



ANÁLISE DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS: O CUIDADO HOLÍSTICO FRENTE AOS DESASTRES

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR INCIDENTS WITH MULTIPLE VICTIMS: HOLISTIC CARE IN THE FACE OF DISASTERS

Janaína Queiroz SANTOS

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: janaqsenfermagem@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8331-4202>

622

RESUMO

Segundo a OMS, catástrofes ou desastres são fenômenos ecológicos súbitos, com magnitude suficiente para necessitar de ajuda extrema. Para a Defesa Civil dos Estados da Federação, os acidentes com múltiplas vítimas são aqueles que apresentam desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades das vítimas, existindo, entretanto, uma possibilidade de serem atendidos com eficiência, desde que sejam adotadas algumas doutrinas operacionais protocoladas. Knobel (1994) explica que esses incidentes ocorrem abruptamente e, geralmente, na hora mais inoportuna, exigindo das equipes de Enfermagem um preparo antecipado, de tal forma que estas possam agir instintivamente, a fim de se tentar reduzir o período de caos. Segundo o PHTLS (2007) o desenvolvimento e a implementação de uma infraestrutura educacional e de treinamento irão melhorar a capacidade do socorrista de responder efetivamente a um incidente com múltiplas vítimas. Portanto, este artigo, de cunho bibliográfico, explicativo e descritivo, tem como objetivo geral analisar o atendimento de enfermagem frente aos incidentes com múltiplas vítimas em desastres e, simultaneamente, sugerir estratégias viáveis para a manutenção da saúde na sociedade, pautada no aprimoramento permanente destes profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem. Vítimas. Desastres.

ABSTRACT

According to the WHO, catastrophes or disasters are sudden ecological phenomena, of

sufficient magnitude to require extreme assistance. For the Civil Defense of the States of the Federation, accidents with multiple victims are those that present an imbalance between the available resources and the needs of the victims. Knobel (1994) explains that these incidents occur abruptly and, generally, at the most inopportune time, requiring advance preparation from Nursing teams, in such a way that they can act instinctively, in order to try to reduce the period of chaos. According to PHTLS (2007) the development and implementation of an educational and training infrastructure will improve the ability of the rescuer to effectively respond to an incident with multiple victims. Therefore, this bibliographical, explanatory and descriptive article has the general objective of analyzing nursing care in the face of incidents with multiple victims in disasters and, simultaneously, suggesting viable strategies for maintaining health in society, based on the permanent improvement of these professionals.

Keywords: Nursing. Victims. Disasters.

INTRODUÇÃO

O suporte a acidentes com múltiplas vítimas é um desafio no qual os serviços de cuidados pré-hospitalares e os hospitais se deparam com frequência. Diariamente, temos em nosso país desastres das mais variadas magnitudes. A quantificação dos envolvidos nas fatalidades é um dos parâmetros de escolha para se determinar quando o desastre pode ser definido como um incidente deste tipo ou não.

Conforme Knobel (1994) o tema catástrofe tem recebido muito interesse, principalmente após os ataques terroristas, em especial o que ocorreu em 11 de setembro de 2001, e também após as calamidades naturais, exemplos do tsunami na Ásia, e mais recentemente, no Japão. Na verdade, estamos expostos a toda espécie de acidentes, como os naturais (terremotos, enchentes), relacionados aos transportes (queda de aviões, acidentes automobilísticos), incêndios e demais eventos tóxicos, químicos e radioativos.

Entretanto, Coelho (2010) descreve que as variáveis dos desastres perpassam pelos problemas de ordem estrutural, administrativa e política da saúde pública no Brasil, onde nem sempre existem vagas de internação disponíveis para receber vítimas.

Por existirem essas divergências, o presente estudo tem o propósito de analisar

o atendimento de enfermagem frente aos incidentes com múltiplas vítimas de desastres. A justificativa para a explanação deste assunto vem destes apontamentos, onde se percebe algumas deficiências nos serviços assistenciais às múltiplas vítimas, havendo, desta maneira, necessidade primordial de qualificação da equipe.

