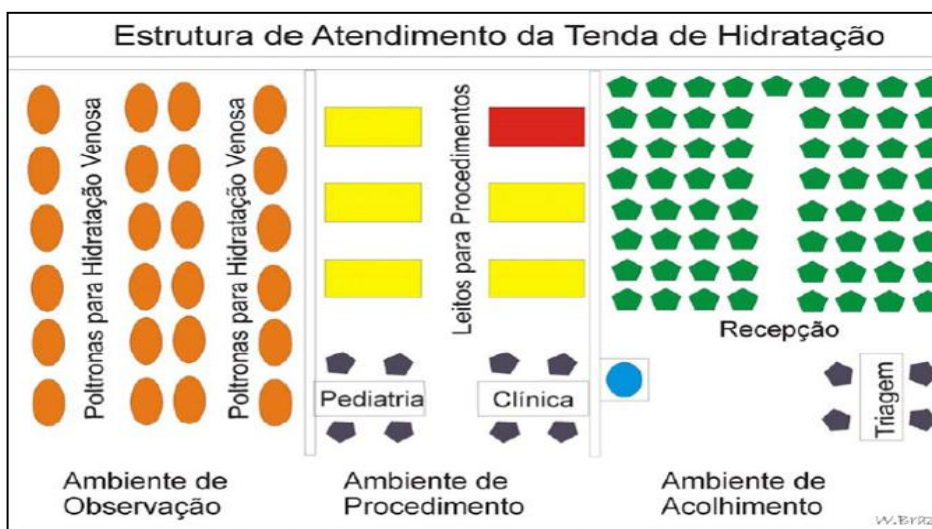


Imagem 14. Ambiente de observação e hidratação da Gávea

Fonte: Assessoria de Comunicação do CBMERJ

Os centros de hidratação eram divididos em três ambientes, para acolhimento, procedimento e observação. A estrutura de atendimento era feita com a divisão de leitos na seguinte ordem:

- Cinquenta (50) cadeiras para o acolhimento;
- Seis leitos (6) para procedimento;
- Vinte e quatro (24) poltronas de hidratação venosa



Fluxograma 5 - Estrutura de atendimento das tendas de hidratação

Fonte: Extraído do relatório de ações de combate a dengue da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil 2008, feita pelo Maj. BM Méd. Wilson Braz Corrêa Filho.

2. Pandemia H1N1

No ano seguinte, em 2009, a cidade do Rio de Janeiro reviveu outro AMV clínico com a chegada da pandemia internacional de H1N1, denominada popularmente de "Gripe Suína", sob as estratégias do gabinete de crise pela Secretaria Estadual de Saúde, renovando a implementação de centros de atendimento.

A experiência vivenciada com a epidemia de dengue em 2008 foi referência nacional para o Ministério de Saúde na criação das estratégias de enfrentamento de um novo problema clínico, diferente do anterior que se relacionava à transmissão da doença devido à presença de um vetor, tratava-se desta vez, de uma transmissibilidade de pessoa para pessoa, através de vias aéreas e fômites, surgindo também de forma surpreendente como uma pandemia mundial.

Embora tenha sido feito inicialmente um controle de barreira em aeroportos e rastreamento em pessoas que viajaram para a América Central, Europa e Ásia, em maio de 2009 este já não existia, pois o vírus já estava no Brasil e no Rio de Janeiro.

Diante da pandemia de influenza desencadeada pela circulação, entre seres humanos, do novo vírus da influenza A (H1N1) e com base no conhecimento atual sobre a disseminação mundial deste novo vírus, o Ministério da Saúde elaborou e vem revisando este Protocolo de Atendimento Clínico com o objetivo de adequar as medidas estabelecidas no Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza (PBPPPI), a cada novo cenário que o país se encontra. Lembrando que ainda nos dias atuais, há possibilidades de disseminação do vírus no Brasil (2009).

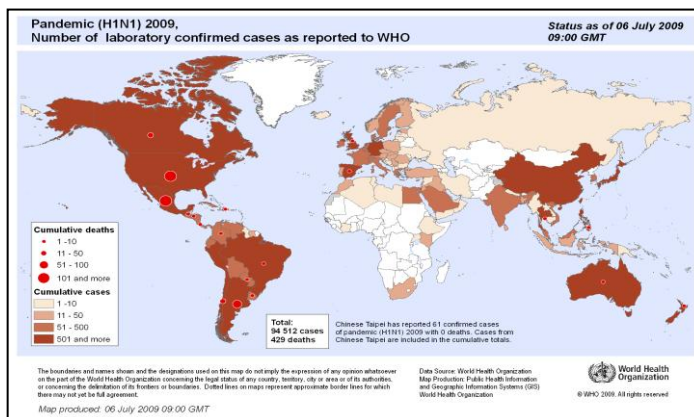


Imagem 15. Pandemia do H1N1 aspecto mundial Julho/2009

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude>

Voltando à estratégia do Ministério da Saúde, ao invés de tendas de hidratação, foram criados pólos de acolhimento, baseado ainda na classificação de riscos a múltiplas vítimas.

A situação epidemiológica atual, no Brasil e no mundo, caracteriza-se por uma pandemia com predominância de casos clinicamente leves e com baixa letalidade.



Imagem 16. Epidemia do H1N1 no Brasil Julho/ 2009

Fonte: Jornal O Dia – 23/07/09

Em relação aos cuidados e estratégias de atendimento ao H1N1, ficou preconizado, desde a revisão do último manejo clínico de agosto/2009, pelo Ministério da Saúde que:

- Não há mais definição de caso e sim um controle de surtos e doença respiratória grave;
- As precauções ficaram mais simples e higiênico-profiláticas;
- O *swab* e a notificação ficam restritos a casos graves e surtos.

Quadro 8. Atendimento da Influenza A (H1N1)

Tipo de paciente	Referência	Tratamento
Caso suspeito ou confirmado em pacientes sem fatores de risco e sem complicações	Domicílio, se febre evitar contato com pacientes de risco	Sintomáticos e medidas de prevenção básicas.
Caso suspeito ou confirmado em pacientes com fatores de risco e sem complicações	Considerar internação ¹ com precauções de gotículas	Sintomáticos e, se disponível, <u>oseltamivir</u> .
Caso suspeito ou confirmado em pacientes com complicações*	Internar com precauções de gotículas	Sintomáticos e, se disponível, <u>oseltamivir</u> . Tratamento específico da complicação.

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude>

Acolhimento com Classificação de Risco Sintomático Respiratório Adulto	
<p>Coriza Dor de garganta Sintomas respiratórios leves Dados vitais normais</p> <p style="text-align: center;">Liberado com orientação e cartão da Gripe A.</p>	<p>Tosse Rinorréia Febre menor que 38.5°C Mialgia Náusea Vômito e diarreia sem sinais de desidratação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucosas úmidas • Diurese normal • Turgor de pele normal • Menos de 5-10 episódios eméticos nas 24 horas • Menos de 5-10 evacuações nas 24 horas • Dados vitais normais <p style="text-align: center;">Liberado com monitoramento passivo e cartão da Gripe A.</p>
<p>Tosse produtiva Rinorréia purulenta Febre maior que 38.5°C e menor que 40°C Frequência respiratória maior ou igual a 25 irpm (dispnéia moderada)</p> <p>PA sistólica menor que 90 mmHg PA diastólica menor que 60 mmHg Saturação O₂ menor que 95%</p> <p>Vômito e diarreia com sinais de desidratação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letargia • Mucosa ressecada • Turgor cutâneo pastoso • Alteração de dados vitais <p>Presença de fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestante • Idade superior a 65 anos de idade • Imunodepressão (câncer, SIDA, medicações imunossupressoras) • Diabetes Mellitus • Cardiopatias • Doenças renais crônicas • Pneumopatia (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, transplantados) <p style="text-align: center;">Alta prioridade para avaliação médica com cartão da Gripe A</p>	<p>Apnéia Confusão mental Letargia Incapacidade de falar Frequência respiratória maior ou igual a 34 irpm ou menor que 10 irpm (dispnéia importante)</p> <p>PA sistólica menor que 80 mmHg PA diastólica menor que 60 mmHg FC maior que 120 e menor que 55 bpm Cianose Saturação O₂ menor que 90%</p> <p style="text-align: center;">Febre maior ou igual a 40°C</p> <p style="text-align: center;">Avaliação Médica Imediata com cartão da Gripe A</p>

Fluxograma 6. Classificação de riscos para o atendimento da Influenza A (H1N1), preconizado pelo Ministério da Saúde

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude>

Percebemos nas imagens as condutas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, propagadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, que foram estruturadas com base na epidemia da dengue de 2008, ao invés das tendas de hidratação, foram criados os pólos de atendimento, com consequente classificação de riscos.

Os problemas relacionados ao H1N1, a forma de garantir uma diminuição da propagação do vírus, foi a reeducação da população via campanhas de medidas simples, porém segura, reforçando os hábitos de higiene, tais como: lavagem das mãos, assoar o nariz com lenço de papel, espirrar com apoio das mãos, incentivo ao uso do álcool gel entre outros.

Imagens 17 e 18: Pólo de acolhimento a Influenza A, Hospital Municipal Lourenço Jorge.



Imagem17



Imagem 18

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Com as imagens observamos mais uma vez a aglomeração de pessoas, provenientes de um mesmo fenômeno de AMV, neste caso também não se trata de evento traumático, mas sim de morbidade clínica.

Como nem todos os pacientes possuem os mesmos critérios de gravidade torna-se importante estabelecer um fluxo de atendimento, classificando ou realizando a triagem das vítimas.

Para que elas possam ter um direcionamento terapêutico na tentativa de minimizar as consequências das eventuais morbi-mortalidades como as oriundas da

Gripe Suína, torna-se necessário analisar a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para eventuais situações de riscos.

Os dados envolvendo AMV com Gripe Suína, podem ser captados também por imagens móveis, via mídia eletrônica, depositadas na internet.

Imagens 19 e 20: Pólo de acolhimento a Influenza A, Hospital Municipal Miguel Couto.



Imagem 19



Imagem 20

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Capítulo V

OS AMVS E A SUA RELAÇÃO COM O CUIDAR E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Neste capítulo é descrito o perfil dos profissionais de enfermagem que trabalham com AMV no âmbito intra-hospitalar e analisado o ambiente deste cuidado, sob a luz dos dados coletados.

Sob a categoria dos profissionais de enfermagem que trabalham na sala vermelha, encontraram-se os seguintes resultados:

- 16,6 % são enfermeiros
- 61,1 % são técnicos de enfermagem
- 22,3 % são auxiliares de enfermagem

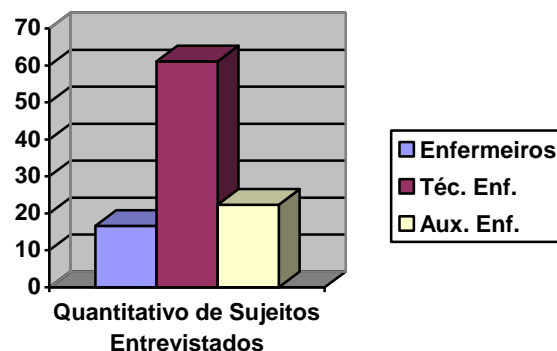


Gráfico 6. Quantitativo de Sujeitos Entrevistados

O quantitativo de profissionais na sala vermelha está baseado na escala feita pela chefia da unidade de emergência que coloca um (1) enfermeiro e cinco (5) técnicos de enfermagem por plantão naquele setor.

A sala vermelha possui, pela planta física, dois (2) leitos de reanimação; seis (6) leitos de observação e dois (2) de isolamento, porém devido a alta demanda de pacientes, encontramos vários leitos improvisados no setor.

Este ambiente é geralmente ocupado em média por cento e dez (110) pacientes/dia, entre pacientes internados e flutuantes que entram na emergência por esse setor.

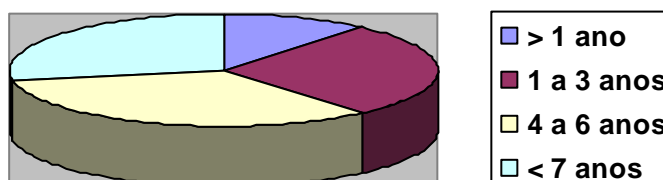
Os pacientes chegam a sala vermelha por meios próprios, trazidos pelo Corpo de Bombeiros, SAMU, Polícia Militar, ambulâncias de municípios diversos, ambulâncias privadas ou de concessionária de vias expressas, sendo também o local da admissão dos acidentes com múltiplas vítimas de diversas origens.

Neste local, chegam pacientes com patologias clínicas e traumáticas diversas e entre elas os AMVs.

Um dado que chama a atenção é que nos eventos com AMVs, a maioria dos cuidados de enfermagem é realizada na sala vermelha por técnicos de enfermagem, pois eles representam 61% dos componentes da equipe de enfermagem.

Para identificar o perfil dos profissionais de enfermagem, direcionou-se um questionamento para saber quanto tempo eles trabalham na sala vermelha do hospital cenário.

- 11,2 % menos de um ano
- 27,7 % de 1 a 3 anos
- 33,4 % de 4 a 6 anos
- 27,7 % acima de 7 anos



Tempo de serviço lotado na sala vermelha

Gráfico 7. Tempo de Serviço na Sala Vermelha

Observou-se que existia um grupo com uma experiência setorial significativa, pois somente 11,2% dos entrevistados estavam a menos de um ano no setor, e, se somados aos itens de 4 a 6 anos e acima de 7 anos, ter-se-ia a representatividade de mais de 60% dos profissionais com experiência setorial na sala vermelha.

Ressalta-se que a nova denominação de Sala Vermelha para a antiga Sala de Trauma ocorreu após obras de melhoria no HMSA devido aos XV Jogos Panamericanos em 2007, na cidade do Rio de Janeiro.

Buscando-se informações a fim de saber se esses membros da equipe de enfermagem já haviam atendido pacientes provenientes de um acidente com múltiplas vítimas, observou-se nos resultados que a grande maioria já teve contato com o fenômeno estudado, dos quais: 94,4 % disseram que **Sim**, já haviam atendido um AMV e somente 5,6 % disseram que **Não**, haviam atendido um AMV na sala vermelha do HMSA.

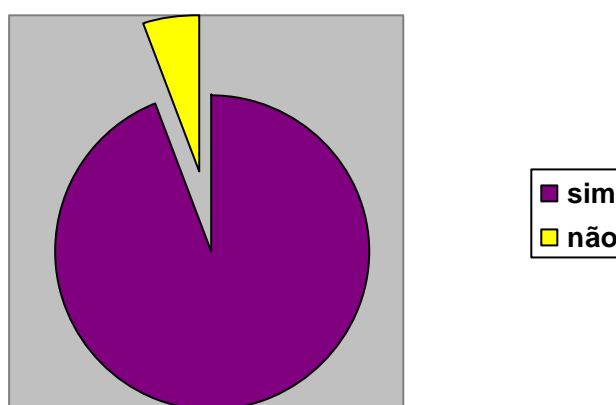


Gráfico 8. Profissionais de Enfermagem que já atuaram em AMV

A busca de informações para saber se os profissionais de enfermagem já haviam atendido a situações de AMV levou à percepção de alguma forma, com que frequência o fenômeno estava presente na sala vermelha, de onde se apresenta o

seguinte quadro: 5,6% dos sujeitos da pesquisa nunca receberam AMV, entretanto, 55,5 % percebem a presença do AMV pelo menos uma vez por semana, seguido de 33,3 % que observam o fenômeno mensalmente, ainda é registrado a observação dos sujeitos com uma freqüência de aparecimento do fenômeno de uma a cada dois meses, representado por 5,6% dos entrevistados.

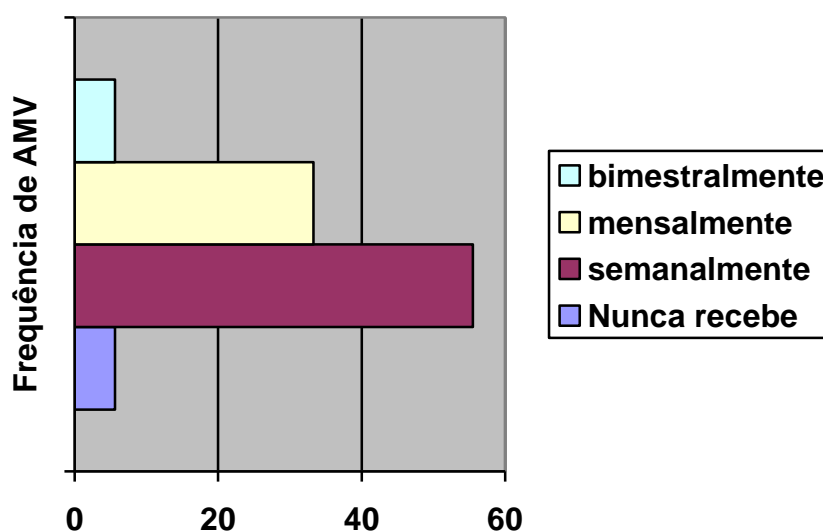


Gráfico 9. Percepção da Freqüência no Atendimento ao AMV

Os dados acima, além de terem a presença do fenômeno de AMV na sala de trauma também tem, de forma bastante significativa a informação de que 55,5% dos profissionais de enfermagem observam o AMV com a freqüência de uma vez por semana.

Não houve registro pelos entrevistados sobre o aparecimento do fenômeno de um a cada três meses; seis ou doze meses, reforçando a análise de não ser algo aleatório ou sazonal.

Na tentativa de perceber se o fenômeno está próximo de quem cuida, fazendo parte do cotidiano do profissional que atua na sala vermelha, procurou-se entender se este sujeito lembra como estão os AMVs fazendo parte de sua possibilidade de atendimento nos últimos doze meses.

Mais uma vez temos a presença do propósito de Certeau (2002), ajudando na leitura da interpretação de dados, quando nos remete ao entendimento do cotidiano como a arte de fazer no dia a dia.

O objetivo deste questionamento é entender os AMVs como um fenômeno esperado assim como são os infartos, acidentes vasculares cerebrais, dentre outros.

Pacientes que frequentam a emergência, não necessariamente como parte de um processo diário, são percebidos pelos profissionais de enfermagem com um aparecimento regular em suas atividades profissionais.

Eis que com esse questionamento, recebo as seguintes informações:

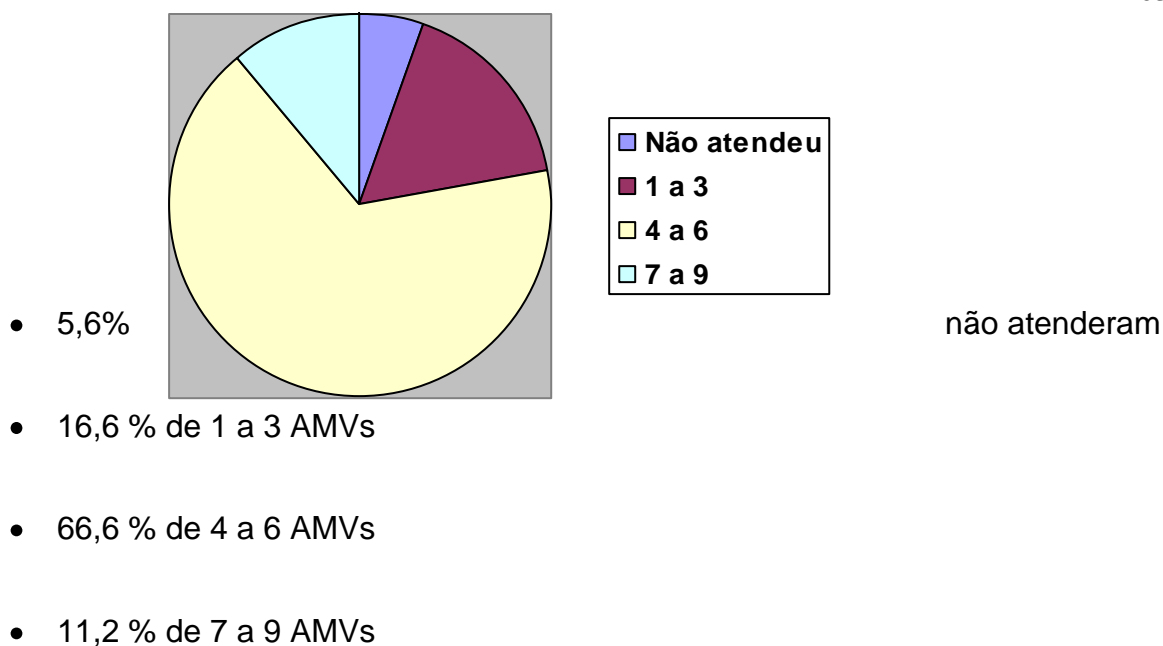


Gráfico. 10 – Observação da freqüência de AMVs

Pôde-se perceber que 66,6% dos entrevistados atendem de quatro a seis AMVs por ano, o que daria uma média de um AMV a cada dois ou três meses. Considerando que estes trabalham em uma escala de trinta horas semanais (12h x 60h), com uma folga mensal, somado a férias, é significativa tal informação vinda da maioria dos entrevistados.