REVISÃO DE LITERATURA

O Trabalho do Enfermeiro em Desastres

O processo de trabalho num setor de emergência, conforme Furtado (2010) define-se como a possibilidade diária e ininterrupta de ter como objeto de trabalho uma pessoa gravemente doente, com risco iminente de vida. O paciente, nesta situação requer, cuidados imediatos, que atendam aos princípios da universalidade e integralidade no cuidado.

O enfermeiro, segundo Lima (2009), é o articulador e ponto de integração da equipe de saúde, reconhecendo como coordenador dos serviços de enfermagem, ao constituir-se no elo entre a gestão e a assistência às vítimas. Isto é conseguido quando tal profissional atua supervisionando e controlando as dinâmicas do trabalho, selecionando os pacientes de maior risco, conforme as prioridades estabelecidas.

Vale lembrar que a resposta da equipe diante de catástrofes com vítimas em massa baseia-se na complexidade de uma unidade de emergência, que de acordo com Baggio (2009), é proveniente do próprio ambiente e dos seres humanos que experimentam e vivenciam as relações do cuidado em um sistema hospitalar.

E como todo sistema apresenta lacunas, segundo pesquisa de Furtado (2010), os empecilhos encontrados no atendimento de Enfermagem em situações de emergência, referem-se à insuficiência de profissionais de saúde, à falta de recursos e ao aumento da frequência dos cuidados prestados. Ressalta-se também a baixa qualidade de alguns materiais, poucos treinamentos dos enfermeiros para manuseio correto dos equipamentos e o não planejamento das atividades a serem desenvolvidas.

Contudo, Mencani (2006) apud Harbs (2008), exemplificando, explica que para a maioria da população, existe o pensamento de que a unidade de urgência e emergência é o meio mais rápido e alternativo, pois não há restrição de marcação de consultas, onde exames laboratoriais e de imagem, assim como o diagnóstico, são obtidos em um mesmo dia, sem grande tempo de espera. Tal atitude ocasiona aumento

da demanda de atendimentos, gerando filas intermináveis, morosidade no resultado dos diagnósticos, ausência de especialistas, acarretando sobrecarga de trabalho aos profissionais de saúde, falta de leitos e de recursos materiais, dificultando o atendimento em casos realmente emergenciais. Conseqüentemente, essa situação agrava a existência de estressores ao profissional de saúde, que precisa atender tanto os pacientes em condições críticas, como aqueles que poderiam ser tratados nos níveis ambulatoriais.

Frente a tais possibilidades, Cavali (2009) revela que o enfermeiro participante de situações emergenciais, pode ser acometido por um estado de ansiedade, ao tomar ciência dos problemas de saúde do paciente, uma vez que presta assistência direta desde o procedimento mais simples ao mais elaborado. Esses profissionais estão mais sujeitos a um processo de desgaste, conhecido na literatura como Síndrome de Bournout.

Diante dessa problemática, Batista & Bianchi (2006) *apud* Harbs (2008) observam um número reduzido de enfermeiros que nem sempre estão preparados para atender essa grande demanda, o que pode gerar sentimentos de tensão, angústia, frustração e desgaste na equipe.

Lautert (2006) afirma que estes aspectos, somados à especificidade dos serviços de emergência – de uma assistência – de uma assistência que deve ser prestada de forma imediata, eficiente e integrada – consolidam um cotidiano de trabalho no qual as trabalhadoras de enfermagem estão inseridas e tem sua saúde constituída, uma vez que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, ou seja, favorece a saúde ou o adoecimento.

Preparação para Emergências e o Sistema de Comando de Incidentes

Para que o cuidado de Enfermagem em catástrofes ocorra da melhor forma Smelter & Bare (2005) explicam que tal atividade deve partir de um Centro de Comando de Incidentes, onde os demais profissionais envolvidos forneçam serviços de apoio através de comunicação ininterrupta.

Conforme a Medical Association of Emergency Medical Technicians (2007) muitas organizações diferentes participam da resposta ao desastre. O Sistema de Comando de Incidentes foi criado para possibilitar que bombeiros, polícia e serviços

médicos de emergência trabalhem em conjunto, utilizando uma estrutura organizada e uma linguagem comum no atendimento às catástrofes.

O Decreto nº 6216 de 2002, que regulamenta o Sistema Integrado de Comando e Operações em Emergência (SICOE), trata da integralidade dos esforços de órgãos públicos e da comunidade para fazer frente às adversidades dos desastres causados pela natureza ou por ação do homem, estabelecendo normas gerais de ação direcionadas à integridade das pessoas, à segurança pública e à preservação do meio ambiente.

A Medical Association of Emergency Medical Technicians (2007) ainda explica que o gerenciamento de qualquer incidente, grande ou pequeno, é aprimorado pela estrutura do comando. O núcleo consiste no estabelecimento de um comando centralizado na cena e na subsequente divisão de responsabilidades, sendo elas as operações táticas, o planejamento global, a logística e o setor de finanças.

O PHTLS (2007) afirma que os planos de ação incidente incluem os objetivos globais do incidente e as estratégias estabelecidas pelo comando de incidentes. A seção de planejamento desenvolve e documenta o plano. Este será utilizado para a definição dos objetivos táticos e apoia as atividades para o período operacional, que geralmente é de 12 a 24 horas. A seção de planejamento também é responsável por um processo de crítica contínua, para garantir que a resposta atenda às necessidades do evento.

Smelter & Bare (2005) relatam que antes que o plano básico de operações de emergências possa ser desenvolvido, o comitê de planejamento da instituição avalia primeiramente a comunidade para prever os tipos de desastres naturais, e os provocados pelo homem que poderão acontecer, bem como os recursos disponíveis.

Essa não é uma tarefa difícil e deve ser uma responsabilidade da instituição local, comitê de segurança, chefe de segurança ou gerente do Departamento de Emergência.

Smeltzer & Bare (2005) enfatizam que uma vez completada a avaliação inicial, a instituição desenvolve o Plano de Operações de Emergência, formada pelos seguintes componentes essenciais:

Uma resposta de ativação: A resposta de ativação do Plano de uma instituição de cuidados de saúde deve definir onde, como e quando a resposta é deflagrada.

Um plano de comunicação interno/externo: A comunicação é crítica para todas

as partes envolvidas, inclusive a comunicação com e a partir da área pré-hospitalar.

Um plano para cuidado coordenado do paciente: Uma resposta é planejada para o cuidado coordenado do paciente dentro e fora da instituição, inclusive nas transferências para outras instituições. O local do desastre pode determinar onde o maior número de pacientes se encontra, de maneira espontânea.

Planos de segurança: Um plano de segurança coordenado, envolvendo a instituição e as agências da comunidade, é chave para o controle de uma situação de outra forma caótica.

Identificação dos recursos externos: Os recursos externos são identificados, inclusive os federais, estaduais e municipais, e as informações sobre como ativar esses recursos.

Um plano para gerenciamento de pessoas e fluxo de tráfego: O “gerenciamento de pessoas” inclui estratégias para controlar os pacientes, o público, a mídia e os profissionais. São designadas áreas específicas, e delega-se a uma pessoa específica o controle de cada uma dessas áreas.

Uma estratégia de controle de dados: Um plano de gerenciamento de dados para todos os aspectos do desastre economizará tempo em cada etapa. Um sistema de backup para documentação, triagem e formação da equipe é desenvolvido, caso a instituição possua um sistema informatizado.

Resposta de desativação: A desativação da resposta é tão importante quanto a ativação, os recursos não devem ser usados em excesso. Identifica-se claramente a pessoa que decide quanto a instituição é capaz de sair da resposta ao desastre para as atividades diárias. Quaisquer possíveis efeitos residuais de um desastre devem ser considerados antes que essa decisão seja tomada.

Uma resposta pós-incidente: Com frequência, as instalações presenciam volumes aumentados de pacientes por até três meses depois de um incidente. A resposta pós-incidente deve incluir uma crítica e um questionamento para todas as partes envolvidas, imediatamente e, mais adiante, em uma data posterior.

Um plano para exercícios de prática: Os exercícios de prática que incluem a participação da comunidade permitem solucionar quaisquer tópicos antes que ocorra um incidente de vida real.