Na tentativa de aprender com os membros da equipe de enfermagem, se existe um planejamento na sala vermelha para atender os pacientes de AMV, dentro do espaço/ambiente hospitalar, apoiamo-nos em Castro (2002), o qual afirma que:

A falta de planejamento é a causa de perigosas improvisações, que prejudicam a eficiência das equipes técnicas empenhadas, provocando, na maioria das vezes, o que se costuma chamar de desastre adicional ao desastre primitivo.

Nesse sentido, surpreendemo-nos positivamente com os **66,6%** dos entrevistados, que disseram existir uma metodologia do cuidar ao atendimento a múltiplas vítimas ao lado dos **33,4 %** que afirmaram não haver tal rotina.

Quanto a esse ponto, pretendia-se com essa informação entender o constructo triagem, como ferramenta para tomada de decisão frente ao AMV.

Entretanto, 66,6% dos entrevistados disseram que existe uma rotina de atendimento aos AMVs e somente 25% definem suas ações de cuidar e cuidado inicial como “triagem”.

Deparamo-nos com uma taxa de 58,4% de profissionais que informam utilizarem como ferramenta de avaliação a “classificação de riscos” nos eventos de AMV, o que contraria a literatura de medicina de desastres, para a qual coube o entendimento de Plotkowski em relação a estabelecer uma rotina de atendimento a múltiplas vítimas.

No caso de um acidente envolvendo um grande número de feridos, se raciocinarmos do mesmo modo que na urgência individual, seriam necessários um aumento considerável de pessoas, material e ambulâncias proporcionais ao número de feridos. Na maioria das vezes isso é muito difícil de ser alcançado e praticamente impossível em um curtíssimo espaço de tempo que é um dos pilares doutrinários da medicina de urgência. Baseado nestes fatos, a urgência coletiva, desastre ou catástrofe pode ser definida como a inadequação entre os meios disponíveis e os necessários para fazer face a uma situação de urgência. De forma figurativa poderíamos apresentar o problema como o “ princípio dos Três Mosqueteiros”, isto é, na urgência individual o princípio é de “todos por um”, mas na urgência coletiva é de “um por todos (PLOTKOWSKI, 1995).

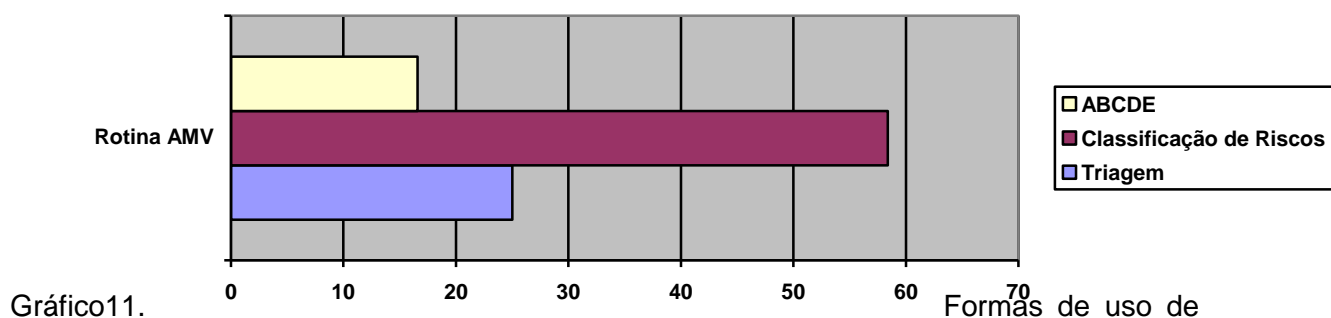


Gráfico 11. avaliação de AMV pelos profissionais de enfermagem

Por outro lado, alguns profissionais de enfermagem instrumentalizam suas ações de cuidar, através da rotina estabelecida pelo *advanced trauma life support* (ATLS), que é uma rotina de avaliação individual da vítima, chamada de exame primário, o que não se aplica em um evento de desastres e AMV.

Dos sujeitos que informaram conhecer uma rotina de atendimento aos AMVs:

- 25 % conhecem a **“Triagem”**
- 58,4 % conhecem a **“Classificação de Riscos”**
- 16,6 % conhecem o **“ABCDE da Vida”**

Em atendimentos a múltiplas vítimas é necessário preparo e capacitação dos profissionais de Enfermagem, seja na sala vermelha, nas tendas de hidratação ou em qualquer outro espaço do cuidar.

Com base nas argumentações de Tovar (1996), nas quais o profissional de enfermagem deve ser capacitado para atuar em uma situação de desastres, não

há dúvidas de que em situações de AMV, deve haver um processo de aprendizado constante e permanente da equipe de enfermagem, para melhores resultados dos cuidados diante do evento.

Acredita a referida autora que só é possível saber se um sistema funciona, se o mesmo for testado através de técnicas de simulações.

Os cuidados de enfermagem com o AMV devem ser livres de imprudência, imperícia e negligência. Sendo de amplo conhecimento que o fenômeno existe, não se deve preparar para ele, o que, ousado dizer, um ato iatrogênico. “El personal de salud debe prepararse para actuar frente a un desastre antes de que el evento suceda y no para aprender cuando se vea enfrentado a el.” (TOVAR, 1996, p.8)

Quanto ao preparo da sala vermelha para o AMV, os dados contidos no Gráfico 12 a seguir, são ilustrativos:

- 88,8 % disseram que **Sim**
- 11,2 % disseram que **Não**

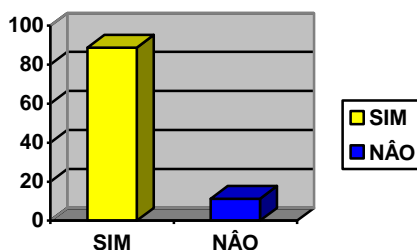


Gráfico 12. Percepção Quanto ao Preparo de AMV da Sala Vermelha

A interpretação de quem responde é extremamente individualizada, porém, sem que haja inferência nas respostas, é sempre esclarecedor informar que neste aspecto do estudo foi perguntado a impressão do profissional de enfermagem se a unidade que ele atua está preparada para atender um evento de AMV e 88,8% responderam que sim.

Após o resultado positivo quanto ao preparo da unidade procuro entender o que eles entendem então por uma “**unidade preparada**”.

- 27,8 % responderam que consideram que uma unidade é preparada se houver vagas e leitos disponíveis na sala de emergência.
- 5,56 % responderam que consideram que uma unidade é preparada se houver equipamentos para suporte tecnológico frente a casos de alta complexidade.
- 50 % responderam que consideram que uma unidade é preparada se houver um maior número de profissionais de saúde no setor de emergência.
- 16,7 % responderam que consideram que uma unidade é preparada se houver capacitação técnica dos profissionais de saúde frente a situações de desastres /AMV.

Percebo na resposta dos sujeitos, que 50% consideram uma unidade preparada quando houver um maior número de recursos humanos e 27,8% entendem que a unidade é preparada se houver vagas e leitos disponíveis na sala vermelha.

O cenário de estudo tem em média uma porta de entrada, somente na sala vermelha, de centro e dez atendimentos (110) por dia, fora as inter ocorrências que são atendidas oferecendo um suporte para as unidades de internação e alta complexidade.

Seus poucos leitos (dez), não são suficientes para essa demanda e o que temos em realidade, são leitos ocupados permanentemente, descaracterizando os objetivos da sala vermelha.

Por outro lado, 16,7% consideram uma unidade preparada se houver capacitação técnica dos profissionais de saúde frente a situações de desastres /AMV.

Mostra-se reflexivamente a necessidade de começar a ser discutida a preparação da unidade, começando pelos recursos humanos.

Para entender a frequência na capacitação dos profissionais ao atendimento a múltiplas vítimas na sala vermelha, procuro entender quando foi realizado o último contato com um tema voltado para emergência através de um processo de educação continuada.

55,5% informaram que tiveram um treinamento nos últimos oito meses, sendo o prazo mais distante para a reciclagem de temas entre um e dois anos, quando houve a representação de 22,3% dos sujeitos.

- 5,56 % nos últimos quatro meses
- 55,5 % nos últimos oito meses
- 16,7 % nos últimos 12 meses
- 22,3 % entre um e dois anos

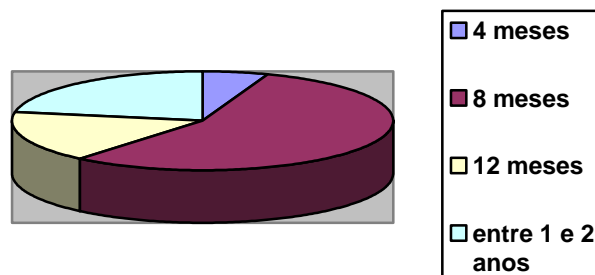


Gráfico 13. Informações dos profissionais de enfermagem sobre treinamento

Percebemos que há certa flutuação de capacitação entre quatro meses a dois anos que estão regularmente renovando os conhecimentos.

É importante lembrar que os hospitais do município do Rio de Janeiro, participaram de um simulado, visando uma melhor resposta de atendimento, feito

em parceria com Corpo de Bombeiros, devido ao XV Jogos Panamericanos, que ocorreram na cidade em 2007.

Segue reportagem extraída do site da Agência Brasileira de Inteligência.

■ Hospitais simulam emergências para o Pan

Treinamento com vítimas graves, intermediárias e leves não atrapalha rotina de hospital

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio realizou, nesta sexta-feira (06), simulação de atendimento de emergência nos hospitais Miguel Couto e Souza Aguiar. O objetivo é fazer uma experiência de atendimento de muitas pessoas para se preparar para possíveis acidentes durante os Jogos Pan-americanos do Rio, de 13 a 29 de julho, quando a cidade estará cheia de turistas.

A simulação contou com equipes de oitenta pessoas e vinte vítimas voluntárias em cada hospital, além de oito ambulâncias do Corpo de Bombeiros, que também será responsável pelos atendimentos durante os Jogos. Foram treinados atendimentos a vítimas graves, intermediárias e levemente feridas.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, os resultados foram muito positivos em questão de tempo e adaptação à rotina normal dos hospitais. No Miguel Couto, o bom resultado se refletiu na ausência de filas e de interferências nos atendimentos regulares da emergência.

No sábado (07), passam pela mesma simulação os hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho.

FORNTE: **Globo Esporte**

Publicado em: 07/07/2007

Imagem 21 Informativo do simulado dos hospitais de emergência do município do Rio de Janeiro na Capacitação Para o PAN 2007

Quanto à percepção do aumento da morbi-mortalidade no AMV, evidenciou-se um resultado surpreendente, as respostas foram equilibradas, e praticamente metade dos profissionais percebeu essas alterações clínicas (55,5%), seguido de um grupo representativo (44,5%) que não percebeu quaisquer mudanças nestes aspectos de gravidade.

O que sinaliza a necessidade de atenção ao problema de pesquisa desta dissertação.

- 55,5 % disseram que **Sim**
- 44,5 % disseram que **Não**

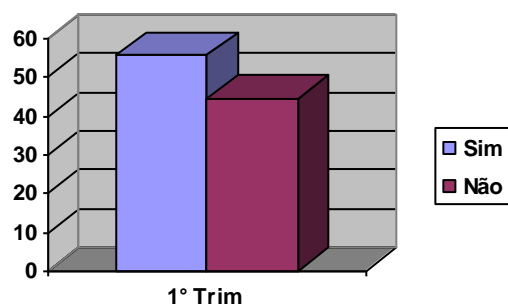


Gráfico14 Percepção da morbidade no AMV pelos profissionais de enfermagem

A urgência coletiva necessita de uma organização de socorro própria diferente da urgência individual. A medicina utilizada nestas situações é a medicina de guerra aplicada as situações civis, hoje representa uma especialidade médica tanto nos EUA (Disaster Medicine) quanto na França/Europa (Médecine de Catastrophe), que é ensinada como curso de pós-graduação em muitas universidades. A organização do socorro pré-hospitalar e dos hospitais, precisam adaptar-se à situação em que existe uma deficiência entre os recursos disponíveis e os necessários para fazer frente as necessidades". Plotkowski, 1995)

Corroborando com esse ponto, dos sujeitos que perceberam a morbimortalidade (55,5%) na sala vermelha, observamos suas respostas no que eles consideraram o motivo deste acontecimento.

- 10% responderam que acreditavam ser pela quantidade de pacientes envolvidos no evento
- 60% responderam que acreditavam ser pela quantidade de pacientes graves produzidos por um AMV

- 30 % responderam que acreditavam ser devido a demora para o tratamento definitivo dos pacientes em terapia intensiva e centro cirúrgico.
- Nenhum sujeito (0%) respondeu que acreditava ser pela dificuldade em transferir os pacientes graves para outras unidades hospitalares da rede municipal e estadual devido à falta de leitos.

A visão operacional de quem está no “*front de batalha*”, é justamente perceber que as vítimas que possuem menos chance em sobreviver, são aquelas mais graves, pois não há condições delas serem absorvidas pela instituição (centro-cirúrgico e terapia intensiva), de forma imediata, estacionados somente nos cuidados do serviço de emergência.

Entretanto, o fenômeno AMV é um problema de organização, planejamento e preparo que envolve um plano de contingência com outros hospitais.

No estudo, também buscou-se o fenômeno que mais “bate a porta” da sala vermelha do hospital, considerando que esses fenômenos são de etiologias diferenciadas, onde, dependendo da localização do hospital de referência, a característica de desastres em uma população urbana é diferente da que ocorre numa população rural.

Para isso é necessário saber quais são as vulnerabilidades de uma localidade, conforme menciona Castro (2002).

O fenômeno mais observado foi a colisão que envolve meios de transporte como ônibus e van, com 44,4%, seguido de acidentes com carro de passeio, 33,3%.

Os fenômenos de acidentes com eletricidade; afogamento; acidente náutico (barcas, catamarãs) e incêndios / explosões.

- 33,3 % reconhecem a colisão entre carros de passeio
- 44,4 % reconhecem a colisão que envolve outros meios de transporte como: ônibus e van
- 5,56 % reconhecem o acidente ferroviário (trem e metrô)
- 11,2 % reconhecem o desabamento de edificações / deslizamentos de terra
- 5,56% reconhecem queimaduras

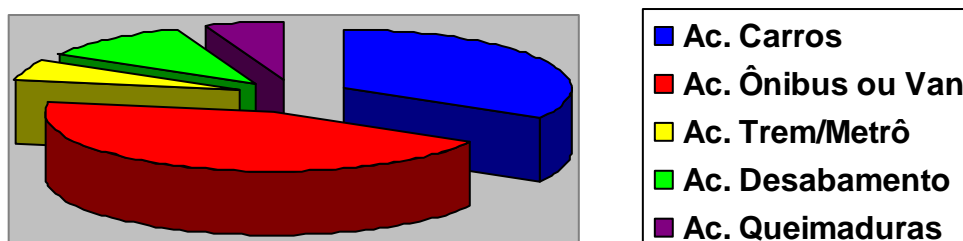


Gráfico. 15 – Principais fenômenos de AMV Percebido Profissionais de Enfermagem

Sobre a determinação de prioridades foi perguntado se os profissionais conhecem algum método de triagem para acidente com múltiplas vítimas.

- 83,4 % disseram que **Sim**
- 16,6 % disseram que **Não**

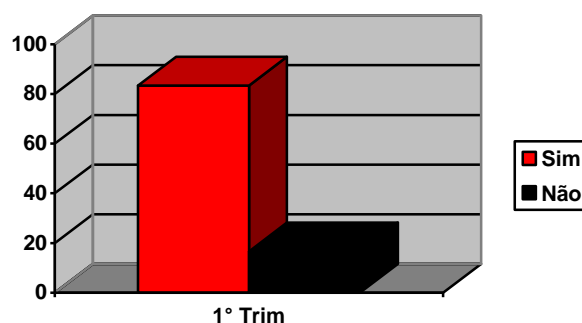


Gráfico. 16. Conhecimento de Métodos de Triagem dos Profissionais de enfermagem

A grande maioria dos entrevistados (83,4%), disseram **sim**, que conheciam métodos de triagem.

Triagem, processo utilizado em situações onde a emergência ultrapassa a capacidade de resposta da equipe de socorro. Utilizado para alocar recursos e hierarquizar o atendimento de vítimas de acordo com um sistema de prioridades, de forma a possibilitar o atendimento e o transporte rápido do maior número possível de vítimas. Canetti, (2007).

Perguntado qual era o método de triagem que ele conhecia, observamos curiosidades nas respostas.

- 53,3 % conheciam o método S.T.A.R.T.
- 6,7% conheciam o método C.R.A.M.P.
- 40 % marcaram “outros” e responderam classificação de riscos

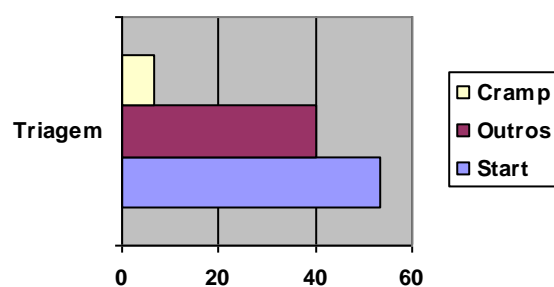


Gráfico 17 Método de Triagem Mais Aplicado Pelos Profissionais de Enfermagem

Na leitura dos dados, observamos que a maioria dos profissionais conhece o método START, porém considero significativo os 40% dos entrevistados que utilizam classificação de riscos como um método de triagem.

Somente 6,7% conhecerem o método CRAMP, que é o recomendado para ser aplicado em ambiente hospitalar por profissionais de saúde.

Segundo Plotkowski (1995), em um evento de desastres existe uma grande possibilidade de a maioria das vítimas serem de menor gravidade, classificadas como verde. Isso ocorre pela dispersão da energia cinética que, geralmente, envolvem os fenômenos de AMV, onde a vítima mais próxima do epicentro dos desastres geralmente é a mais grave (vermelha) e as amarelas e verdes estão mais longe da fonte cinética.

Esse dado vem ao encontro das informações coletadas com os profissionais de enfermagem que trabalham na sala vermelha sendo identificada a seguinte característica das vítimas de AMV.

- 77,7 % responderam que seriam as vítimas de menor gravidade (Verde)
- 22,3 % responderam que seriam as vítimas de maior gravidade

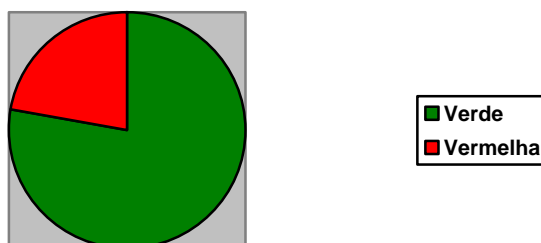


Gráfico. 18 – Chegada das Vítimas na Emergência por Gravidade

Fui surpreendido pela não percepção da vítima amarela, paciente este que apresenta um potencial percentual de cura, sendo mais viável do que a vermelha. Só está sendo observado por quem cuida dos extremos, ou seja, se está sem riscos aparentes (verde) ou se está grave (vermelho), pois inexistente qualquer estratégia que ofereça possibilidade de “enxergar” a vítima amarela.

Finalizando os aspectos quantitativos da pesquisa, pergunto ao entrevistado quem, em sua percepção, traz as vítimas de fenômenos de AMV e quem sinaliza inicialmente a gravidade dos pacientes, ou seja, quem examina e determina a prioridade de atendimento dos pacientes.