Recursos previstos: O alimento e a água devem estar disponíveis para a equipe,

famílias e outros que possam estar na instituição por um período mais amplo.

Planejamento do incidente de casos em massa: O planejamento do incidente inclui certas questões, como a fatalidade em massa e a capacidade dos serviços de medicina legal.

Um plano educacional para todos os supracitados: Um plano educacional rigoroso para todos os profissionais em relação a cada etapa do plano permite a melhoria da presteza e o estímulo adicional para a melhoria do plano.

Iniciando o Plano de Operações de Emergência

De acordo com o art. 8º, cap. II do Decreto nº 6216/02, o Sistema Integrado de Comando e Operações em Emergência deverá ser mobilizado sempre que qualquer das Coordenadorias Regionais de Defesa Civil, que compõem o Sistema Estadual de Defesa Civil, conforme o art. 4º, inc. II, do Decreto nº 1343/99, ao avaliar a situação, julgar necessária a intervenção imediata dos diversos organismos do governo e o auxílio externo de recursos humanos e materiais para prevenir ou minimizar as situações de emergência ou o estado de calamidade pública.

Smeltzer & Bare (2005) ainda referem que rastrear o paciente é um componente crítico do gerenciamento do acidente. Etiquetas de desastre devem ser numeradas, além de conterem a prioridade de triagem, nome, endereço, idade, localização e descrição das lesões e os tratamentos ou medicamentos administrados, são utilizados para comunicar as informações do paciente. A etiqueta deve ser firmemente colocada no paciente e permanecer com ele em todos os momentos. O número da etiqueta e o nome do paciente são registrados em um quadro de desastre. O quadro é usado pelo centro de comando para rastrear os pacientes, designar leitos e prover informações às famílias.

Para o PHTLS (2007) o socorrista tem três prioridades na chegada do local:

1. A primeira prioridade para todos os envolvidos em um acidente de trauma é a avaliação da cena. Avaliação da cena significa assegurar-se de que a cena seja segura e considerar cuidadosamente a natureza exata da situação.

2. Uma vez realizada a avaliação da cena, deve-se atentar para avaliação de cada paciente. A avaliação da cena inclui uma forma resumida de triagem, de modo que os pacientes mais graves sejam avaliados primeiro. A ênfase em ordem de prioridades

deve ser: condições que possam resultar em perda da vida, condições que possam resultar em perda de membros e todas as outras condições que não ameacem a vida e nem os membros.

Triagem das vítimas de desastres

De acordo com o Nacional Association of Emergency Medical Technicians (2007) o esquema de classificação, usado com maior frequência na triagem, divide os pacientes em cinco categorias.

1. Imediato: Pacientes cujas lesões são críticas, mas só precisam de um mínimo de tempo ou de equipamento para serem tratados, e que têm bom prognóstico de sobrevivida, sendo codificados com a cor vermelha. Um exemplo é o paciente com comprometimento de vias aéreas ou com hemorragia externa maciça.

2. Pode aguardar: Pacientes cujas lesões são graves, mas que necessitam de atendimento imediato para preservar a vida ou um membro, sendo codificados com a cor amarela. Um exemplo é um paciente com fratura de um osso longo.

3. Leve. Pacientes, frequentemente chamados “feridos que deambulam”, que têm lesões menores, que podem aguardar tratamento ou que podem até mesmo ajudar nesse interim, confortando outros pacientes ou ajudando a carregar macas. São decodificados com a cor verde.

4. Expectantes. Paciente cujas lesões são tão graves que tem uma chance de sobrevivida mínima. Um exemplo é o paciente com uma queimadura de terceiro grau de 90% do corpo e lesão pulmonar pelo calor.

5. Mortos. Pacientes que não respondem, não tem pulso e não respiram. Em uma situação de desastre, os recursos raramente permitem a reanimação de pacientes em parada cardíaca. Os mortos e expectantes são codificados com a cor preta.

Para o PHTLS (2007) todos esses códigos de cores referem-se ao uso de etiquetas de desastre, que são usadas no local do incidente, como uma forma de identificação das vítimas. O código de cores evidencia uma referência visual imediata da categoria de triagem.