Para esse dado, segue seus resultados:

- 27,7 % responderam que seriam os bombeiros
- 61,1 % responderam que seriam os técnicos de enfermagem
- 0% responderam que seriam enfermeiros
- 11,2 % responderam que seriam médicos

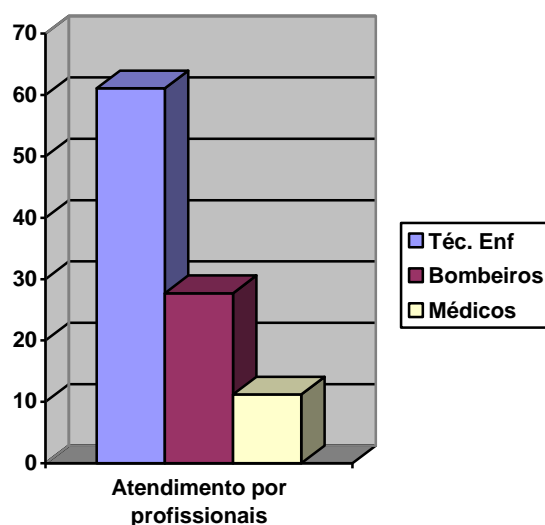


Gráfico 19. Percepção dos Próprios Profissionais de Enfermagem acerca de Quem Atende Primeiro o AMV na Emergência

A equipe identifica que o primeiro a examinar é o técnico de enfermagem com 61,1% das observações, seguido dos bombeiros com 27,7%, que podem ser de ambulâncias básica, intermediária ou avançada.

Mesmo sabendo que é função do enfermeiro o atendimento ao paciente grave de forma direta, talvez a ocupação com funções administrativas estejam tirando o enfermeiro da sala vermelha de forma direta ou indireta.

Quanto aos cuidados de enfermagem às vítimas de AMV, foram observados oito (8) tópicos do atendimento a múltiplas vítimas. São eles:

- Quantidade de eventos com AMV;
- Fenômeno dos AMVs;
- Classificação dos AMVs;

- Chegada das vítimas;
- Classificação pelo método START;
- Prestação dos cuidados de enfermagem e
- Direcionamento e terapêutica para as vítimas.

Aparecimento dos fenômenos na Sala Vermelha

Foram estudados 5 (cinco) eventos de AMV que entraram na sala vermelha e presenciados os cuidados de enfermagem as vítimas.

Os fenômenos de AMVs foram quatro (4) acidentes de trânsito com colisão de veículos, e um evento de queimaduras, sendo eles respectivamente:

Quadro 9 Fenômenos Presenciados Durante a Coleta de Dados

Data	Fenômeno
12/08	colisão auto <i>versus</i> ônibus
24/08	colisão van <i>versus</i> van
28/04	colisão auto <i>versus</i> auto
15/10	Queimadura
07/11	colisão ônibus <i>versus</i> anteparo

Podemos observar a presença do fenômeno “desastres” de forma relevante ocasionada por acidentes de tráfego.

Dentre os cinco (5) eventos classificados como AMVs, destaque para o tipo um (1), segundo Canetti *et al* (2007), onde o mesmo é determinado através da presença de cinco (5) a dez (10) vítimas provenientes de um fenômeno de AMV.

Foi observado que as vítimas de AMV chegaram praticamente da mesma forma e maneira à sala de emergência, todas trazidas pelo Corpo de Bombeiros, através do Grupamento de Socorro de Emergência.

Foram observados e presenciados trinta e um (31) feridos, vítimas de AMV, no cenário de coleta de dados, sendo eles:

Quadro 10 Quantitativo de Vítimas em Cada Fenômeno

Data	Número de Vítimas
12/08	6
24/08	8
28/08	5
15/10	5
07/11	7
Total	31

As vítimas de AMV foram trazidas por ambulâncias do Corpo de Bombeiros

Data	Ambulância Avançada	Ambulância Básica
12/08	1	1
24/08	1	2
28/08	1	1
15/10	1	1
07/11	2	1

o de Janeiro, e para cada dia, contou-se com a presença de mais de uma viatura.

Quadro.11 Perfil do transporte pré-hospitalar de vítimas de AMV para emergência

D

Durante o tempo de permanência os AMVs, não se observou a aplicação do método START, pelos profissionais de enfermagem na sala vermelha.

Somente para com as vítimas do dia 24/08, houve maior ênfase do método START, devido à padronização e familiarização dos militares do Corpo de Bombeiros em identificar as vítimas.

Pelo método START, obteve-se a seguinte classificação de priorização das vítimas:

Quadro 12 Avaliação pelo Método START nas Vítimas de AMV

Data	Vítimas	Vermelha	Amarela	Verde
12/08	6	0	2	4
24/08	8	1	1	6
28/08	5	0	1	4
15/10	5	0	0	5
07/11	7	0	1	6
Total	31	1	5	25

Em relação, porém, a prestação dos cuidados de enfermagem em dias de plantões diferentes, foi possível perceber atitudes de cuidado prestado diferenciado.

Foi registrada a conduta de procedimentos de semiotécnica aplicados aos pacientes como: punção de acesso venoso, curativo de lesões superficiais, administração de medicações prescritas e imobilização de lesões músculo-esqueléticas.

Observado em todos os cinco casos a liderança quanto à tomada de decisões efetuadas pelo técnico de enfermagem, o que reforça o dado de que os mesmos compõem 61,1% dos recursos humanos em saúde e na recepção das vítimas de AMV.

No evento do dia 24/08 o enfermeiro estava na sala vermelha durante a entrada do AMV e ali permaneceu até a definição das prescrições terapêuticas para cada paciente.

As vítimas de AMV, após o primeiro atendimento de cuidar e dos cuidados realizado pela equipe de enfermagem, foram direcionadas às especialidades médicas do setor de emergência, como: clínica geral; ortopedia e cirurgia geral.

No AMV do dia 28/08, foi acionada à sala vermelha um cirurgião vascular para parecer junto à ortopedia.

Após as avaliações médicas, seguiram-se: condutas de prescrição de medicamentos; encaminhamento para exame de imagem; solicitação de exame laboratorial para pacientes com potencial cirúrgico; encaminhamento para a sala de observação (sala amarela) e encaminhamento para o centro cirúrgico.

Trazendo o entendimento de Whitaker (2004), em seu editorial, **Atendimento Ao Trauma: Um Vasto Campo Para A Enfermeira**, entendemos a

importância da presença do profissional de enfermagem na sala de emergência para os vários desafios que cercam esse cenário, onde:

O sucesso no atendimento ao paciente de trauma não ocorre somente com base nos conhecimentos e nível de habilidade de cada profissional individualmente, mas sobretudo pela consistência e repetição das práticas fundamentais no trabalho em equipe". (WHITAKER, 2004)

Capítulo VI

Análise dos AMVs Através Imagens Capturadas na Mídia

Na análise dos dados entrevistados e observados na pesquisa, faltava uma argumentação mais precisa e aproximada com os fenômenos de AMV, pois os mesmos surgem em geral nas vias públicas.

Como os AMVs a serem investigados no cenário eleito não foram satisfatórios para sustentar uma discussão sobre preparo e planejamento, sem passar pelos fenômenos, resolvemos buscar na mídia, dentro do mesmo recorte temporal da pesquisa, informações sobre os AMVs.

A busca desses resultados mostrou que estes verdadeiramente “casam” com o que foi estudado. Foi como se eu estivesse olhando para uma janela, mostrando de dentro do hospital uma realidade de acontecimentos que justificassem o estudo.

Tanto tais resultados serviram-me de estímulo, que a análise desses dados virou um capítulo a parte de minha dissertação, e agregou um anexo de vídeos de reportagem sobre AMV no estado do Rio de Janeiro.

Nesse aspecto, dentro do recorte temporal da pesquisa foram coletados dados eletrônicos via internet em notícias através do site do RJTV (www.globo.com/rjtv), em que o mesmo, abre um portal para os jornais eletrônicos: BOM DIA RIO, RJTV 1ª Edição e RJTV 2ª Edição.

Encontro nas buscas em portais acadêmicos, através da BVS, sustentação para o método coletado no artigo publicado nos anais do XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, dentre eles, a pesquisa extraída em mídia, intitulada:

Homicídios (ou extermínio) de crianças e adolescentes: Uma análise das reportagens veiculadas na mídia escrita em Fortaleza (CE) (LUNA *et al*, 2008).

Portanto, de acordo com as notícias do *site* do RJTV, foram coletados vídeos das reportagens que captam as imagens das notícias, dos AMVs e em alguns deles os cenários dos desastres com a chegada das vítimas as instituições hospitalares.

Esses vídeos são os mesmos apresentados no jornal em mídia televisiva que foram ao ar exibido pela Rede Globo de televisão.

Foram captados trinta e sete (37) minutos e cinquenta e nove (59) segundos de notícias, que compõe um CD ROM desta dissertação.

Os resultados são apresentados em três etapas a descrever:

- a) Análise das notícias colhidas na internet;**
- b) Discussão dos fenômenos ocorridos;**
- c) Avaliação das áreas geográficas dos acidentes.**

Dos vinte e sete (27) dados coletados sobre AMV, todos apresentam endereço eletrônico (URL) e o tempo de exibição dos vídeos, conforme quadro a seguir.

Quadro 13. Resultados extraídos da mídia

AMV	Data	Local	Bairro	Município	Fonte/URL	Tempo
1	20/08/2009	Av. Pedro II	São Cristóvão	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1274257-9097,00	59"
2	02/09/2009	Avenida Brasil	Parada de Lucas	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1289287-9101,00	2'49"
3	03/09/2009	Rod. Presidente Dutra	Não Informado	Barra Mansa	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1291309-9097,00	52"
4	04/09/2009	Avenida General Justus	Centro	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1292388-9101,00	24"
5	15/09/2009	Estrada de Gericinó	Bangu	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1304977-9097,00	2'20"
6	17/09/2009	Avenida Brasil	Cajú	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1307664-9101,00	19"
7	21/09/2009	Rua Jardim Botânico	Jardim Botânico	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1312670-9099,00	48"
8	12/10/2009	Avenida Brasil	Santíssimo	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1337819-9101,00	41"
9	13/10/2009	Avenida Brasil	Penha	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1339800-9099,00	42"
10	17/10/2009	Av. Marechal Rondon	Sampaio	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1344884-9097,00	4'26"
11	19/10/2009	Av. Barão do Rio Branco	Centro	Petropolis	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1345929-9101,00	1'55"
12	20/10/2009	Av. Barão do Amazonas	Centro	Niterói	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1348488-9099,00	29"
13	27/10/2009	Av. Américas	Barra de Guaratiba	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1355949-9101,00	50"
14	28/10/2009	Rua Frederico Pamplona	Copacabana	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1357901-9097,00	35"
15	30/10/2009	Túnel Novo	Copacabana	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1360496-9101,00	24"
16	31/10/2009	Rod. Washington Luís	Não Informado	Caxias	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1362170-9097,00	18"
17	06/11/2009	Rua Prudente de Moraes	Ipanema	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1369226-9097,00	3'49"
18	10/11/2009	Praça XV	Centro	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1374034-9099,00	19"
19	12/11/2009	Travessa Trajano	Tinguá	Nova Iguaçu	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1376488-9097,00	1'55"
20	14/11/2009	Enchente - Diversas Ruas	Diversos Bairros	Belford Roxo	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1379459-9099,00	2'38"
21	16/11/2009	Estrada Rio-Teresopolis	Alto do Soberbo	Teresopolis	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1380565-9097,00	3'09"
22	28/11/2009	Av. Rodrigues Alves	Centro	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1396179-9099,00	22"
23	30/11/2009	Av. Infante D. Henrique	Flamengo	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1397031-9101,00	1'19"
24	05/12/2009	Avenida Brasil	Penha	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1404624-9097,00	1'46"
25	05/12/2009	Rua Carlos Sampaio	Centro	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1404856-9099,00	0
26	08/12/2009	Av. Ayrton Senna	Barra da Tijuca	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1407660-9097,00	3'18"
27	12/12/2009	Rua Pereira da Silva	Laranjeiras	Rio de Janeiro	http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL1413220-9099,00	33"

Análise das Notícias e Discussão dos Fenômenos:

Serão apresentados mês a mês os dados obtidos e analisados em suas características.

AGOSTO

Neste mês ocorreu um evento de AMV com a colisão de um ônibus *versus* um caminhão de transporte de militares. Este acidente deixou vinte e nove (29) vítimas feridas, entre militares que estavam na boleia do caminhão e passageiros do ônibus.

Evento 1: *Caminhão versus ônibus*

RJTV 1ª Edição: 20/08/2009

Acidente entre caminhão do Exército e ônibus deixa 29 pessoas feridas

A colisão aconteceu na Avenida Pedro II, perto da base da Guarda Municipal. Quatro ambulâncias fizeram o atendimento, 16 militares foram levados para o Hospital Central do Exército.



Um acidente em São Cristóvão deixou 29 pessoas levemente feridas na manhã

desta quinta-feira (20). As vítimas receberam os primeiros atendimentos em quatro ambulâncias dos Bombeiros. O trânsito chegou a ficar lento no local. Um caminhão do exército e um ônibus bateram na Avenida Pedro II, próximo à base da Guarda Municipal.

Dezesseis militares foram levados para o Hospital Central do Exército, em Benfica. Doze passageiros e o motorista do ônibus também ficaram feridos, a maioria foi encaminhada para o Hospital Souza Aguiar. A área do acidente estava interditada até o início da tarde, mas o trânsito já tinha voltado ao normal.

Uma pessoa permanece em observação no Hospital Souza Aguiar. O Comando Militar do Leste ainda não informou o estado de saúde dos outros feridos. E um acidente na Rodovia Dutra provoca um congestionamento de cinco quilômetros, neste início de tarde. Um caminhão, uma carreta e dois carros bateram no sentido Rio, na altura de Nova Iguaçu. Bombeiros foram para o local socorrer os feridos.

Reportagem 1: Coleta de dados virtual/

Fonte: www.globo.com/rjtv

Portanto, o AMV é classificado como um evento tipo três (3), com a informação do encaminhamento de doze (12) vítimas sendo conduzidos para um único hospital, como o Hospital Central do Exército (HCE), e para as demais vítimas, inexistente registro de informações do encaminhamento de vítimas para outras unidades hospitalares.

Entretanto, independente de onde as vítimas sejam levadas, percebemos que a qualquer momento, várias vítimas de um mesmo fenômeno, podem chegar a uma instituição hospitalar de emergência aberta ou de referência e a partir daí temos a execução de toda a preparação, planejamento, cuidados de enfermagem novos e renovados, assim como de uma tecnologia para que o atendimento possa ser eficaz.

SETEMBRO

Neste mês ocorreram seis (6) eventos e começamos a perceber que o veículo ônibus, começa a aparecer nos fenômenos de AMV, ocasionando muitas vítimas, seguido da observação da presença dos acidentes de trânsito, como um grande formador de estatísticas de vítimas, incluindo os AMVs.

Evento 2: *Queda de ônibus*

Bom Dia Rio 02/09/2009

Acidente com ônibus deixa três mortos e 25 feridos na Av. Brasil

Veículo apresentava más condições de circulação, como pneus carecas. Motorista teria perdido a direção após passar em viaduto. Comente esta reportagem.



Um grave acidente aconteceu no fim da tarde desta terça-feira (1º) na Avenida Brasil. Um ônibus caiu em um barranco depois do viaduto de Parada de Lucas. Três passageiros morreram e 25 pessoas estão feridas. O Bom Dia Rio acompanhou o socorro e o drama dos parentes e dos passageiros nos hospitais da região.

Viviane soube do acidente pelo próprio marido, que foi uma das vítimas. "Estava um pouco tonto, parece que tinha batido com a cabeça. Muitas pessoas estavam feridas. E eu não sabia ao certo como ele estava. Viemos para o hospital para saber qual o estado dele", disse.

Oito pessoas foram socorridas no Hospital Getúlio Vargas. Segundo os bombeiros, a maioria teve ferimentos no rosto e na cabeça. Uma das vítimas chegou em estado gravíssimo e não resistiu. O morto foi identificado como Márcio Andrade, de 27 anos. Ao saber da notícia, a mulher dele entrou em desespero.

Outras 15 vítimas foram atendidas no Hospital Geral de Bonsucesso e no de Saracuruna, em Duque de Caxias. O acidente foi com um ônibus da Viação Ocidental que faz a linha 397 (Campo Grande-Praça Tiradentes).

Segundo testemunhas, depois de passar por um viaduto em Parada de Lucas, o motorista do ônibus perdeu a direção, e o veículo caiu de um barranco às margens da avenida. Duas pessoas morreram no local, entre elas a cobradora do ônibus. Um carro estacionado foi atingido pelo ônibus, que tinha alguns pneus carecas. O acidente não prejudicou o trânsito na Avenida Brasil em direção ao Centro.

O motorista do ônibus, Rogério Souza Vieira, sofreu escoriações e está em observação no Hospital de Saracuruna. No mesmo hospital, está internado um homem em estado grave. Outros três feridos foram levados para o Hospital Salgado Filho, no Méier. O motorista do carro atingido pelo ônibus trabalhava em uma obra próxima no momento do acidente. A produção do Bom Dia Rio entrou em contato com a Secretaria Municipal de Transportes para saber sobre as fiscalizações nas condições do veículo que circulava com os pneus carecas. Até o início da manhã, não recebemos resposta. O Bom Dia Rio também entrou em contato com a Viação Ocidental, que também não deu retorno. A produção segue na cobrança.

Em março deste ano, a equipe do Bom Dia Rio fez uma viagem na mesma linha de ônibus. Muitos passageiros reclamavam da má conservação dos veículos. A empresa também não nos respondeu.

Reportagem 2. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Esse evento, AMV tipo três (3), promoveu vinte e cinco (25) vítimas e deixou três (3) óbitos no local, pela cinemática do trauma (queda de barranco) podemos entender, que quando ocorrem os desastres desse tipo, as formas de impacto que o corpo das vítimas sofrem, podem ser completamente incompatíveis com a vida, assim como, podem deixar seqüelas temporárias ou definitivas. O que significa que quando as vítimas começam a chegar aos hospitais, tomadas de decisões são

extremamente importantes para reduzir a morbi-mortalidade devido à presença de situações não esperadas.

Evento 3: Queda de ônibus

RJTV 1ª Edição: 03/09/2009

Ônibus cai de ponte a oito metros na Dutra e deixa um morto e 15 feridos

Os trabalhadores saíram de Volta Redonda e iam para Resende. O ônibus atravessou a estrada e caiu bem no vão central, entre as duas pistas da ponte, a mais ou menos oito metros de altura.



Um ônibus, com funcionários da empresa Votorantin, caiu de uma ponte na Via Dutra, em Barra Mansa, no sul do estado. Uma pessoa morreu, e 15 ficaram feridas.

Quem estava no ônibus, assustado, não quis comentar o acidente. Os trabalhadores saíram de Volta Redonda e iam para Resende. O ônibus atravessou a estrada e caiu bem no vão central, entre as duas pistas da ponte, a mais ou menos oito metros de altura. Testemunhas contaram que foi um caminhão-baú que provocou o acidente ao fechar o veículo.

O motorista morreu na hora, nove trabalhadores se feriram com gravidade e outros seis tiveram lesões leves.

Representantes da empresa de transporte estiveram no local. O ônibus pertencia ao próprio motorista, que era um dos mais experientes do grupo.

"Ele era um cara cuidadoso. Por ser o dono, ele andava sempre tranquilo e devagar. Ele mantinha a manutenção em dia", afirma o proprietário da empresa de transporte, Anderson Lopes de Oliveira.

Reportagem 3. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Vemos outra reportagem dois dias depois do acidente ocorrido em Parada de Lucas/RJ, a ocorrência do fenômeno “queda de ônibus”, voltando a acontecer, sendo agora a queda de uma ponte com dezesseis (16) vítimas, sendo um óbito no local. Classifica-se esse evento em AMV tipo dois (2).

Observamos que esse evento ocorreu em outro município do estado do Rio de Janeiro, porém um AMV com características comuns ao anterior apresentado.

Nesse caso devemos levar em consideração a estratégia de atendimento ao AMV. Quando saímos da região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, onde é preconizada em grandes metrópoles a distribuição tática das vítimas entre os hospitais.

Percebemos que existem vários pontos de vulnerabilidade quando o mesmo acidente acontece em pequenas cidades ou municípios, pois muitas vezes só existe um único recurso hospitalar na região em que ocorreu o acidente, e nem sempre o recurso pré-hospitalar e hospitalar ficam no município de registro do sinistro e sim na região geográfica mais próxima.

Essa “proximidade” pode ser percebida entre quarenta (40), cinquenta (50) ou mais quilômetros (Km) de distância do local do acidente.

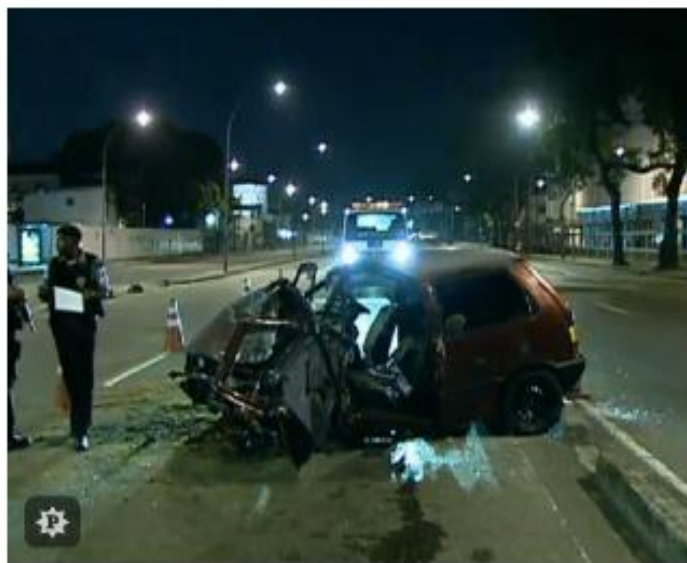
Também deve ser considerado o tempo de transporte das vítimas, onde na região metropolitana do Rio de Janeiro, podemos levar no máximo quinze (15) minutos até chegar a um hospital, porém em se tratando de interior, por via terrestre, existe a possibilidade de mais de uma hora de transporte rodoviário o que não é adequado para uma vítima grave de trauma e a redução da morbi-mortalidade das vítimas.

Evento 4: *Auto versus Auto*

Bom Dia Rio – 04/09/2009

Carro bate em poste na saída do Santos Dumont e deixa cinco feridos

O motorista do carro que bateu e outros três ocupantes do veículo foram levados para o Hospital Souza Aguiar. O estado de saúde das vítimas ainda não foi divulgado.



Um acidente deixou cinco feridos, no Centro. Segundo a polícia, um veículo bateu em um poste na saída do Aeroporto Santos Dumont, na Avenida General Justus, sentido Centro. O carro ainda atingiu um táxi. O taxista teve ferimentos leves.

O motorista do carro que bateu e outros três ocupantes do veículo foram levados para o Hospital Souza Aguiar. O estado de saúde das vítimas ainda não foi divulgado.

Reportagem 4: Coleta de dados virtual/

Fonte: www.globo.com/rjtv

Esse evento, AMV tipo 1 (um) é o mais comum, segundo o Grupamento de Socorro de Emergência (GSE), do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). Lembrando que os acidentes de trânsito, fazem parte de uma rotina de uma grande metrópole.

Como percebemos 5 (cinco) vítimas foram atingidas por esse fenômeno, caracterizando um AMV.

É de extrema importância valorizar a cinemática do trauma, pois apesar das vítimas no local do acidente não evidenciarem lesões aparentemente grave, segundo a descrição de cinemática do trauma do PHTLS (2004).

O profissional de emergência deve entender que se houver afundamento de mais de trinta (30) centímetros na lataria do veículo, independente das condições das vítimas, deve-se considerá-las graves, devido à dispersão de energia, e essas vítimas devem ser conduzidas de forma protocolar para o hospital de referência.

Evento 5: *Explosão*

RJTV 1ª Edição – 15/09/2009

Explosão de granada em lixão de Bangu mata dois e fere cinco

As vítimas foram socorridas e levadas para o Hospital Estadual Albert Schweitzer. Segundo a polícia, há outro explosivo na comunidade, provavelmente na mão dos moradores.



A explosão de uma granada em Bangu, essa manhã, provocou a morte de duas pessoas e outras cinco ficaram feridas. O explosivo foi encontrado em um lixão na

Estrada de Gericinó. Veja em vídeo imagens do local.

Segundo os bombeiros, as vítimas foram socorridas e levadas para o Hospital Estadual Albert Schweitzer.

A delegada do 34º DP, Márcia Julião, informou, no início desta tarde, que há outro explosivo na comunidade, provavelmente na mão dos moradores. Tanto essa granada quanto a que explodiu mais cedo, segundo a delegada, teriam sido encontradas na semana passada por catadores de lixo no lixão de Catiri. Eles teriam tentado vender os artefatos.

O padrastrô de um dos mortos disse à equipe do RJTV que o catador de lixo não sabia que eram explosivos.

Os mortos foram identificados como Carlos Eduardo da Silva Chaves, de 25 anos, que passava pelo local de bicicleta e Thiago Lima Costa, de 25 anos.

Com o impacto da explosão, os fragmentos atingiram a parede de um galpão, formando várias marcas na parede e também no teto. No início da tarde, o local ainda estava interditado pela polícia.

Reportagem 5. Coleta de dados virtual/

Fonte: www.globo.com/rjtv

Nesse momento da coleta dos dados, aparece pela primeira vez um fenômeno de AMV, que não está relacionado com acidente de trânsito e nem de morbidades clínicas.

Trata-se um fenômeno de explosão, fato este, que a princípio nos faz pensar em situações de guerra pela presença de explosivos, porém ao falar em explosão, deve-se estar atentos com acidentes elétricos, gás encanado, gás armazenado em botijões, fogos de artifício, além de efeitos de violência urbana, tipo atentado, na qual está sujeita a cidade do Rio de Janeiro, pois não é razoável ser achadas granadas, munições e armas em ambientes civis.

Esse episódio, registrado em reportagem, envolveu 7 (sete) vítimas, sendo 2 (dois) óbitos no local do acidente, o que caracteriza um AMV tipo 1 (um).

O fato em estudo que é digno de destaque, pois refere-se a forma na qual o artefato explosivo foi detonado, pois o mesmo foi encontrado em um lixão, e por desconhecimento de um popular que o achou e manipulou de forma inadequada promovendo a explosão.

O resultado deste episódio foi a morte no local do acidente da pessoa que manipulou o artefato e de quem estava próximo a ele, promovendo ainda, 5 (cinco) pessoas feridas, que foram atingidas pelo raio de ação do explosivo.

Reportamos a 1987, na cidade de Goiânia, lembrando de um episódio com AMv semelhante ao do acidente acima, desta vez, porém, com um produto radioativo, o Césio-137 (Cs-137).

Ao estudar desastres e AMv, deve-se atentar em toda e qualquer possibilidade de acidente que envolva muitas pessoas, sendo esse tema, acidentes radioativos, uma das recomendações para estudos futuros.

Essa temática também perpassa pela base de preparação, planejamento, cuidados de enfermagem e tecnologia diferenciada a vítimas contaminadas, onde o aspecto de biossegurança de quem cuida e de quem é cuidado, devem ser valorizados.

Vale lembrar que além das pessoas que se contaminaram por tocar o Césio-137, familiares dessas pessoas e os profissionais de saúde foram também o foi por contato direto.

A reportagem 6, mostrada a seguir, trata do **evento 6** ônibus *versus* ônibus.

Evento 6: ônibus versus ônibus

Bom Dia Rio – 17/09/2009

Acidente entre ônibus deixa pelo menos 30 pessoas feridas na Av. Brasil

Um ônibus da linha 111- C, Central-Duque de Caxias, e um outro da linha 372, que seguia para a Pavuna, bateram na faixa seletiva, perto do Viaduto da Linha Vermelha.



Pelo menos 30 pessoas ficaram feridas em um acidente entre dois ônibus na Avenida Brasil. Foi por volta das 19h, na pista central, sentido Zona Oeste, na altura do Caju. Um ônibus da linha 111- C , Central-Duque de Caxias, e um outro da linha 372, que seguia para a Pavuna, bateram na faixa seletiva, perto do Viaduto da Linha Vermelha.

Reportagem 6. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Ao analisar esse acidente percebe-se que em situações de AMV, nem sempre se pode precisar a contagem das vítimas, valores aproximados já representam a magnitude do evento.

Por isso, em sinistros como colisão entre ônibus, a chegada aleatória das vítimas nas unidades hospitalares exige uma organização de prioridades, de

tecnologia e de cuidados a serem prestados. O evento acima é classificado em AMV tipo três (3). **O evento 7**, a seguir, mostra o ônibus versus ônibus versus moto.

Evento 7: ônibus versus ônibus versus moto

RJTV 2ª Edição – 21/09/2009

Acidente no Jardim Botânico deixa seis pessoas feridas e engarrafa o trânsito

A batida aconteceu na esquina com a Rua Maria Angélica, quando um ônibus atingiu outro coletivo e um motociclista.



Seis pessoas ficaram feridas em um acidente entre uma moto e dois ônibus na Rua Jardim Botânico, na manhã desta segunda-feira (21).

A batida aconteceu na esquina com a Rua Maria Angélica. Segundo testemunhas, um ônibus da linha 409 (Saens Peña-Horto), derrapou depois de frear, atingindo a moto e um outro ônibus da linha 172 (Rodoviária-Leblon).

O motociclista Felipe Carvalho Matos, de 22 anos, foi internado em estado grave no hospital Miguel Couto. Cinco passageiros dos ônibus ficaram feridos. A Rua Jardim Botânico chegou a ficar interditada.

Reportagem 7. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Mesmo ocorrendo um acidente com potencial de gravidade, as consequências podem ser suavizadas pelos fatores cinéticos diminuídos como a velocidade dos veículos, tempo de frenagem, condições do asfalto e condições climáticas.

O evento acima classificado como AMV tipo um (1) deve ser isento de influências dos critérios de atendimento e avaliação de gravidade, sendo necessário lembrar que o que chama a atenção no trauma são sinais de deformidade e sangramento. No entanto, o que leva ao óbito com maior frequência são as lesões internas, observadas de forma macroscópica no primeiro momento do atendimento.

OUTUBRO

No mês de outubro, foi registrado o maior número de eventos com AMV noticiados, totalizando 9 (nove), onde percebemos além dos acidentes de trânsito com automóveis e ônibus, o aparecimento dos fenômenos de acidente aéreo e incêndio, promovendo vítimas de AMV.

Evento 8: auto versus anteparo

Bom Dia Rio – 12/10/2009

Acidente deixa cinco mortos na Avenida Brasil

O carro onde estavam dois casais e duas crianças bateu em um poste, na altura de Santíssimo.



No Rio, cinco pessoas morreram, no último domingo de madrugada, em um acidente na Avenida Brasil.

O carro onde estavam dois casais e duas crianças bateu em um poste, na altura de Santíssimo. O veículo chegou a pegar fogo, mas testemunhas conseguiram controlar o incêndio e salvar um menino de 6 anos. Ele foi levado com ferimentos leves para o Hospital Rocha Faria, em Campo Grande.

Enquanto a pista estava interditada para limpeza, um outro carro bateu no caminhão da Comlurb. O motorista foi hospitalizado, mas não corre risco de morrer.

A equipe de reportagem procurou a Comlurb para saber se o caminhão estava devidamente sinalizado, mas não conseguiu contato, no último domingo e vão continuar tentando para levar uma resposta no RJTV primeira edição.

Reportagem 8. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Cruzando os dados dessa reportagem, com a notícia acima, se pode considerar um desastre de forma maximizada, pois ele deve ser classificado como AMV tipo um (1), causador de um evento onde as vítimas nem chegam aos hospitais, já que a violência da cinemática é tão intensa que promovem lesões incompatíveis com a vida.

A notícia é mais um triste retrato da violência do trânsito na cidade do Rio de Janeiro, onde o maior desastre é o luto dos familiares e a perda de pessoas jovens em fase produtiva para a sociedade. Lembrando que este fenômeno pode ser evitado ou minimizado em suas consequências.

Evento 9: *ônibus versus ônibus*

RJTV 2ª Edição – 13/10/2009

Acidentes atrapalham trânsito do Rio

No mais grave deles, três ônibus bateram na pista seletiva da Avenida Brasil e mais de 30 pessoas ficaram feridas.



Dois acidentes atrapalharam o trânsito pela manhã no Rio. No mais grave deles, três ônibus bateram na pista seletiva da Avenida Brasil. Foi no sentido Centro, na altura da Penha. Mais de 30 pessoas ficaram feridas e foram levadas para três hospitais. Um longo engarrafamento se formou na Avenida Brasil, até o acesso a via Dutra.

Reportagem 9. Coleta de dados virtual Fonte: www.globo.com/rjtv

A proporção de um fenômeno de desastres não pode ser medida, ela pode ser prevenida, com isso os acidentes tipo três (3), como o da reportagem acima, podem promover várias vítimas de cinemáticas diferentes.

A história do trauma é fundamental como ferramenta da anamnese, pois a posição da vítima no interior do veículo e em que veículo esta estava, ajuda na investigação do trauma e conseqüentemente, nos cuidados prestados.

Nas colisões chamadas de “engarrafamento”, as vítimas que se encontram no meio do acidente, geralmente são as que mais sofrem, pois são afetadas por um duplo impacto.

Primeiro, uma colisão traseira que impulsiona todos para trás e com a mesma velocidade, devolve ao indivíduo a posição inicial, promovendo o que é chamado de movimento em “chicote”.

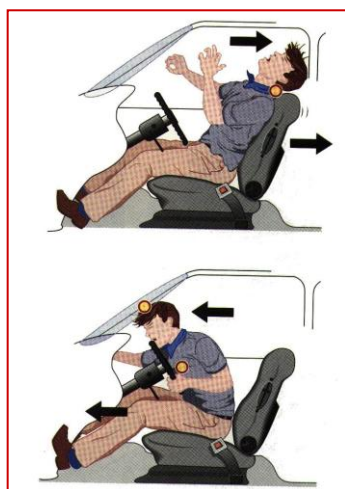


Imagem 22 - Colisão Traseira



Imagem 23 - Colisão Frontal

Imagens extraídas do livro PHTLS (2004)

Logo em seguida esse veículo colide de forma frontal com outro que está a sua frente, fazendo o movimento inverso do descrito como colisão traseira. Neste caso, no acidente frontal, a vítima é projetada violentamente para frente e volta brutalmente à posição inicial, movimentando todo o esqueleto axial e apendicular.

Como podemos perceber, as vítimas do interior do veículo do meio sofrem cinemáticas diferenciadas com lesões potencialmente mais graves.

Evento 10: Queda de helicóptero

RJTV 1ª Edição – 17/10/2009

Helicóptero da PM é atingido no ar por bandidos e pega fogo

O piloto tentou fazer um pouso de emergência, mas a aeronave caiu. Dois policiais morreram na queda.



Os moradores foram acordados de madrugada por causa de um intenso tiroteio no Morro dos Macacos. Durante a operação, um helicóptero da Polícia Militar foi atingido por tiros e caiu perto do Túnel Noel Rosa.

A aeronave dava apoio ao resgate do corpo de dois policiais que foram feridos no confronto, no alto do morro.

Segundo a polícia, a aeronave foi atingida por tiros e pegou fogo. O piloto tentou fazer um pouso de emergência e seguiu para a Vila Olímpica de Sampaio, onde o helicóptero caiu. Quatro policiais, atiradores de elite da polícia estavam na aeronave.

Dois morreram na queda, outros dois sofreram queimaduras graves. O helicóptero da polícia caiu dentro da Vila Olímpica de Sampaio. O piloto da aeronave teve ferimentos leves.

Os repórteres Vilson Ferreira e Ana Paula Santos, que acompanhavam a operação, seguiram para o local do acidente e registraram o resgate. Veja em vídeo.

No começo da manhã o tiroteio era intenso no Morro dos Macacos. Viaturas chegavam a todo momento para dar reforço aos policiais. O carro blindado da PM subiu o morro. Em um dos acessos da favela, na Rua Visconde de Santa Isabel, o trânsito ficou interditado. Pneus queimavam no meio da via.

Assustados, muitos motoristas voltavam de marcha a ré. Por cerca de uma hora, os ônibus que passavam em frente à favela desviaram o trajeto entrando em ruas próximas. Os policiais apagaram o fogo em seguida, mas ainda assim poucos motoristas passavam pelo local.

Segundo informações da polícia, traficantes do Jacarezinho e de Manguinhos se reuniram com bandidos do Morro São João para invadir o Morro dos Macacos. A tiroteio entre facções rivais começou a 1h.

Moradores esperaram por horas até que pudessem subir a favela. No meio da confusão, um carro da polícia foi atingido por pedradas. Os policiais usaram spray de pimenta para dispersar um início de tumulto. Segundo a polícia, até o começo da manhã, três bandidos que seriam do Morro São João morreram.

Um prédio que fica em frente à comunidade está marcado por vários tiros. Um morador que se mudou a pouco tempo para um apartamento que fica de frente para a rua acordou assustado: "Nós que estamos pagando e não temos a ver com isso", diz.

Reportagem 10: Coleta de dados virtual

/Fonte: www.globo.com/rjtv

A violência urbana de uma grande metrópole pode promover eventos inconcebíveis até para o mais atento pesquisador de problemas sociais.

Quando iríamos imaginar que um helicóptero da Polícia Militar, seria abatido por bandidos em plena área metropolitana.

O fato é que isso ocorreu 15 (quinze) dias após a cidade do Rio de Janeiro ter sido escolhida para um evento mundial que é a oportunidade de sediar os jogos olímpicos em 2016.

Os aspectos segurança, saúde e transporte fazem parte das maiores preocupações e recomendações do Comitê Olímpico Internacional (COI), e um fato como este, que promove um AMV tipo 1 (um), com duas mortes e quatro feridos,

ocasionado pelo fenômeno acidente aéreo, também traz a preocupação para o terrorismo, que pode proporcionar numerosas vítimas, vide fatos como o acidente em Nova Iorque, nos Estados Unidos com o World Trade Center (11/09/03), explosão de um trem em Madrid, na Espanha (11/03/04) e um atentado em uma embaixada em Roma, na Itália (01/06/07).

Mais um evento que mostra a necessidade da investigação de planejamento e preparação para AMV, de acordo com o crescimento e oportunidade de uma metrópole.

Evento 11: ônibus versus ônibus

Bom Dia Rio – 19/10/2009

Acidente entre dois ônibus deixa 20 pessoas feridas em Petrópolis

Testemunhas disseram que as vítimas demoraram para serem atendidas porque faltaram ambulâncias para fazer o socorro.



Na região serrana do Rio, em Petrópolis, um acidente envolvendo dois ônibus deixou cerca de 20 pessoas feridas. Foi em uma das principais avenidas do centro da cidade, que chegou a ser interditada.

O ônibus que ia para o centro da cidade ficou desgovernado na entrada da curva, bateu em um poste e depois em uma árvore. O ônibus que vinha logo atrás e que estava lotado se chocou com o primeiro veículo. O motorista disse que não

conseguiu frear a tempo.

"Estava chovendo na pista quando me deparei do acidente não deu tempo de parar", diz o motorista Cláudio Rabelo.

O motorista do primeiro ônibus ficou preso nas ferragens. Cerca de 20 pessoas ficaram feridas. Os feridos foram levados para dois hospitais da cidade. Os moradores que estavam na hora do acidente, disse que as vítimas demoraram para serem atendidas porque faltaram ambulâncias para fazer o socorro.

"Algumas pessoas foram socorrida em carros de passeio. Algumas ficaram algum tempo esperando até acabar o socorro do motorista que estava preso nas ferragens para ter o resto do resgate", fala a professora Mônica Oliveira.

A Avenida Barão do Rio Branco ficou interrompida no sentido centro da cidade. A pista em direção aos distritos ficou em duas mãos. O presidente da associação de moradores acredita que acidentes como esses poderiam ser evitados com melhorias na sinalização e no asfalto.

"As curvas da Barão do Rio Branco puxam para dentro do Rio. Teriam que ser feitas várias modificações que a associação vem brigando e não tem uma resposta do poder público", denuncia o presidente.

A Companhia Petropolitana de Trânsito e Transportes disse que vai mandar uma equipe técnica para fazer uma avaliação da pista. Os feridos foram medicados e liberados em seguida. Apenas uma pessoa permanece em observação no Hospital Santa Teresa.

Sobre a reclamação na demora do atendimento, o corpo de bombeiros de Petrópolis negou o problema e informou que tem apenas duas UTIs móveis, e que uma delas estaria atendendo a uma outra ocorrência.

Reportagem 11. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Na análise de eventos em que envolvem múltiplas vítimas, o homem sempre apresenta uma parcela de responsabilidade na ocorrência dos acidentes, segundo Castro (2002).

Com base nesta afirmação, pode-se comprovar esta tese com os registros dos eventos de AMV, os quais mostram que uma rodovia construída indevidamente por mau planejamento, sinalização do trânsito inadequada, falta de rigor na

manutenção e conservação de veículos de transporte, negligência do condutor, ou seja, imprudência ou imperícia em menos um destes fatores ocasionará um acidente, e as proporções serão as mais graves se houver um somatório de todos os fatores.