Para o PHTLS (2007), em 1983, a equipe médica do Hoag Memorial Hospital e os paramédicos do corpo de bombeiros do Newport Beach Fire Department criaram um processo de triagem para os socorristas (START, Simple Triage and Rapid

Treatment). Esse processo de triagem foi projetado para identificar as vítimas em estado crítico de uma forma fácil e rápida. O START não estabelece um diagnóstico médico, mas, em vez disso, fornece um processo de classificação rápido e simples.

O PHTLS (2007) relata que o algoritmo START avalia a condição respiratória, o estado de perfusão e o nível de consciência do paciente, para atribuir a prioridade de transferência inicial para as instituições de trabalho definitivo.

Resposta Psicológica aos Desastres

O PHTLS (2007) explica que todos os desastres têm o mesmo nível de impacto psicológico. As características dos desastres, que parecem ter maior impacto na saúde mental, são pouco ou nenhum aviso, ameaça séria à segurança pessoal, efeitos potenciais desconhecidos para a saúde, duração incerta do evento, erro humano ou intenção maldosa, simbolismo relacionado ao alvo terrorista.

Ainda conforme o PHTLS (2007) há reações individuais e coletivas, que interagem à medida que os indivíduos se recuperam de desastres. Os fatores que interferem à medida que os indivíduos se recuperam de desastres. Os fatores que interferem nas reações individuais são a proximidade física e psicológica com o evento, exposição a situações horríveis ou grotescas, problema de saúde antes ou por causa do desastre, magnitude da perda e história do trauma.

Entretanto, o PHTLS (2007) explica que os fatores que exercem impacto sobre a resposta coletiva ao trauma são o grau de destruição da comunidade, estabilidade da família e da comunidade pré-desastre, liderança da comunidade e sensibilidade cultural aos esforços de recuperação.

Para Smeltzer & Bare (2005) as respostas comuns aos desastres incluem depressão, ansiedade, fadiga, indisposição geral, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, erupções cutâneas, distúrbio do estresse pós-traumático, abuso de substância, conflitos interpessoais e desempenho comprometido.

Em estudos de Smeltzer & Bare (2005) os enfermeiros podem assistir as vítimas de desastres sendo ouvintes ativas e dando apoio emocional, fornecendo informações, orientando os pacientes a procurarem um terapeuta ou assistente social. Poucas vítimas de desastre buscam os cuidados de saúde mental, e experiências mostram que uma intervenção precoce, nesse sentido, minimiza, as consequências psicológicas dos

pacientes.

O Pré-hospital Trauma Life Support (2007) define que os socorristas que trabalham em desastres também podem se tornar vítimas secundárias do estresse e de outras sequelas psicológicas. Isto pode afetar adversamente a sua atividade durante e após um evento, como também pode ocorrer impacto adverso no seu bem-estar pessoal e nas suas relações familiares e de trabalho.

Smeltzer & Bare (2005) afirmam que o tratamento do estresse de incidentes críticos consiste em uma conduta para prevenir e tratar traumas emocionais, que podem afetar os profissionais envolvidos em catástrofes. Entre estas condutas estão a educação, antes do incidente, sobre as estratégias de enfrentamento e suporte de campo, garantindo que a equipe tenha repouso adequado, alimentos e líquidos.

A Utilização de Protocolos para o Atendimento em Desastres

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, devido ao crescente número de acidentes, da violência urbana e da atual prática de assistência aos usuários, viu-se a relevância da área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão certa e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados. Por isso, conforme Costa (2011), procurou-se abordar os temas mais frequentes e de forma objetiva em protocolos, para facilitar consultas rápidas e esclarecedoras.

A Política Nacional de Atenção às Urgências

Conforme a portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003, no art. 2, a Política Nacional de Atenção às Urgências deve fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais, e da adoção de protocolos de prevenção de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.

Por isso, os Projetos dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) deverão contemplar a promoção do profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e

emergências, estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender as necessidades do SUS e da atenção integral às urgências; implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde como parte dos NEU e envolver de forma institucional os órgãos formadores e os prestadores, para desenvolver uma abordagem temática em urgência no âmbito de todos os Polos de Educação Permanente em Saúde.