Com isso, observamos mais um AMV tipo 2 (dois) ocorrido na região serrana, na cidade de Petrópolis, uma cidade não planejada e sim adaptada pelo grande crescimento nos últimos anos, semelhantes aos bairros e comunidades do município do Rio de Janeiro.

Uma das manchetes desta notícia se refere à demora na chegada dos recursos pré-hospitalares.

O que nos remete a um atraso de atendimento das vítimas ao hospital e uma possibilidade de inadequação de transporte, feito por populares.

Evento 12: Incêndio

RJTV 2ª Edição – 20/10/2009

Niterói: feridos em incêndio em loja de pneus estão em estado grave

Uma pessoa ficaram feridas uma loja de



morreu e quatro em um incêndio em pneus, em Niterói.

A loja fica na Rua Barão do Amazonas, no Centro. Uma das pistas foi interditada e

o trânsito ficou confuso.

Bombeiros de três quartéis controlaram as chamas, que destruíram parte das instalações. O local foi interditado. A perícia vai investigar o que provocou o incêndio.

Os feridos permanecem internados. Segundo os médicos, o estado de saúde de três das vítimas é considerado grave.

Reportagem 12. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Outro evento fora da cidade do Rio de Janeiro, com o fenômeno incêndio apresentando-se em situações de múltiplas vítimas.

Trata-se de um AMV tipo 1 (um), com uma gravidade bastante singular, pois a cinemática envolvida é o calor, e a consequência disso, são as lesões de queimaduras.

Quando ocorre o fenômeno incêndio devemos lembrar que as queimaduras não lesam somente a pele por contato direto ou indireto de agentes de calor.

No incêndio, ocorre a combustão de vários elementos, e a possibilidade de toxicidade é imensa. Conforme a notícia analisada, o evento ocorreu em uma loja de pneus, onde havia elementos químicos e inorgânicos podem promover uma intoxicação em quem se encontra em um espaço confinado ou pouco ventilado.

Além disso, a fumaça produzida é um ar aquecido e a inalação de um ar quente provoca queimaduras em vias aéreas superiores levando a um potencial de gravidade que deve ser bem avaliado.

Pelo método de avaliação START, toda vítima que anda, é uma vítima de pequena gravidade classificada como verde, porém na cinemática acima, podemos ter uma vítima que anda, está intoxicada e com grave dispnéia.

Essa vítima apesar de deambular, não é verde e sim vermelha pela dificuldade respiratória. Seu tratamento é clínico e não traumático.

Evento 13 *ônibus versus ônibus*

Bom Dia Rio – 27/10/2009

Acidente entre ônibus deixa 75 feridos na Avenida da Américas

As vítimas foram distribuídas entre cinco hospitais. Os casos mais graves foram encaminhados para o Hospital Miguel Couto.



Setenta e cinco pessoas ficaram feridas em um acidente com dois ônibus na Avenida das Américas, em Barra de Guaratiba. As vítimas foram distribuídas entre cinco hospitais. Os casos mais graves estão no Miguel Couto, no Leblon.

O acidente na Avenida das Américas foi perto do Centro Tecnológico do Exército, em Barra de Guaratiba.

"Foi muito rápido, quando eu vi o ônibus já estava entrando dentro do outro. Foi a coisa mais horrível que eu já vi na minha vida", conta uma mulher.

Vítimas atendidas no Lourenço Jorge disseram que o acidente aconteceu quando o motorista do ônibus que seguia para Sepetiba foi desviar de um carro e aí acabou batendo no ônibus que vinha pelo sentido contrário.

"O motorista estava vindo, aí o carro foi fazer ultrapassagem, ele foi desviar e bateu em outro ônibus. Eu estava em pé, aí vi o acidente. Foi uma confusão gente tentando derrubar janela, foi o maior pânico", conta uma testemunha.

Quarenta e cinco feridos foram levados em um ônibus para o Hospital Lourenço Jorge, com o acompanhamento de dois bombeiros. Segundo informações do hospital, as vítimas tiveram ferimentos leves.

"Chegou a falar que tinha socorro, mas tinha muita gente daí trouxeram os feridos de ônibus", diz Natalia Guedes, parente de uma das vítimas.

Pelo menos dois feridos chegaram de helicóptero até a Lagoa para serem levados ao Hospital Miguel Couto. Quatro foram socorridos na unidade. Três vítimas foram para o Rocha Faria, incluindo um dos motoristas que teve traumatismo craniano. Os outros feridos seguiram para os hospitais Pedro II e Souza Aguiar.

Depois do acidente, motoristas enfrentaram mais de duas horas de engarrafamento na Avenida das Américas.

Dos quatro feridos graves, dois passaram por cirurgia e estão internados e os outros dois já foram liberados.

Reportagem 13. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

O acidente descrito foi o mais numeroso em quantidade de vítimas de uma mesma cinemática, perdendo somente para o quantitativo de vítimas clínicas de uma enchente no mês de novembro.

Somente a análise dos fatores imprudência, negligência e quiçá imperícia, podem justificar o ocorrido neste acidente.

Sugiro que seja analisado o vídeo que está anexado no CD desta dissertação ou entrar na URL pela internet (endereço eletrônico) e ver a cinemática do sinistro e as várias possibilidades de acidentes que poderiam ter ocorrido após o evento.

Classificar como um evento tipo 3 (três), é mera formalidade, pois um evento com 75 (setenta e cinco) pessoas, considerando que estamos falando de uma colisão com dois ônibus, nos faz questionar a superlotação destes veículos, a velocidade dos mesmos e o desrespeito à sinalização de trânsito efetuado pelos motoristas dos coletivos.

O vídeo foi captado por uma câmera da Companhia de Engenharia de Tráfego da Cidade do Rio de Janeiro (CET-RIO) que monitora justamente o local do acidente, em um dos trechos da Avenida das Américas, que já é infelizmente fornecedora frequente de estatísticas de acidentes de trânsito.

Percebemos que os eventos com os ônibus passam a ser uma constante na coleta de dados, e fornecedora de AMVs.

Saber como cuidar é extremamente importante e indiscutivelmente devemos aperfeiçoar o conhecimento de enfermagem e de saúde em lesões traumáticas, porém a maior contribuição é na prevenção, ou seja, evitar que ocorram cenas como as que tomamos conhecimento neste estudo.

Com visão de futuro, faz parte de um planejamento a contribuição para a redução dos acidentes de trânsito e com um foco mais relevante, aos acidentes de ônibus, conforme resultado desta pesquisa.

Entretanto, ao discutir uma colisão entre dois ônibus, o que resultou em 75 (setenta e cinco) vítimas, como transportar essa cinemática para outros meios de transporte na cidade do Rio de Janeiro como barcas, trem e metrô, torna-se impossível estimar o quantitativo de vítimas.

De acordo com minha experiência pré-hospitalar pelo Corpo de Bombeiros, no qual estive presente no atendimento a uma colisão entre duas barcas com mais de 150 (cento e cinquenta) vítimas na Baía de Guanabara, local que divide por mar a cidade do Rio de Janeiro da cidade de Niterói, posso garantir, que se não houvesse o preparo da minha corporação, teríamos obtido insucesso no que nos propomos atender, felizmente com saldo positivo.

Evento 14: *Incêndio*

RJTV 1ª Edição – 28/10/2009

Incêndio em hospital de Copacabana faz pacientes serem transferidos

Um curto circuito em um gerador causou um incêndio no Hospital São Lucas. O fogo atingiu o lado de fora do prédio, mas assustou pacientes e funcionários que estavam no terceiro andar.



Um curto circuito em um gerador causou um incêndio no Hospital São Lucas, em Copacabana, na manhã desta quarta-feira (28). O fogo atingiu o lado de fora do prédio, mas assustou pacientes e funcionários que estavam no terceiro andar da unidade. Parte do hospital ficou sem luz e oito pacientes precisaram ser transferidos. Três funcionários tiveram intoxicação causada pela fumaça, foram atendidos e já estão fora de perigo.

Reportagem 14. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Mais um evento de incêndio aparece na análise, porém temos outra particularidade de evento a ser estudada. Esse incêndio ocorreu em um hospital. Sabemos que o hospital é o destino final de vítimas e não é comum ser cenário de acidentes.

Como todo projeto está sujeito a planejamentos arquitetônicos e cálculos de engenharia não apropriados, o risco existe para o que se pretende ser um estabelecimento de saúde.

Nesse sentido, encontramos no estudo de **Hospitais Seguros**, uma preocupação e recomendação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

No referido estudo, de acordo com o manual publicado pela OPAS (2007), intitulado “*¿Su hospital es seguro? Preguntas y respuestas para el personal de salud*”, entende-se por **Hospital Seguro**, um estabelecimento de saúde cujos serviços permanecem acessíveis e funcionam com sua capacidade máxima instalada numa mesma infraestrutura, imediatamente depois de um fenômeno de desastre de grande intensidade; isto implica na estabilidade da estrutura, da disponibilidade permanente de serviços básicos e da organização interior da unidade de saúde.

Como percebemos na reportagem, oito pacientes precisaram ser removidos da unidade hospitalar, contrariando o conceito da OPAS.

Evento 15: *ônibus versus anteparo*

Bom Dia Rio – 30/10/2009

Ônibus bate em poste na saída do Túnel Novo e deixa 25 pessoas feridas

Após a batida, o ônibus, que levava cerca de 40 passageiros, rodou na pista e parou na contra mão. Vítimas tiveram ferimentos leves.



Cerca de 25 pessoas ficaram feridas em um acidente na saída do Túnel Novo, em Copacabana, no fim da noite passada. Um ônibus, que levava cerca de 40 passageiros, bateu em um poste, rodou na pista e parou na contra mão. Segundo a PM, as vítimas tiveram ferimentos leves. Ainda não há informações sobre o que provocou o acidente. Alguns dos feridos prestaram depoimento na delegacia do bairro

Reportagem 15. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Outro novo acidente de ônibus ocorrido em outubro, desta vez uma colisão entre um ônibus e um anteparo resultou em 40 (quarenta) vítimas que estavam no coletivo, dentre as quais, vinte e cinco ficaram feridas.

Um importante fator na ocorrência de acidentes de trânsito são as condições climáticas, o que pode ser comprovado pela foto da reportagem e pelo vídeo assistido, o qual mostra que a pista estava molhada, o que a torna “escorregadia”, levando a “derrapagem” de um veículo.

Para que haja um acidente, o veículo não necessariamente precisa estar em alta velocidade, bastam apenas algumas condições como distração do condutor, sistema de freio não revisado e o mais comum, pneus gastos, mais popularmente chamados de “pneus careca”,.

Num outro caso, num ônibus com 40 (quarenta) passageiros embarcados onde fatalmente alguns estariam em pé e outros sentados, sem segurarem o balaústre dianteiro e sem cinto de segurança, uma vez que os ônibus da cidade do Rio de Janeiro não possuem cinto de segurança, obteve-se uma cinemática com repercussão diferenciada para as vítimas, levando a 25 (vinte e cinco) feridos, representando 62,5% de pessoas vítimas deste AMV.

Evento 16: *capotamento de auto*

RJTV 1ª Edição – 31/10/2009

Acidente grave na Washington Luís

A batida aconteceu às 4h deste sábado (31). Um carro com cinco pessoas capotou na pista sentido Rio.



Um casal morreu na hora e um rapaz morreu no hospital. Outras duas pessoas feridas foram atendidas e tiveram alta.

Reportagem 16. Coleta de dados virtual/

Fonte: www.globo.com/rjtv

Fechando o mês de outubro, mais uma triste estatística de acidente de trânsito ceifou duas vidas, e promoveu 3 (três) feridos, um AMV tipo 1 (um).

Outro AMV foi registrado em uma rodovia de grande circulação, a Washington Luís, que liga a Zona Norte do município do Rio de Janeiro à Baixada Fluminense, onde o excesso de velocidade infelizmente é um causador dos sinistros. Volto a ressaltar a importância da habilidade e conhecimentos técnico-científicos específicos novos ou renovados no cuidado a vítimas de trauma, para reduzir as perdas para a sociedade.

NOVEMBRO

O mês de novembro promoveu 7 (sete) eventos de AMV, entre eles um fenômeno de explosão de causa diferente do que a que apresentamos anteriormente; percebeu-se fenômenos naturais ocasionados pelas chuvas como deslizamento e enchente e a continuidade das colisões de ônibus.

Evento 17: *Explosão*

RJTV 1ª Edição – 06/11/2009

Bombeiros vistoriam o apartamento onde houve explosão em Ipanema

O estouro foi tão forte que o chão da cozinha cedeu e foi parar na garagem, sobre um carro. Cinco pessoas ficaram feridas. Veja dicas de como evitar acidentes envolvendo gás.



Uma equipe do Corpo de Bombeiros faz, no início desta tarde uma inspeção no apartamento que explodiu na quinta-feira (5) à noite, em Ipanema. Na hora da explosão havia uma festa. Os moradores tomaram um grande susto. Cinco pessoas tiveram ferimentos leves.

Era para ser uma noite de festa. Cerca de 40 pessoas comemoravam um aniversário, em um apartamento do primeiro andar, quando de repente, houve a explosão.

"Explosão, barulho e vidros quebrando, então nós saímos correndo. Nós vimos chamas na cozinha e gritamos na janela para chamar bombeiros, a partir daí, todo mundo começou a se acalmar porque o fogo se acabou e fomos socorrer as pessoas feridas", narra uma das convidadas.

O estouro foi tão forte que o chão da cozinha cedeu e foi parar na garagem, sobre um carro. Cinco pessoas ficaram feridas, três homens e duas mulheres. Os convidados tiveram que descer às pressas, e logo depois todos os moradores do prédio foram retirados pelos bombeiros.

Os feridos foram levados para a ambulância, segundo os bombeiros, nenhum com gravidade. O edifício fica na esquina das ruas Prudente de Moraes e Garcia Dávila, em um dos trechos mais movimentados de Ipanema. A calçada foi interditada e dois caminhões dos bombeiros foram usados na operação.

"Segundo o morador, estavam fazendo salgadinho para a festa da esposa dele e quando foram ligar o fogão, aconteceu a explosão", explica o tenente Martinez do Corpo de Bombeiros.

Risco de vazamento, problemas no fogão, no aquecedor: não tem quem não se preocupe com gás dentro de casa. Saber exatamente o que aconteceu nesse caso de Ipanema pode ser importante para todo mundo.

A Defesa Civil fechou o gás de todo o edifício e interditou o apartamento onde houve o acidente, a garagem e a área embaixo do apartamento.

O porteiro contou nesta manhã, com detalhes o que aconteceu na quinta-feira (5) à noite.

"Na hora do acidente eu estava em casa, escutei a explosão. Quando eu sai, muita poeira, gente gritando e pedindo socorro. O entulho caiu sobre o carro do morador do apartamento 102. Vi uma pessoa no meio entulho presa, então ajudei a pessoa, afastei o pedaço de concreto para desprender as pernas dela. O morador falou que estava um princípio de incêndio na cozinha, eu peguei o extintor de incêndio da casa de máquina dos elevadores e apaguei o fogo. Nisso, um outro rapaz fechou o registro de todo o gás até a CEG chegar", narra o porteiro José Raimundo da Silva.

O corpo de bombeiros recomenda que todo encanamento de gás seja revisado por um técnico uma vez por ano e os aparelhos dentro do apartamento: fogão e aquecedor também sejam revisados. No caso de botijão de gás, a recomendação é de que ele fique fora da cozinha e que a mangueira seja trocada sempre dentro do prazo de validade.

O laudo da inspeção que está sendo feita pelos bombeiros, apontando as causas da explosão só deve ser divulgado dentro de 30 dias. A Companhia Estadual de Gás (CEG) acompanha a inspeção.

Várias são as causas dos acidentes com explosão, portanto devemos ter o conhecimento das possíveis cinemáticas pela presença de gás.

Sabemos que a utilização de gás, seja encanado ou por botijão, fazem parte do dia-a-dia do cidadão moderno, porém a manutenção do sistema e as medidas de prevenção para uma boa circulação de ar evitando que haja enclausuramento de gás, são formas de se evitar acidentes.

Quando acontece o fenômeno explosão, pode ocorrer inicialmente um grande deslocamento de ar, capaz de lesionar vísceras ocas; existe a projeção de objetos que são suspensos no ar e depois caem sobre a vítima e finalmente, dependendo da proximidade da vítima com o fator de explosão, ocorre a projeção da vítima ao solo, que pode levar a inúmeras lesões traumáticas.

No momento em que ocorre a explosão, a presença do elemento fogo e objetos aquecidos podem levar as lesões de queimadura de 1º, 2º e 3º, além das vias aéreas, portanto um fenômeno de potencial gravidade.

Vale ressaltar que o impacto da explosão fez ceder um pavimento do apartamento atingindo a garagem do edifício. Este evento produziu 5 (cinco) vítimas, proporcionando um AMV tipo 1 (um).

Evento 18: *ônibus versus anteparo*

RJTV 2ª Edição – 10/11/2009

Ônibus bate em coluna na Perimetral e congestionna Praça Quinze

Um acidente com um ônibus deixou o trânsito lento na manhã desta terça-feira, na pista de acesso ao mergulhão da Praça Quinze.



O ônibus da linha Praça Quinze – Vilar dos Teles bateu na coluna de sustentação do Elevado da Perimetral. O veículo foi atingido por uma van de turismo que não conseguiu frear a tempo, seis pessoas ficaram feridas levemente.

Reportagem 18. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

As colisões com ônibus se mostram como um problema de saúde, devido à incidência significativa de suas repetições.

Entende-se ser uma necessidade de priorização em estudos que envolvam a discussão de trauma e emergência, pois sua frequência e a formação de AMVs, já estão sedimentadas como fenômeno.

O evento acima é classificado como AMV tipo 1 (um).

Evento 19: *Enchente*

RJTV 1ª Edição – 12/11/2009

Tromba d'água provoca a morte de três pessoas em Nova Iguaçu

Uma barreira deslizou na Travessa Trajano. Os corpos das vítimas já foram encontrados. Há mais dois feridos que estão hospitalizados.



O RJ Móvel foi ao bairro Tinguá, em Nova Iguaçu, que foi totalmente abalado, atingido na noite de quarta-feira (11) por uma tromba d'água, uma forte chuva. Uma casa que fica na reserva biológica do Tinguá desmoronou. Três pessoas morreram e duas estão feridas.

"Primeiramente, é importante frisar que o que houve foi uma situação extraordinária, completamente excepcional, foi decorrente de uma intensa precipitação pluviométrica, que se abateu exclusivamente sobre o Tinguá e teve seu ápice por volta das 22h e catalisou, na verdade, dois tipo de desastre. O primeiro, uma enchente decorrente do transbordamento do rio Tinguá, que afetou toda a Rua Paraná, perdas materiais e danos. E o outro o deslizamento de uma barreira na Travessa Trajano onde houve, infelizmente, três vítimas fatais. Os corpos já foram encontrados e há outros dois feridos no hospital. Há cerca de 30 famílias desalojadas e desabrigadas que estão sendo cadastradas pelas equipes da prefeitura na Associação de Moradores de Tinguá e transferidas para a Escola Municipal Barão de Tinguá. É importante frisar também que toda a equipe da prefeitura, não só a Defesa Civil, está aqui com 100 homens, duas retroescavadeiras, uma pá mecânica, assistentes sociais e equipes de saúde para dar total assistência à população", afirma o coronel Paulo Renato Vaz, Comandante da Defesa Civil de Caxias.

Trata-se de um evento natural, só que desta vez com o fenômeno escorregamento, terminologia usada pela Defesa Civil, para designar o que popularmente chamamos de “deslizamento de terra”, esse evento foi seguido de um desabamento de residências.

Este AMV de tipo um (1) que resultou em três óbitos é um sinistro em que é difícil o socorro, pois as vítimas precisam não só de atendimento pré-hospitalar, mas de resgate.

Algumas variáveis devem ser levadas em consideração para o resgate: o tempo de acionamento do socorro; a chegada do socorro no local; as condições de segurança para efetuar o resgate e sinais de emissão de sons, ruídos ou qualquer outra forma de sinalizar que existe vida entre as possíveis vítimas.

Superado as variáveis acima, toda a cinemática nos leva a pensar em esmagamento, que leva a liberação da enzima CK Total na corrente sanguínea, consequência do esforço muscular que ocorre no esmagamento de músculos estriado esquelético, levando a uma falência renal, diagnosticada de rabdomiólise, que promove uma grave disfunção metabólica, levando ao óbito se não for corrigida a tempo.

As condições das vítimas também exercem influências nestas questões, como aquela que já apresenta alguma co-morbidade clínica, já que possui menos chances do que vítimas anteriormente hípidas.

Também deve se considerar as dificuldades respiratórias das vítimas, o que necessitará de suporte ventilatório imediatamente.

Evento 20: *Enchente*

RJTV 2ª Edição – 14/11/2009

Moradores enfrentam doenças depois de enchente na Baixada

No hospital de campanha montado em Belford Roxo, pessoas que tiveram contato com a água suja chega com sintomas de doenças. Quem tiver febre e feridas no corpo deve procurar atendimento médico.



Hora de recomeçar. O lindo dia de sol serviu para os moradores afetados pela enchente na Baixada voltarem para casa para contar o prejuízo. No hospital de campanha montado em Belford Roxo, muita gente que teve contato com a água suja chega com sintomas de doenças.

Durante todo o sábado foi grande o movimento no hospital de campanha montado no Ciep, em Belford Roxo. São crianças, adultos que tiveram contato com a água suja da enchente. Só na parte da manhã, 200 pessoas estavam em busca de ajuda.

No hospital, três médicos além dos enfermeiros atendem as pessoas. Macas foram espalhadas e, na parte de trás, são feitos os exames.

Quem precisa é encaminhado para a farmácia onde recebe medicamento e também para o posto de vacinação improvisado em uma sala do Ciep. "Quem tiver febre, feridas no corpo e teve contato com chuva deve procurar um médico", recomenda Alexandre Chippe.

Foram dois dias de muita chuva na Baixada. Ruas e avenidas viraram verdadeiros rios. O número de desabrigados e desalojados chega a quase 3 mil pessoas. Só hoje seu Roberto conseguiu entrar em casa em Duque de Caxias e encontrou uma imagem de destruição. Televisão, computador, colchões, roupas tudo ficou debaixo d'água. Nem as fotos da família escaparam.

Está-se diante de um fenômeno natural, as chuvas no estado do Rio de Janeiro são causadoras de grandes desastres.

Deve-se dar a devida atenção ao evento, ao invés de focar apenas os AMVs em trauma, já que se pode ter um evento com a magnitude das enchentes, nas quais os atendimentos como AMV não são priorizados.

Conforme mostra a reportagem foi montado um hospital de campanha, no município de Belford Roxo onde 200 (duzentas) pessoas foram procurar assistência, pois tiveram contato com água contaminada.

Quando se fala em desastres, é preciso dar o enfoque clínico a um fenômeno. Nesta abordagem de atendimento, embora não se disponha da velocidade necessária para alcançar o trauma, deve-se ter um planejamento preventivo para riscos de contaminação e infecção.

Ao ter contato com água contaminada, pode-se ter as patologias de Hepatite A e Leptospirose como grandes causadoras de doenças graves, que se não forem identificadas e tratadas adequadamente, levarão o indivíduo a morte.

Neste AMV, o qual pode ser classificado como tipo três (3), já houve discussões durante a construção desta dissertação, quando abordamos a Epidemia de Dengue e a Pandemia do H1N1 (Gripe Suína), no capítulo IV.

Parece que estamos mudando o foco da discussão e análise do tema, porém ao contrário do que pode parecer, estamos sedimentando a necessidade de ter um preparo e planejamento frente aos desastres, sejam estes traumáticos ou clínicos.

Evento 21. *Escorregamento de Terra*

RJTV 1ª Edição – 16/11/2009

Deslizamento de terra atinge carro e mata família na Rio-Teresópolis

Um homem, uma mulher e um bebê de 7 meses morreram soterrados pela terra. No Rio, as chuvas também causaram falta de luz e outros transtornos. Comente esta reportagem.



Um deslizamento de terra na Rio-Teresópolis atingiu dois carros e matou uma família. A estrada permanece interditada nos dois sentidos, porque há risco de novos deslizamentos.

Às 11h15, o Globocop sobrevoou a estrada Rio-Teresópolis. O primeiro deslizamento foi por volta das 22h de domingo (15), na altura do km 90, no Alto do Soberbo. Toneladas de terra e entulho invadiram as pistas. No momento, dois carros passavam pela estrada e foram soterrados. Um homem, uma mulher, e um bebê de 7 meses, que viajavam em um dos veículos, morreram. Duas pessoas conseguiram sair com vida. Uma delas é o engenheiro João Márcílio França Oliveira, que teve apenas ferimentos leves.

Ele contou que estava passando o fim de semana em Teresópolis, hospedado em um hotel e ontem à noite pegou a estrada, para voltar para a casa, no Rio. Foi quando foi surpreendido pelo deslizamento. No susto que levou, ele teve que tomar uma decisão: se saía do carro ou se permanecia. Ele decidiu sair e foi o que salvou a vida dele.

Pela manhã, por volta das 7h, houve mais um deslizamento na altura do km 84. Dezenas de bombeiros e funcionários da concessionária que administra a rodovia avaliam o risco de novos deslizamentos, mas o trabalho de remoção do material que invadiu as pistas já começou. Do alto, é possível ver que árvores, que foram arrancadas pela raiz, ainda estão na encosta e podem cair na estrada

No Rio, o carioca também enfrentou os transtornos do temporal dessa noite.

O temporal, que durou a noite toda, causou estragos em vários pontos da cidade. Ruas da Tijuca e do Maracanã ficaram inundadas. Na Avenida Brasil, o trânsito ficou lento por causa dos bolsões d'água. Alguns carros enguiçaram. Em um trecho, na altura da Fazenda Botafogo, faltou luz. Moradores da Lagoa também ficaram sem energia por mais de meia hora. A Light informou que uma ventania provocou a queda de galhos na rede. O motorista de um ônibus tentou evitar as poças, em Barros Filho, mas acabou atolado no canteiro. Em alguns rios, havia grande quantidade de lixo. Em um posto de gasolina, em Deodoro, muita gente esperava a chuva passar.

Durante a manhã, a equipe do RJTV encontrou vários moradores em Marechal Hermes fazendo a limpeza de calçadas. Na casa de Marilza Gomes, a água chegou a meio metro de altura e os dois carros que estavam estacionados na garagem ficaram alagados. "Tive que tirar a água com uma cumbuca de dentro dos carros, encher o carro de jornal para poder ir trabalhar", conta.

O padeiro estava indo trabalhar de carro quando o temporal começou. "A água ficou em cima do volante, queimou meu rádio, queimou todo o carro", relata.

Segundo o Instituto Nacional de Meteorologia, os lugares mais atingidos pela chuva foram Anchieta, Vila Militar e Irajá.

Reportagem 21. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Outro evento natural, que também ocorre pelo fenômeno escorregamento. Este AMV tipo um (1) ceifou uma família inteira, promovendo três óbitos por soterramento e somente duas vítimas escaparam com vida.

O instinto de sobrevivência foi algo que salvou as duas únicas vidas, no entendimento de luta e fuga disparado pelo sistema nervoso central, as vítimas que se encontravam soterradas conseguiram sair por meios próprios, uma vez que não haveria tempo hábil para chegada do socorro devido à localização do sinistro.

Evento 22. Ônibus versus anteparo

RJTV 2ª Edição – 28/11/2009

Ônibus bate em pilastra do Elevado da Perimetral e sete pessoas ficam feridas

O motorista e seis passageiros tiveram ferimentos, mas sem gravidade. O veículo ficou quatro horas atravessado na pista até ser rebocado.



Sete pessoas ficaram feridas em um acidente na Zona Portuária, na manhã deste sábado (28).

Um ônibus passava pela Avenida Rodrigues Alves, em direção ao Caju, quando bateu em um dos pilares de sustentação do Elevado da Perimetral. O motorista e seis passageiros tiveram ferimentos, mas sem gravidade.

O veículo ficou quatro horas atravessado na pista até ser rebocado, o que provocou um grande engarrafamento.

Reportagem 22. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Mais um AMV tipo 1 (um), ocasionado por uma colisão envolvendo ônibus. Devido à repetição do fenômeno e de suas possíveis causas já analisadas, passo para a avaliação do próximo AMV.

Evento 23: Ônibus versus anteparo

Bom Dia Rio – 30/11/2009

Ônibus bate em árvore na Praia do Flamengo e motorista morre na hora

O impacto foi tão violento, que a frente do ônibus foi destruída. Passageiros receberam primeiros socorros dos bombeiros ainda na calçada.



Um ônibus bateu de frente com uma árvore na Praia do Flamengo, neste domingo (29). O motorista morreu e mais de 30 passageiros ficaram feridos.

O acidente foi no início da manhã, na Avenida Infante Dom Henrique. O motorista do ônibus, que seguia para a Central do Brasil, perdeu o controle. Fernando Sales Garcia morreu no local. O impacto foi tão violento, que a frente do ônibus foi destruída.

Alguns passageiros receberam os primeiros socorros do Corpo de Bombeiros ainda na calçada. Depois foram levados para os hospitais Souza Aguiar e Miguel Couto. A pista em direção ao Centro foi interditada e o trânsito desviado em mão dupla no sentido contrário. O local só foi liberado no fim da manhã.

Reportagem 23. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

O mês de novembro fecha com outro grandioso AMV tipo 3 (três), sendo o fenômeno considerado acidente de trânsito presente nesta discussão e análise, provocada pela colisão de ônibus *versus* anteparo, com mais de 30 (trinta) vítimas.

Pela avaria percebida na foto, a imprudência do excesso de velocidade, pode ter sido um dos causadores do acidente.

DEZEMBRO

No mês de dezembro foram coletados 4 (quatro) AMVs até o dia 15/12/09. Foram observados eventos de fenômenos diferentes que aconteceram no mesmo dia e a acentuada presença dos acidentes de trânsito com o envolvimento do veículo ônibus.

Evento 24. *Ônibus versus ônibus*

RJTV 1ª Edição – 05/12/2009

Frente fria causa transtornos no Rio e na Região Metropolitana

Houve alagamentos, acidentes e apagões. Em pelo menos sete bairros do Rio, trechos ficaram sem energia.



Postes apagados e sinais de trânsito desligados deram muito trabalho para os

guardas municipais que tiveram que ir para as ruas tentar desfazer o nó na Avenida Maracanã. Foi o resultado da combinação excesso de carros de uma sexta-feira e mau tempo, que provocou pequenos apagões em diversas regiões do Rio.

Em pelo menos sete bairros, trechos ficaram sem energia. Na Zona Sul da cidade o bairro mais atingido foi Laranjeiras. Várias ruas, como a Almirante Salgado, ficaram completamente às escuras.

Segundo a Light, concessionária responsável pelo fornecimento de energia no Rio, nos pontos com falta de luz, houve o registro de chuvas fortes e ventos que derrubaram as redes.

Em Copacabana, na Rua Santa Clara, uma árvore caiu e arrebentou os fios. Os galhos atingiram carros. Moradores que passavam pelo local sofreram pequenos arranhões.

Ao longo de toda a sexta-feira (4), a chuva provocou transtornos e acidentes. No Cosme Velho, dois carros bateram de frente. Duas pessoas ficaram feridas e foram atendidas pelos bombeiros. A Polícia Militar teve que orientar os outros motoristas.

Mais cedo, a Avenida Brasil também havia sido interditada durante 20 minutos, por causa de uma batida. Dois ônibus se chocaram na pista seletiva. Cinquenta pessoas foram socorridas no local.

"Todo mundo ficou desesperado, todo mundo começou a chorar. Quando olhei para o lado estava todo mundo sangrando, foi um desespero grande", contou a estudante Joyce de Souza.

Reportagem 24. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Iniciamos dezembro de 2009 com a presença do evento natural chuva comprometendo o trânsito na cidade do Rio de Janeiro, e a Avenida Brasil, que liga a Zona Oeste ao Centro, é uma das vias de maior movimento na cidade..

Portanto, os registros do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) em 2008 indicam a via como a maior fornecedora de acidentes de trânsito, e sedimentando essa informação, analisamos mais um AMV tipo 3 (três), com cinquenta (50) pessoas envolvidas no acidente entre 2 (dois) ônibus, com pista molhada.

Percebemos a grande necessidade de distribuição tática dos feridos, quando 50 (cinquenta) vítimas de um AMV se dirigem para o mesmo hospital. Por isso, a necessidade de uma estratégia institucional para receber esse acontecimento.

Evento 25. Desabamento

RJTV 2ª Edição – 05/12/2009

Casarão no Centro do Rio desaba com seis pessoas na hora do acidente

O imóvel fica na Rua Carlos Sampaio e além de abrigar uma marcenaria, também é usado como residência. Um homem de 47 anos teve uma luxação no braço e foi levado para o hospital.

Parte de um casarão desabou essa tarde no centro do Rio. O imóvel fica na Rua Carlos Sampaio e além de abrigar uma marcenaria, também é usado como residência. Seis pessoas estavam no local na hora do desabamento. Um homem de 47 anos teve uma luxação no braço e foi levado para o hospital.

Reportagem 25. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Durante toda a coleta de dados não tivemos a oportunidade de analisar 2 (dois) AMVs que ocorreram no mesmo dia, em um mesmo município, porém essa informação apareceu no final da compilação das informações.

Já se obteve o registro de eventos em dias consecutivos, embora em municípios diferentes, porém, na mesma área geográfica e num mesmo dia, tal registro ainda não havia ocorrido .

No evento 24, a colisão de ônibus ocorreu na Avenida Brasil, na altura do bairro da Penha, no sentido Centro.

Houve o transporte de vítimas para os seguintes hospitais: Hospital Estadual Getúlio Vargas (Penha); Hospital Geral de Bonsucesso (Bonsucesso) e Hospital Municipal Souza Aguiar (Centro).

Outra análise interessante é que os hospitais envolvidos pertencem a esferas administrativas diferentes, sendo uma federal, estadual e municipal, mas todos são hospitais de referência para AMV.

O que é digno de registro é o fato de um evento ter acontecido de manhã e o outro à tarde como pode comprovar vendo a notícia da colisão de dois ônibus no Jornal RJTV 1ª edição e ter a informação de um colapso estrutural em uma residência, no centro do Rio de Janeiro, à tarde, conforme notícia do Jornal RJTV 2ª edição.

Colapso estrutural é uma nomenclatura técnica usada para o que popularmente chamamos de desabamento.

O evento desabamento não foi consequência de uma causa primária como, por exemplo, uma explosão, mas é o retrato da má conservação de imóveis que sofrem um desgaste natural devido a ação do tempo.

Trata-se de um AMV de tipo 1 (um), com característica de lesões traumáticas, devido a queda de estrutura de concreto em cima das vítimas. Não houve registro de aprisionamento das vítimas em escombros.

Tal fenômeno, porém, ocorreu no centro da cidade e as seis vítimas foram levadas para o Hospital Municipal Souza Aguiar que é um hospital geral que fica nessa região geográfica, além de cenário dessa pesquisa.

Percebemos que 2 (dois) fenômenos como colisão e desabamento, com vítimas de cinemáticas e gravidades diferenciadas podem chegar a uma mesma unidade hospitalar em momentos distintos e em um curto espaço de tempo.

Evento 26. Ônibus versus pedestre

RJTV 1ª Edição – 08/12/2009

Mulher morre em grave acidente na Avenida Ayrton Senna, na Barra

Cinco pessoas que estavam em uma calçada foram atropeladas na Avenida Ayrton Senna, por um ônibus da Viação Litoral, que faz o trajeto Rio das Pedras-Recreio. Uma morreu.



Maria Lúcia, de 54 anos, era moradora de Magalhães Bastos e trabalhava há mais de 20 anos como técnica de enfermagem.

Os feridos foram atendidos no Hospital Lourenço Jorge. O acidente aconteceu por volta de 8h. Segundo as primeiras informações, um micro-ônibus estava indo no sentido Barra da Tijuca. O motorista teria tentado parar no sinal, mas, por causa da pista molhada, acabou derrapando e subindo a calçada.

O impacto da batida derrubou o sinal e uma câmera para filmar os veículos.

O acidente foi bem em frente ao Hospital Lourenço Jorge. Uma mulher acabou morrendo. No início da tarde, três pessoas ainda estavam sendo atendidas e um homem, em estado grave, com traumatismo craniano, foi transferido para o Hospital Miguel Couto.

Testemunhas estavam prestando depoimento na delegacia da Barra no fim da manhã. O motorista prestou depoimento, mas a polícia não divulgou o conteúdo. Foi feita a perícia no ônibus.

Reportagem 26. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

Trata-se de outro acidente de trânsito com a participação de ônibus que promove um AMV de tipo 1 (um), só que desta vez com uma cinemática de atropelamento, envolvendo pedestres, pessoas que estavam paradas no ponto de ônibus e que foram atingidas.

Tais fatos levam a crer que a colisão de um veículo como ônibus atingindo pedestres promove uma cinemática absurda, considerando que uma das vítimas morreu no local do acidente.

O atropelamento é um das maiores causas de acidente de trânsito, segundo Canetti (2007), pois a vítima atingida por um veículo não apresenta qualquer

proteção para aliviar a cinemática, todo o impacto do acidente é absorvido pela esta, com consequências potencialmente graves.

Evento 27. Ônibus versus anteparo

RJTV 2ª Edição – 12/12/2009

Ônibus invade rampa de garagem de prédio em Laranjeiras

O motorista do ônibus disse que perdeu o freio e não conseguiu fazer a curva. O veículo subiu na mureta e foi parar na rampa da garagem do prédio.



Veja imagens de um acidente em Laranjeiras. O motorista do ônibus disse que perdeu o freio e não conseguiu fazer a curva. O veículo subiu na mureta e foi parar na rampa da garagem do prédio, na rua Pereira da Silva.

Seis passageiros ficaram levemente feridos. Uma moradora conta que estava saindo da garagem quando deu de cara com o ônibus.

Reportagem 27. Coleta de dados virtual

Fonte: www.globo.com/rjtv

A última etapa da coleta de dados trouxe com imagens fixas e móveis, um AMV tipo 1 (um) em uma colisão de ônibus *versus* anteparo. A presença dos ônibus envolvidos nos AMVs já caracteriza uma das sedimentações das informações encontradas neste estudo.

Embora a coleta tenha se encerrado na primeira quinzena do mês de dezembro, segue-se o registro de que ocorreram mais AMVs até o final do referido mês, e durante a análise dos dados, enquanto escrevia o final deste capítulo, ocorreram em janeiro de 2010, eventos de desabamento e enchentes devido às chuvas na cidade do Rio de Janeiro, além de deslizamento no município de Angra dos Reis, com poucos feridos e muitos mortos caracterizando um verdadeiro desastre.

Evento com múltiplas vítimas infelizmente são fenômenos que ocorrem no dia-a-dia em todas as partes do mundo, porém temos como evitá-los através de uma estratégia de prevenção, a de **planejamento**, com vistas a diminuir as consequências com a **preparação** de profissionais de saúde, frente a esta realidade, que no caso desta dissertação aborda o profissional de enfermagem.

Agora veremos através de gráficos, a compilação dos dados extraídos das discussões das notícias analisadas a partir de dados da *internet*.

Áreas geográficas dos acidentes

Observamos que 74% dos dados coletados via internet, aconteceram no município da cidade do Rio de Janeiro, sendo os demais municípios com a apresentação de um evento cada.

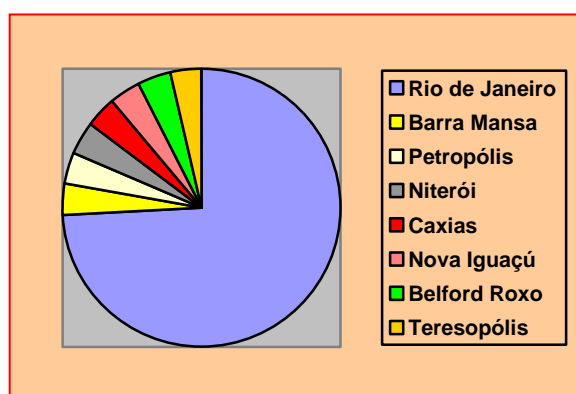


Gráfico 20. Análise geográfica dos AMVs nos municípios do estado do Rio de Janeiro em ago./dez. 2009

Se olharmos esses dados em regiões que dividem o estado do Rio de Janeiro, teremos o seguinte panorama, 74% dos acidentes ocorrem na região metropolitana I, seguido pelos registros na baixada fluminense, região serrana, metropolitana II e região sul fluminense.