Diante da portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002, sobre a capacitação de recursos humanos, é de conhecimento que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação.

OS TREINAMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO UMA IMPORTANTE FERRAMENTA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Baseado no PHTLS (2007) o desenvolvimento e a implementação de uma infraestrutura educacional e de treinamento irão melhorar a capacidade do socorrista de responder efetivamente a um incidente com múltiplas vítimas. A realização das simulações pode ocorrer em diferentes ambientes, avaliados pelos custos e impacto causado no aprendiz. Para um aprendizado efetivo é norma que se realizam eventos interdisciplinares, envolvendo todas as entidades apropriadas na resposta aos desastres.

Conforme o PHTLS (2007) as simulações em campo proporcionam ao profissional uma vivência realista da execução do plano de resposta ao desastre, avaliando em tempo real a capacidade física de cada um em atingir os objetivos, e envolvendo todas as etapas do atendimento, desde a remoção das vítimas até o tratamento definitivo nas instituições médicas.

Lima (2009) aponta que quando foi implementado o Programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas, os serviços de atendimento pré-hospitalar

vinculados ao Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, Curitiba, São Paulo e do Distrito Federal não só realizavam os serviços de atendimento como também lideravam treinamentos.

Nessa época houve um grande investimento em capacitação de instrutores e em padronização de conteúdo didático para que bombeiros de todos os estados da federação fossem treinados, dando início ao processo de formação e fortalecimento do atendimento pré-hospitalar.

Segundo o PHTLS (2007) os melhores resultados a incidentes com múltiplas vítimas, quer se trate de ameaças convencionais ou não, são obtidos com a criação de um plano de atendimento a desastres, bem elaborado, devendo ser ensaiado, testado e analisado, a fim de aperfeiçoar as áreas problemáticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frequentemente, o papel do Enfermeiro nos diferentes cenários dos desastres sofrerá variações. Este poderá ser solicitado a trabalhar fora de sua área de experiência, como também assumirá as responsabilidades, normalmente concedidas a médicos e enfermeiros de práticas avançadas. A partir disso surge a importância de estarem em contínuo aprimoramento profissional, a fim de se encontrarem realmente preparados e seguros para atuarem em tragédias de grandes proporções.

Trazer o tema para a assistência de Enfermagem é crucial pois, constantemente, observa-se a preocupação dos Enfermeiros mediante um atendimento eficiente em tragédias, principalmente nos desastres e emergências complexas, que exigem uma articulação com outros níveis de atenção. Assim, os socorristas enfermeiros são parte fundamental do sistema, atuando juntamente com o Corpo de Bombeiros, onde entrarão em cena com os cuidados de resgate aos pacientes. Considerada a abordagem do cuidado holístico de enfermagem em desastres, com enfoque nos aspectos sociais, culturais, espirituais e psíquicos de uma comunidade, é imprescindível que todas as instituições do sistema de saúde desenvolvam seu plano para atuar frente a uma catástrofe.

Este plano deve ser específico, estabelecido com base em características locais e regionais, pois à medida que as proporções do incidente aumentam e mais socorristas de vários órgãos de segurança e de outros órgãos comparecem à cena, a necessidade

de um sistema e de uma estrutura formal para coordenar e controlar o atendimento torna-se cada vez mais importante.

Para isso, o ideal é que todo hospital tenha seu projeto de atendimento por escrito, com ordens claras e objetivas, capaz de estabelecer a forma mais eficiente de oferecer socorro a todas as vítimas atingidas. Dessa forma, o Sistema de Comando de Incidentes deve ser criado precocemente, antes que um incidente escape do controle, com uma estrutura gerencial direcionada a todos os profissionais de saúde.