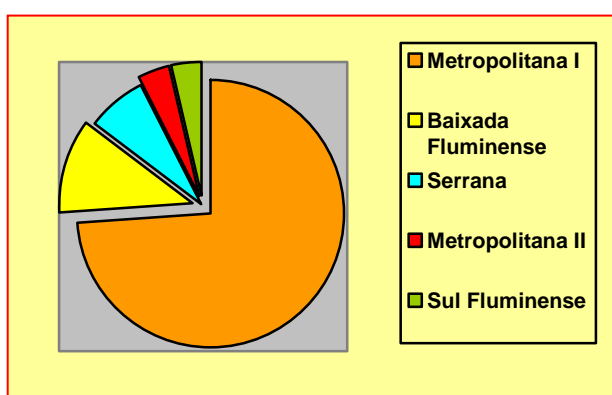


Gráfico 21. Análise geográfica dos AMVs por regiões ago/dez 2009

Quadro14. Percentual dos AMVs por regiões ago./dez. 2009

Regiões	Total	%
Região Metropolitana I	20	74%
Baixada Fluminense	3	11,2%
Região Serrana	2	7,4%
Região Metropolitana II	1	3,7%
Região Sul Fluminense	1	3,7%
Total	27	100%

Quando mostramos a grande incidência dos acidentes na região metropolitana I, dividimos a região por zonas geográficas a considerar: norte, sul, centro e oeste e obtivemos os seguintes resultados:

a) A maior incidência dos AMVs ocorreram na zona sul, representando 30% dos registros.

b) Existe um equilíbrio de acontecimentos entre as regiões, o que mostra que os AMVs estão presentes invariavelmente em toda região metropolitana I.

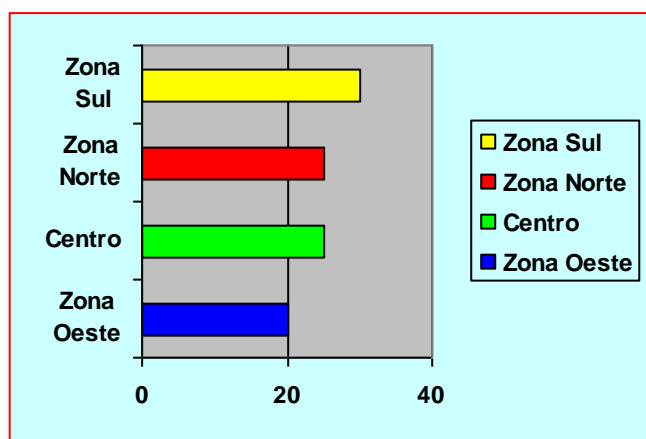


Gráfico 22. Análise geográfica dos AMVs por zonas metropolitanas do município do Rio de Janeiro ago/dez 2009

Quadro15. Percentual dos AMVs por zonas metropolitanas do município do Rio de Janeiro ago./dez. 2009

Rio de Janeiro	Total	%
Zona Sul	6	30%
Zona Norte	5	25%
Centro	5	25%
Zona Oeste	4	20%
Total	20	100%

Ao dividir o município do Rio de Janeiro por zonas, não temos a mesma precisão na visão e interpretação, quando fazemos por área programática (A.P.).

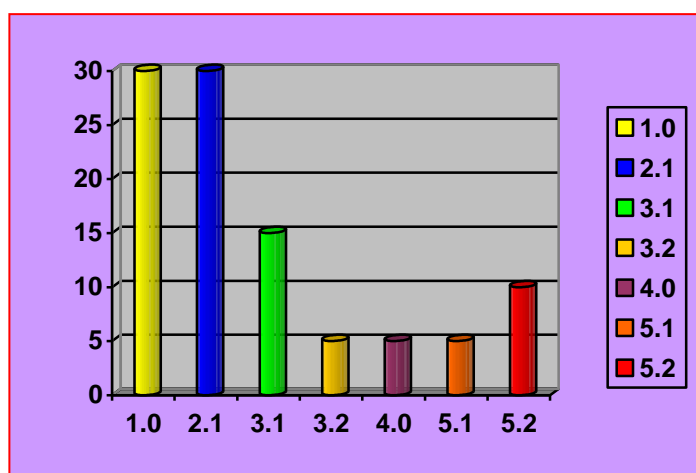


Gráfico. 23 – Análise geográfica dos AMVs por áreas programáticas do município do Rio de Janeiro Ago/Dez 2009

Percebemos que as áreas de maior ocorrência de AMVs são a AP 1.0 e A.P 2.1, que correspondem ao centro e zona sul respectivamente, com 30% de acidentes cada.

Existe uma distribuição de A.P entre bairros da zona oeste, pois elas são geograficamente muito grandes.

. Quadro 16. Percentual dos AMVs por áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. ago/dez2009

A.P.	Total	%
A.P. 1.0	6	30%
A.P. 2.1	6	30%
A.P. 3.1	3	15%
A.P. 3.2	1	5%
A.P. 4.0	1	5%
A.P. 5.1	1	5%
A.P. 5.2	2	10%
Total	20	100%

Entre os fenômenos pesquisados, encontramos 66,7% de acidentes de trânsito, ocorrendo um empate entre deslizamentos, incêndios e explosões, com 7,4% de incidência. Também foram registrados: desabamento, enchente e acidente aéreo que representam 3,7% dos fenômenos.

Quadro 17. Percentual dos fenômenos de AMVs ago /dez.2009

FENÔMENOS	TOTAIS
Ac. de Trânsito	66,7%
Explosão	7,4%
Incêndio	7,4%
Deslizamento	7,4%
Enchente	3,7%
Desabamento	3,7%
Aéreo	3,7%
Total	100%

Relacionado aos acidentes de trânsito, percebemos que foi significativa a presença do veículo ônibus no envolvimento dos AMVs, representando 83% dos fenômenos, conforme o quadro abaixo.

Quadro 18. Percentual dos acidentes de trânsito ago/dez 2009

AC. TRÂNSITO	%
Colisão de ônibus x ônibus	33,5%
Colisão de ônibus x anteparo	26,7%
Queda de ônibus	11,5%
Colisão de auto x anteparo	11,5%
Colisão de ônibus x caminhão	5,6%
Capotamento	5,6%
Atropelamento por ônibus	5,6%
Total	100%

Finalizando a análise, observa-se a maior incidência de AMVs tipo 1 (um), representando 59,2%, seguido do significativo registro dos AMVs tipo 3 (três), que são os mais numerosos em relação a quantidade de vítimas, com incidência de 33,3% e os AMVs tipo dois (2) com 7,5%.

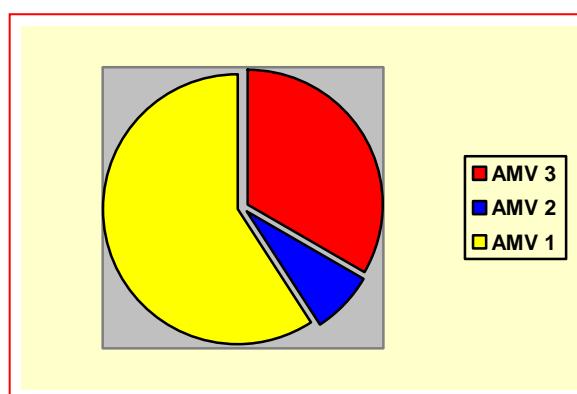


Gráfico 24. Análise dos Tipos de AMVs Ago/Dez 2009

Quadro 19. Percentual dos AMVs

Quantidade de AMV	Eventos	%
AMV 1	16	59,2%
AMV 2	2	7,5%
AMV 3	9	33,3%
Total	27	100%

Capítulo VII

Considerações Finais

Começo as minhas conclusões desta dissertação como se estivesse escrevendo um diário...

É estranho chegar ao final de um trabalho, tão longo, tão difícil e ao mesmo tempo ser tão recompensador.

Tenho a sensação de que poderia ter feito melhor, de desenvolver com mais propriedade uma literatura convincente para a comunidade acadêmica sobre a temática AMV, pois várias são as suas hipóteses.

Procurei descrever o preparo e planejamento do cuidado de enfermagem, para benefício da sociedade, pois assim se propõe uma dissertação feita em uma universidade pública, devolver à sociedade aquilo que ela investe em nós alunos.

Fico feliz com os resultados apresentados, pois contribuo com a enfermagem oferecendo mais uma vertente de discussão, um conhecimento novo na área de emergência.

Defender desastres/AMV em uma dissertação é deixar o fio do novelo para que outros amantes da emergência e do bem comum, na tentativa de reduzir as “desgraças” humanas causadas por acidentes, possam contribuir na construção de uma sociedade melhor.

Ser um dos pioneiros com esta temática na EEAN/UFRJ, junto com a Professora Maria José Coelho, minha orientadora, é motivo de orgulho e satisfação.

Poder amenizar o sofrimento e ajudar a salvar vidas daqueles que são vítimas de acidentes, para que retornem ao seio familiar e social, é de certa forma utopia, mas é o sonho de desejar que fique para vítima somente a memória do evento e o alívio do despertar de um grande pesadelo.

Neste momento, estou com a televisão ligada e é muito difícil escrever a conclusão desta dissertação, pois parece que ela não acaba, estou vendo as imagens do terremoto no Haiti.

Como Oficial do Corpo de Bombeiros vivenciar a angústia do possível embarque, aguardar as notícias dos amigos que estão em missão e perceber que durante todo o processo de pesquisa, falo sobre planejamento e preparação é muito conflitante com as minhas próprias convicções profissionais e pessoais.

Certo de que fiz discussões e alcancei resultados diferentes ao acontecido no Haiti, mesmo assim o estudo parece não terminar. A cada momento ironicamente, para o pesquisador, problemas que envolvem múltiplas vítimas acontecem em minha cidade e no mundo.

O ano de 2010 está ativo para aqueles que estudam ou trabalham em prol de uma redução de desastres, ficamos sem saber para onde racionalizar o pensamento e quais são as estratégias de atendimento diante de tantos eventos naturais, que parecem estar longe, porém chegam cada vez perto de nós.

No início do ano de 2010 tivemos um desastre natural no interior do estado do Rio de Janeiro, na cidade de Angra dos Reis, com proporções de perda de pessoas de formas terríveis.

Na primeira quinzena do mês de janeiro do corrente ano, também tivemos o terremoto no Haiti com 7 pontos na escala Richter, com conseqüências devastadoras para a o país.

As notícias que vieram de Porto Príncipe foram assustadoras, sendo necessária a solidariedade de vários países do mundo, somando forças de apoio humanitário internacional, entre eles o pioneirismo da participação do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro em missões fora do país, com a participação de dois oficiais do Grupamento de Socorro de Emergência.

Um deles o Cel BM Médico Marcelo Dominguez Canetti, um dos autores citados ao longo da dissertação e o Maj BM Médico Edson Gonçalves A. da Silva Júnior, atual Subcomandante Operacional do 1º GSE, meu superior imediato.

Motivo de orgulho para todos nós do 1º GSE.

Em minha função profissional, vivenciei a expectativa de ter que ir ao Haiti e neste mesmo dia, pela manhã, ocorreu uma colisão de um ônibus, no bairro Alto da Boa Vista / Rio de Janeiro, que invadiu uma casa e deixou quarenta pessoas feridas, fenômeno estudado e comprovado pela pesquisa, sendo os acidentes de ônibus, o maior fornecedor de vítimas de um AMV no estado do Rio de Janeiro.

Renovando os conceitos de situações inesperadas relacionados aos AMVs, no mesmo dia da narrativa do acidente anterior, a tarde, por volta de 15:00h, houve um novo acidente com múltiplas vítimas.

Um motorista de ônibus apresentou o que chamamos de “mal súbito”, ocasionado por um possível infarto agudo do miocárdio, fazendo com que ele perdesse o controle do ônibus e atropelou quatro pessoas, no Aterro do Flamengo / Rio de Janeiro. Contando com o motorista, foram cinco vítimas.

Tudo em um só dia...

Como é difícil fechar conclusões quanto aos fenômenos de AMV...

Comentário dos Resultados

Se for para discutir e analisar os dados obtidos, sem problemas, nunca ansiei tanto este momento, porém como é conflitante apresentar uma resposta para uma comunidade acadêmica, vivenciando AMVs, assistir aos telejornais, abrir a internet se os fenômenos não param de acontecer, por isso é difícil concluir, o certo é que precisamos fazer algo.

Partindo do objeto de estudo, que é o cuidado de enfermagem na sala de emergência, diante de um fenômeno que promova um acidente com múltiplas vítimas, a pesquisa atingiu os objetivos propostos, pois foram respondidos os objetivos e questões norteadoras.

Foi identificado que ocorre priorização nos casos de AMV, porém não com a ferramenta mundialmente preconizada que é a **TRIAGEM**, em seu lugar é usada a **classificação de riscos**, devido a influencia do que é preconizado pelo Humaniza SUS (2004).

Sobre o planejamento do cuidado de enfermagem à vítima de um AMV, identificou-se que não há diferença entre os critérios de avaliação e priorização de atendimento a vítima única do evento e àquela que vem de um evento coletivo.

A análise apontou que os cuidados de enfermagem são não padronizados em se tratando de AMV, eles dependem muito da experiência de cada profissional presente no plantão, o que foge dos discursos de preparo e planejamento da

unidade, que norteia uma sequência semiológica de atendimento de forma padronizada.

Foi constatado que há uma carência de capacitação técnico-científica sobre o assunto, devendo as coordenações institucionais, serem mais sensíveis aos indicadores que entram na emergência.

Percebemos que os AMVs que chegam à sala vermelha foram de origem traumática e que os acidentes automobilísticos alimentam essas estatísticas.

No que se refere aos acidentes de trânsito, de forma significativa, deparou-se com a incidência de acidentes com os transportes coletivos, em especial os ocorridos com ônibus.

Foram registrados e captados na mídia internet esses acidentes, e os mesmos revelaram um problema de ordem social e de saúde pública, pois temos variáveis de fenômenos com: colisão de ônibus *versus* ônibus; ônibus *versus* anteparo (poste, muro, árvore entre outros); ônibus *versus* moto; ônibus *versus* pedestre (atropelamento) e queda de ônibus.

Todos esses casos com várias vítimas, chegando aos hospitais de emergência, por meios próprios ou conduzidos pelo Corpo de Bombeiros, SAMU ou empresas de ambulâncias privadas.

Portanto, através da pesquisa estudamos os fenômenos de AMV, que chegam à sala vermelha. Além dos acidentes de trânsito, destacamos as queimaduras por incêndio ou explosão, deslizamento de terras, enchentes e até registro de acidente aeronáutico, com queda de um helicóptero.

Não podemos deixar de registrar que durante a construção desta dissertação, dois grandes eventos clínicos de origem infecciosa, transmitida por vetores e pelo próprio homem, necessitaram de uma abordagem a população baseada na doutrina de desastres/AMV, que foram: epidemia de dengue em 2008 e a pandemia de H1N1 – Influenza A em 2009, chamada popularmente de “Gripe Suína”.

Foram estabelecidas estratégias de atendimentos a vítimas de um AMV, porém clínico.

Talvez, uma das grandes contribuições da pesquisa é mudar os paradigmas em relação aos AMVs, pois percebemos com a dengue e a influenza-A, que um evento de múltiplas vítimas, não precisa ser necessariamente traumático.

A partir deste raciocínio, depreende-se que em casos de terrorismo, havendo contaminação de água e de alimentos, pode-se estar diante de um desastre com AMV.

Em casos de confinamento em um incêndio, podemos nos deparar com a intoxicação de várias pessoas pela inalação de monóxido de carbono e de outras substâncias, sem que haja qualquer injúria traumática, entre vários outros.

Portanto, estabelecer um padrão de atendimento independente do fenômeno de AMV foi a proposta desta dissertação defendida pela necessidade de preparo e planejamento, que vai do ambiente do cuidado até a capacitação dos profissionais de enfermagem, em especial a equipe de enfermagem.

Recomendações e Limitações da Pesquisa

Diante destes resultados, a pesquisa é clara ao defender a proposta da necessidade de planejamento e preparo dos cuidados de enfermagem para o AMV.

Com isso, algumas recomendações serão deixadas para a continuidade do estudo e para contribuir com o hospital-cenário, que abriu as suas portas para que pudéssemos estar perto dos fenômenos.

Iniciar um treinamento visando capacitar os profissionais de saúde que atuam no hospital de emergência é fundamental, para isso, ter uma metodologia voltada para o preparo e planejamento se faz necessária, para este curso devem ser considerados os seguintes tópicos:

- Abordar os AMVs clínicos e traumáticos;
- Contextualizar a contemporaneidade deste evento;
- Observar e analisar os fenômenos de AMV e em particular os acidentes de ônibus como principal problema do estado do RJ;
- Usar as ferramentas da sociologia (grupos sociais); geologia (ambiente); antropologia (homem) e psicologia (ligada ao desenvolvimento), como forma de entender as necessidades de cuidado;
- Preparar o local de recebimento de vítimas com objetivo de redução de morbi-mortalidade.

Também recomendamos que fossem analisadas as unidades de saúde que já possuem uma estratégia de cuidados diferenciados para AMV. Como exemplo, o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (Hospital de Saracuruna).

O referido hospital, por ficar às margens da rodovia Washington Luís, recebe muitos pacientes politraumatizados, com constante atendimento a múltiplas vítimas.

Foi feita uma medida simples, porém de grande valia para os casos de AMV. O hospital tem uma “preparação” pré-estabelecida.

No refeitório dos funcionários, que fica no andar térreo, foi instalada uma rede de gases com oxigênio, vácuo e ar comprimido, somado a uma rede elétrica apta a receber equipamentos para, em casos de desastres, transformarem o refeitório em uma grande sala de trauma, isto é, preparo a AMV.

Neste hospital existe um fluxo de prioridades, remanejamento de profissionais e planos de chamada em casos de AMV, realizando-se assim, um planejamento.

Devemos expandir e garantir a continuidade destas metodologias de cuidado.

Encerro este capítulo com recomendações de estudos ampliados para o AMV, de fenômenos que não participaram desta pesquisa como: cuidados em acidentes químicos, radiológicos e nucleares, abordagem a hospitais seguros, terrorismo e planejamento a grandes concentrações de público, como receberemos na cidade do Rio de Janeiro a conferir o calendário:

2011 – V Jogos Mundiais Militares

2013 – Copa das Confederações

2014- Copa do Mundo

2016 – XXXI Jogos Olímpicos

Curiosamente, abro o capítulo das considerações finais com o terremoto no Haiti e mais uma vez, estou diante da televisão e vejo as reportagens do “Fantástico” do dia 28/02/10 e me deparo com o terremoto no Chile, alerta de Tsunami no Japão e Havaí, ou seja, fecho a dissertação com mais um desastre, mais um AMV.

O estudo não para... É difícil concluir...

Deixo abaixo a notícia extraída do *site* do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), sobre a participação da corporação em missão no Haiti.

Fica aqui a minha homenagem aos meus Amigos, Parceiros e Heróis.

Bombeiros seguem com as buscas no Haiti

Publicado em 22/01/2010
Seção: Notícias do CBMERJ

A equipe composta por onze Oficiais e vinte Praças, que embarcou para o Haiti no último dia 14, continua trabalhando para encontrar sobreviventes do terremoto ocorrido no país. Os militares contam ainda com quatro cães farejadores, treinados para a localização de vítimas soterradas.

Como vários dias já se passaram desde a tragédia, as possibilidades de se encontrar sobreviventes são pequenas, haja vista que o organismo humano dificilmente suportaria muito tempo sem alimento e – principalmente - hidratação. É com base nesse raciocínio que o grupo está redefinindo sua estratégia. A partir de agora a equipe concentrará as buscas em supermercados, restaurantes e outras edificações onde as vítimas poderiam ter chance de obter água e alimento.

Sobre as condições de trabalho do grupo, o Comandante Geral do CBMERJ afirma que mesmo com a situação caótica do país, a logística montada para a operação é digna de muitos elogios:

- Mesmo com o grau de destruição que assola o país, a estrutura montada para acomodar as tropas brasileiras oferece perfeitas condições de higiene, repouso e alimentação. Estamos em contato direto com a equipe, que tem a sua frente um Coronel Médico com experiência em medicina de catástrofe e dois Tenentes-Coronéis especialistas em busca e salvamento. Podemos garantir que todos estão motivados e que suas necessidades estão sendo plenamente atendidas – garantiu o Coronel Pedro Marco.