As várias instituições de saúde no Brasil e seus profissionais devem estar prontos para lidar eficientemente com as características da utilização de armas biológicas. Os enfermeiros e sua equipe devem ter a preparação técnico-científica e emocional para a identificação precoce dos sintomas e susceptibilidade de cada doença. Para isso, é importante que seja oferecida aos profissionais a oportunidade de atualização e treinamento, através de acesso a veículos de divulgação científica como cursos, palestras, debates e discussões de artigos envolvendo a temática das doenças infectocontagiosas e o bioterrorismo, bem como suas medidas de controle.

Tem-se, neste contexto, o Enfermeiro como um dos agentes para organização do sistema de saúde, responsável pela qualidade na assistência às calamidades públicas. Seu aprimoramento técnico e científico é alicerce para o desenvolvimento de estratégia específicas, que se constituirão no arsenal para os futuros “enfermeiros de catástrofes”, pois a possibilidade e a realidade dos acidentes em massa associados a desastres, terrorismo e guerra biológica não são novos para a história humana.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, Maria Aparecida; CALLEGARD, Giovana Dorneles; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n. 3, p. 381-386, maio/jun. 2009.

BRASIL. Governo do Estado do Paraná. Coordenadoria Estadual de Defesa Civil do Paraná. **Catástrofe e Atendimento a Múltiplas Vítimas**. In: Manual do Atendimento Pré-Hospitalar – SIATE/CBPR, cap. 28, p. 354-362. Disponível em: <http://www.defesacivil.pr.gov.br/arquivos/File/primeiros_socorros_2/cap_28_a_muvi.pdf> Acesso em: 29/03/11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 256p.

Janaína Queiroz SANTOS. ANÁLISE DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS: O CUIDADO HOLÍSTICO FRENTE AOS DESASTRES. **JNT Facit Business and Technology Journal**. QUALIS B1. 2023. FLUXO CONTÍNUO – MÊS DE JULHO. Ed. 43. VOL. 1. Págs. 622- 635. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Protocolos de Urgência e Emergência da SES/DF**. 1 ed. Revisada e ampliada. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2006. 285 p.: il. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00000893.pdf>> Acesso em: 27/09/11.

CAVALI, Amanda; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha; SALOMÉ, Geraldo Magela. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n.5, p. 681-686. set/out. 2009. Acesso em: 29/03/11.

COELHO, Maria José; FERNANDES, Vladimir Chaves. Acidente com múltiplas vítimas: ocorrências de desastres com ônibus no Rio de Janeiro e o cuidado de emergência na sala de emergência. **Revista Emergência Clínica**. São Paulo, ano 5, n. 25, p. 109-113. jul./ago. 2010. Acesso em: 29/03/11.

COSTA, Roberta dos Santos; ERCOLE, Flávia Falci. Protocolos de cuidados frente a doenças decorrentes do bioterrorismo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, jul/ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid_S0104-11692003000400015&script_sci_arttext> Acesso em: 07/10/11.

FURTADO, Betis e Mery Alencar Sousa Macau; JUNIOR, José Luiz Correia de Araújo. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta Paul Enferm**. v. 23, n. 2, p. 169-174, 2010. Acesso em: 29/03/11.

HARBS, ThaianaCrisley; RODRIGUES, Silvia Terezinha; QUADROS, Valdete Alves da S. de Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. **Boletim de Enfermagem**. v. 1, p. 41-56, 2008. Disponível em: <http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art4_estresse.pdf> Acesso em: 02/01/12.

KNOBEL. Elias. **Condutas no paciente grave**. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 1994. v. 1, p. 1472-1475.

LAUTERT, Liana; PAI, Daiane Dal. Trabalho e saúde no cotidiano de enfermagem em um serviço público de pronto-socorro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 134, 2006. Acesso em: 29/03/11.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; PEREIRA, Walesca Antunes da Porciúncula. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 320-327, 2009. Acesso em: 29/03/11.

SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda. **Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. v. 2. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005, p. 2310-2325. Acesso em: 29/03/11.

Janaína Queiroz SANTOS. ANÁLISE DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS: O CUIDADO HOLÍSTICO FRENTE AOS DESASTRES. *JNT Facit Business and Technology Journal*. QUALIS B1. 2023. FLUXO CONTÍNUO – MÊS DE JULHO. Ed. 43. VOL. 1. Págs. 622- 635. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.