Major Edson (com o capacete nº 13) e Cel Canetti (sem capacete)





REFERÊNCIAS

- ALARCÓN, N.G. Retos de enfermería para el nuevo milênio. In: Grupo de Cuidado. **Cuidado y Prática de Enfermería**. Bogotá: Universidad Nacional de Colômbia/Unibiblos, 2000.
- ALCÂNTARA, L. M. et al Enfermagem Operativa: Uma nova perspectiva para o cuidar em situações de “crash”, **Revista Latino Americana de Enfermagem**; 13 (3): 322-331, mai./jun., 2005.
- ASSAD, L. G.; VIANA, L.O. Saberes Práticos Na Formação do Enfermeiro, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.1, p.44-47, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Humanização – HumanizaSUS**, Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Portaria GM / MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança**. Secretaria de Vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2007. 28 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da influenza**. 1.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.32p.
- BROWN, P.H.D. **O fundador da cruz vermelha**. Sua compaixão salvou milhares de vidas. Grã-Bretanha, 1988.
- CANETTI, M.D.et al. **Manual Básico de Socorro de Emergência**. 2.ed.São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.37-45, out./dez. 2006.
- SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA CIVIL. **Manual de Medicina de Desastres**. CASTRO, A.L.C.;CALHEIROS, L.B. (Coords). Brasília, DF, 2002.
- CERTEAU, M. **Fundamentos de uma sociologia do cotidiano**. Sociabilidades. São Paulo, v.2, p.129-134, 2002.
- COELHO, M.J. **Os bastidores da assistência: o cliente em risco de vida e a enfermagem na emergência**. 1991. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

COELHO, M.J. **Cuidar/cuidando em enfermagem de emergência**: especificidade e aspectos distintos no cotidiano assistencial. Rio de Janeiro: Editora EEAN, 1997.

COELHO, M.J. **O Socorro, o Socorrido e o Socorrer**: Cuidar/Cuidados Enfermagem de Emergência Rio de Janeiro: Editora EEAN/UFRJ, 1997.

COELHO, M.J. et al. Emergência. **Revista Enfermagem Atual**, ano 5, n.25, jan. ./ fev., 2005.

COELHO, M.J. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.6, p.745-51, nov./dez.2006.

DIAS, C. **Pesquisa qualitativa** – características gerais e referências. 2006. Disponível em: <http://www.geocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf>. Acesso em: 8 set. 2009.

DIAS, R.S.L. **Anjos vermelhos**: histórias de bombeiros. 1 ed.Londrina: Ed.Amplexo, 2008.

ESPÍRITO SANTO, F.H.et al. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução do saber. **Revista de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.539-546, dez.2006.

FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA EM URGÊNCIAS Y EMERGÊNCIAS. Perfil profesional de la enfermería de urgencias. **Emergencias y Desastres**, Chihuahua, 2007.

FERNANDES, A.G. A atuação de enfermagem em um acidente industrial ampliado. **Revista Emergência**, Novo Hamburgo, n.1, p.40-46, jul.2006.

FERNANDES, R.T.P. **Protocolo de cuidados contínuos de enfermagem a politraumatizados na sala de emergência**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. 130p.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 1 ed.São Paulo: Editora Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

BRAZ FILHO, et al, Ações de combate ao dengue. **Relatório da Subsecretaria de Defesa Civil**, Rio de Janeiro, 2008.

FREITAS, C.M. et al, **Acidentes Industriais Ampliados**: Desafios e Perspectivas Para o Controle e a Prevenção: Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 2000.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.56, n.1, p.57-60, 2003.

GEORGE, J. B. **Teoria de Enfermagem**: Os Fundamentos Para a Prática Profissional. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2000.

GLEICK, J. **Caos**: A Criação de Uma Nova Ciência. Tradução de Waltensir Dutra. 4 ed, Rio de Janeiro: Editora Campus, 1991.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guía para la elaboración de planes hospitalarios de emergencia internos en Santafé de Bogotá D.C.** Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá (OPES). Santafé de Bogotá: Laboratorios Memphis, jul.1994.

HIGA, E.M.S. et al. **Guia de Medicina de Urgencia**. 1 ed.São Paulo: Editora Manole, 2004.

KANT, E.; BERTAGNOLI, **A Crítica da razão prática**. São Paulo: Edições e Publicações Brasil Editora S.A., 2004.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2008.315 p.

LEOPARDI, M.T. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis, NFR /UFSC: Editora Papa Livros, 1999.

LUDWIG, M.L.M.; BONILHA, A.L.L. O Contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.56, n.1, p.12-17, 2003.

LUNA, A.A. et al. Homicídios (ou extermínio?) de crianças e adolescentes: uma análise das reportagens veiculadas na mídia escrita em Fortaleza (CE). In: XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 1568.1, set.2008, Natal, **Anais...**, Natal, 2009.

MANTOVANI, M. **Suporte básico e avançado de vida no trauma** – Ligas de trauma. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MARTINS, P.P.S.; PRADO, M. L.; Enfermagem e Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar: Descaminhos e Perspectivas, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.56, n.1, p.71-75, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. **Manual de planeamiento hospitalario para emergencias**. Bogotá, 2007.

NICHIATA, L.Y.I.; et al. A Utilização do Conceito "Vulnerabilidade" Pela Enfermagem, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, set/out. 2008.

NORMAN E. M., et al. **PHTLS** – Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado, 6 ed. São Paulo: Editora Elsevier, 2004.

OLIVEIRA, B.F.M. et al. **Trauma atendimento pré hospitalar**.1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

OMAN, K.S. et al. **Segredos de enfermagem em emergencia: despostas necessárias ao dia a dia**. 1 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Accidentes químicos: aspectos relativos a la salud. **Guía para la preparación y respuesta**. Washington DC, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; **¿Su hospital es seguro?** Perguntas y respuestas para el personal de salud; Ecuador, 2007.

PLOTKOWSKI, L.M. Organização do socorro em acidentes com múltiplas vítimas. **Revista Brasileira de Emergência Pré Hospitalar e Medicina de Desastres**, v.2, n.2/3, abr./set.1995.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D.F. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Tradução Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

SÁNCHEZ, I.A. et al. Actuaciones de emergencia en catastrofes y desastres: primeros auxilios y triade. **Enfermería Científica**, n.256-257, p.9-14, 2003.

SANTOS, I; CLOS, A.C. Pesquisa quantitativa. In: GAUTHIER, J.A.M. et al. Pesquisa em enfermagem. Novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SILVA, RLA.; ADISSI, P.J. Plano de controle de emergência: um roteiro para elaboração. In: XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção, ABEPRO, 2574, nov.2005, ENEGEP, 2005. Porto Alegre, **Anais...**Porto Alegre, 2005.

SILVA, R.C.L. **O significado do cuidado em terapia intensiva e a (dês) construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas**. 2006. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.156p.

SOARES, D.F.P.P.; BARROS, M.B.A. Gravidade dos acidentes de trânsito ocorridos em Maringá. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, p.77-84, 2006.

THOMAZ, R.R.; LIMA, V.L. Atuação do enfermeiro no atendimento pré hospitalar na cidade de São Paulo. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.13, n.3, p.59-65, set./dez.2000.

TOVAR, M.C **El profesional de enfermería y los desastres**. Centro de Documentación, Facultad de Salud, Universidad Del Valle, Cali, 1996.

VIEIRA, G.O. et al, Violência e Mortes Por Causas Externas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.56, n.1, p.48-51, 2003.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: O Resgate Necessário**. 1 ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1998.

WALDOW, V.R. **O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos humano**. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

WEHBE, G; GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, mar./abr. 2001.

WHITAKER, I.Y; Atendimento Ao Trauma: Um Vasto Campo Para A Enfermeira. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.2, abr./jun., 2004.

WHITAKER, I.Y; GUTIÉRREZ, M.G.R; KOIZUMI, M.S; Gravidade do Trauma Avaliada Na Fase Pré Hospitalar, **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.44, n.2, p.111-119, 1998.

SITES CONSULTADOS

<http://www.abin.gov.br/modules/articles/article.php?id=509>, site da Agência Brasileira de Inteligência, Presidência da República.

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

<http://www.saude.rj.gov.br>

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Pesquisa

Avaliação de Acidente com Múltiplas Vítimas (AMV) em Ambiente Hospitalar

Sr. (a) entrevistado (a), considerando que um AMV é referido a partir da presença de cinco (5) vítimas em um mesmo fenômeno (acidente), segundo Canetti et al (2007), responda o questionário abaixo.

1) Qual é a sua categoria profissional?

Enfermeiro Técnico em Enfermagem Auxiliar de Enfermagem

2) Quanto tempo você trabalha na emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar?

menos de 1 ano de 1 a 3 anos de 3 a 5 anos acima de 5 anos

3) Você na emergência já atendeu pacientes provenientes de um acidente com múltiplas vítimas?

sim Não

4) Com que frequência?

nunca recebe semanalmente mensalmente bimestralmente
 trimestralmente semestralmente anualmente

5) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você participou deste(s) evento(s)?

não participei entre 1 e 3 entre 3 e 6 entre 6 e 9
 entre 9 e 12 mais de 12

6) A unidade de emergência apresenta alguma rotina multiprofissional, que proporcione a identificação de gravidade dos pacientes, diante de um evento com múltiplas vítimas?

sim Não

Em caso de NÃO na pergunta anterior (6), desconsidere a próxima, passando para a pergunta oito (8).

7) Qual?

Triagem Classificação de Riscos ABCDE da Vida outros _____ Nenhuma rotina estabelecida

8) A unidade de emergência encontra-se preparada para receber eventos com múltiplas vítimas?

sim Não

9) O que você considera como uma Unidade Preparada?

- vagas/ leitos disponíveis na sala de emergência.
- equipamentos para suporte tecnológico frente a casos de alta complexidade.
- maior número de profissionais de saúde no setor de emergência.
- capacitação técnica dos profissionais de saúde frente a situações de desastres /AMV.

10) Quando foi o seu último treinamento institucional voltado para o serviço de emergência?

- não houve nos últimos 4 meses nos últimos 8 meses
- nos últimos 12 meses entre 1 e 2 anos entre 3 e 4 anos acima de 5 anos

11) Quando houve uma capacitação institucional voltado para atendimento a múltiplas vítimas / desastres?

- não houve nos últimos 4 meses nos últimos 8 meses
- nos últimos 12 meses entre 1 e 2 anos entre 3 e 4 anos acima de 5 anos

12) Você percebe um aumento da mortalidade e/ou morbidade de pacientes nestes eventos, diferentemente se os mesmos chegassem em situações isoladas?

- sim Não

Em caso de NÃO na pergunta anterior (12), desconsidere a próxima, passando para a pergunta quatorze (14).

13) Por quê? O que mais chama sua atenção?

- a quantidade de pacientes envolvidos no evento
- a quantidade de pacientes graves
- a demora para o tratamento definitivo dos pacientes em terapia intensiva e centro cirúrgico.
- a dificuldade em transferir os pacientes graves para outras unidades hospitalares da rede municipal e estadual

14) Diante de um evento com múltiplas vitimas quais os fenômenos mais comuns atendidos por você?

- colisão entre carros de passeio
- colisão que envolva outros meios de transporte como: ônibus e van
- Acidente ferroviário (trem e metrô)
- Acidente náutico (barcas, catamarãs).
- desabamento de edificações / deslizamentos de terra
- incêndios / explosões
- queimaduras
- acidentes com eletricidade

afogamento

outros: _____

15) Você conhece algum método de triagem para acidente com múltiplas vítimas?

sim

Não

Em caso de NÃO na pergunta anterior (15), desconsidere a próxima, passando para a pergunta dezessete (17).

16) Qual(is)?

S.T.A.R.T. C.R.A.M.P. outros: _____ Nenhum

17) Na sua experiência, quem chega primeiro no hospital proveniente de um evento com múltiplas vítimas?

a de menor gravidade – Verde

a de gravidade moderada – Amarela

a de maior gravidade – Vermelha

óbito – Preta

18) Na sua experiência, quando as vítimas chegam ao hospital, quem sinaliza inicialmente a gravidade dos pacientes:

Bombeiros

Técnicos de Enfermagem

Enfermeiros

Médicos

Obrigado por sua valiosa e importante participação nesta pesquisa!

Grato,

Enfº Vladimir Chaves Fernandes

Dra. Maria José Coelho

APÊNDICE B. Instrumento Diário de Campo

Para a avaliação qualitativa utilizou-se o método de avaliação, Diário de Campo, composto de notas descritivas e reflexivas, cujas observações consistiam respectivamente de:

Data: _____ Início: _____ Fim: _____

Notas Descritivas:

- Retrato dos sujeitos: (aparência física, vestimenta, gestos, estilo de falar e agir).
- Reconstituição dos diálogos: (entre os sujeitos, destes com o pesquisador, gestos, entonação).
- Descrição do espaço físico: (objetos, forma de disposição).
- Relato de acontecimentos
- Classificação de Riscos
- Acolhimento
- Triagem

Notas Reflexivas:

Descrição das atividades:

- Especulações, palpites
- Dificuldades encontradas: éticas, metodológicas, técnicas, de relação.
- Impressões
- Hipóteses
- Observações do pesquisador: erros, preconceitos entre outros.

Data: 12/08/09

Início: 11h25minh

Fim: 13h45minh

Notas Descritivas:

Hoje, ao me encontrar na sala de vermelha do Hospital Municipal Souza Aguiar, enquanto estava coletando dados para os dados quantitativos de minha pesquisa, entrevistando como sujeitos os profissionais de enfermagem, percebi que por volta da 11h25minh, deu entrada seis vítimas de uma colisão entre um ônibus e um carro de passeio, onde o fenômeno ocorreu na Avenida Presidente Vargas, em frente à sede do DETRAN/RJ, a menos de 1 km do HMSA e a 2 km do Quartel Central do Corpo de Bombeiros.

Primeiro chegaram três vítimas que estavam no interior do ônibus, trazidas pela SB 90, de configuração básica, sendo uma transportada em maca e duas amparadas pelos bombeiros.

A vítima trazida em maca, estava com uma aparente contusão em membro inferior direito, que a impossibilitava de andar e a mesma referia muita dor. Essa vítima era do sexo feminino, de 28 anos, e estava bastante assustada. Informou que estava em pé na hora do acidente. As outras vítimas que chegaram deambulando, apresentavam pequenas escoriações e contusões em membros superiores e informaram estar juntas no mesmo banco, atrás do motorista, e durante a colisão, foram ao encontro de uma estrutura de vidro, que não quebrou, mais foi o anteparo que promoveu a colisão das vítimas com a estrutura interna do ônibus. As duas tinham 19 e 24 anos respectivamente.

Quando as vítimas chegaram, percebi que a vítima trazida em maca, foi rapidamente abordada pelo técnico de enfermagem, que estava no posto de enfermagem, porém as outras duas foram sentadas em duas cadeiras que estavam no setor.

Sem muita avaliação semiológica do traumatizado, a paciente que estava na maca dos bombeiros, foi colocada na maca do hospital, com a permanência do material de imobilização.

Nenhum procedimento de curativo, acesso venoso e imobilização foram feitos, aos três pacientes nos primeiros quinze minutos.

O cirurgião de plantão examinava a vítima da maca e em um olhar sem tocar as vítimas sentadas, determinou que as demais fossem todos os casos de ortopedia.

O Sargento do CBMERJ informou que mais uma ambulância deveria chegar e ela (SB 90) iria voltar para o cenário do acidente.

Vinte minutos após a chegada da primeira ambulância, chegou uma viatura avançada, (SB 105) com uma vítima na maca, onde foi identificado pelo Oficial Médico, de que seria a única vítima do carro de passeio, que havia colidido lateralmente com o ônibus. Tratava-se de uma vítima do sexo masculino, 45 anos, com queixas de fortes dores no quadril, em membro inferior esquerdo, não mais apresentando dores, somente de característica muscular, pois informava estar de cinto de segurança. Essa vítima foi também recepcionada, pelo mesmo técnico de enfermagem, porém, não havia maca do hospital para colocar o paciente. Então, um segundo técnico de enfermagem se prontificou a “achar” uma maca.

Já se passavam mais de trinta minutos da entrada da primeira vítima e ainda não havia chegado o ortopedista.

Por volta das 12h00minh, retorna a sala de emergência a Sargento (SB 90), que havia trazido as primeiras três vítimas, com mais duas vítimas, em cadeira de rodas, também proveniente do acidente. Quando foi questionada por um técnico de enfermagem, o porquê que as duas demoram a chegar, já que o evento foi tão perto? Ela respondeu que como as vítimas não estavam em maca, elas deixou na entrada da emergência e o maqueiro levou para a classificação de riscos. Isso ocorreu, pois ela havia informado ao mesmo (maqueiro) que iria guardar o material usado no socorro e quando voltou, não sabia onde estavam os pacientes, teve que “procurar” pelo hospital.

Tratava-se de mais dois pacientes que estavam no interior do ônibus, onde um do sexo masculino, 31 anos, alegou que com a colisão, ele caiu sentado no interior do veículo e que sentia dor na região coccigeana e a outra vítima uma senhora idosa de 72 anos, que alegava dores no pescoço e região da nuca, informando que era hipertensa.

A paciente idosa foi examinada por um clínico, que colocou a paciente, deitada, prescreveu um anti-hipertensivo e encaminhou para sala amarela.

O paciente com dor coccigeana, também aguardava o ortopedista.

A rotina do setor, parece não ter modificado, após a chegada das vítimas e esperando o ortopedista, a equipe de enfermagem, deu seqüência aos cuidados com banho, troca de curativos, início de alimentação enteral, dos pacientes que já estavam “internados” no setor.

Após vinte minutos de procura, chegou à maca e a ambulância do bombeiro foi liberada.

As 13h15minh chegaram um residente de ortopedia que solicitou após breve exame físico, radiografia para os cinco pacientes com trauma músculo-esquelético, com exceção da paciente idosa hipertensa que era avaliada pelo clínico.

Prescreveu antiinflamatório e analgésico para todos e solicitou exame de imagem. Após os raios-X o mesmo pediu para que os cinco pacientes fossem para a sala da ortopedia no ambiente verde próximo a hipodermia.

Foi solicitado o maqueiro para encaminhar as vítimas para o exame.

Nenhum profissional de enfermagem acompanhou o maqueiro.

Até o presente momento do evento, não houve a presença do enfermeiro.

Encerrei assim as 13h45minh as anotações

Análise dos Dados Colhidos:

Neste evento, segundo Canetti (2007), tratava-se de um AMV tipo 1 (5 a 10 vítimas).

Seriam classificadas pelo método START duas amarelas (que não podiam deambular, porém com sinais estáveis de respiração, perfusão capilar e status mental) e quatro verdes (deambulam).

Em nenhum momento foi estabelecido triagem na sala de trauma e classificação das vítimas.

Não houve participação efetiva da equipe médica e de enfermagem.

Não foi identificado o início de uma sistematização do serviço de enfermagem para múltiplas vítimas.

Não foi identificado um protocolo de múltiplas vítimas no setor de emergência.

Não houve classificação das vítimas pelo método START ou CRAMP.

A recepção e coleta de informações com o pré-hospitalar consistiram, principalmente, na cinemática do acidente do que o estado das vítimas.

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós Graduação e Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado (a) e está convidado (a) participar de uma pesquisa intitulada: Acidente com Múltiplas Vítimas: Uma Avaliação da Preparação do Cuidado de Enfermagem na Sala de Emergência. Este estudo tem como objetivo identificar como é realizado o cuidado de enfermagem na sala de, durante o atendimento do fenômeno que envolva múltiplas vítimas.

Você tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem punição alguma. Sua participação no estudo não envolve gasto, desconforto ou alteração na sua rotina. Além disso, a pesquisa é anônima, garantindo a sua privacidade, de forma que seu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa. Também esteja ciente de que os resultados desse estudo podem vir a ser apresentados em congressos ou publicados futuramente, mas que o sigilo e a confidencialidade serão sempre mantidos.

Sua participação na pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas através de um questionário, que será guardado por cinco anos e depois incinerado após o período.

Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em emergência.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e.mail e o endereço do pesquisador responsável, onde poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Dr^a. Maria José Coelho
Orientadora
Cel.: 9945-2931
Email: zezecoelho@yahoo.com.br

Enf. Vladimir Chaves Fernandes
Pesquisador/mestrando
Cel.: 7814-8364
vladimircf@globo.com

Comitê de Ética em Pesquisa Hospital...

Rio de Janeiro de 2008

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da pesquisa: _____

ANEXOS



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 163A/2009

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2009.


Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salésia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coodenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Mônica Amorim de Oliveira Nara Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rafael Aron Abitbol Rondinel Mendes da Silva Sandra Regina Victor</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 104/09 CAAE: 0118.314.000-09</p> <p>TÍTULO: Acidente com múltiplas vítimas: uma análise do planejamento e preparação do cuidado de enfermagem na sala de emergência.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vladimir Chaves Fernandes.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Souza Aguiar.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 27/07/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa