

Secretaria de Estado da Saúde
Governo do Estado de São Paulo



Plano de Abandono de Hospitais

Secretaria de Estado da Saúde
Giovanni Guido Cerri
José Manoel de Camargo Teixeira

Elaboração
Maria Cecília de Toledo Damasceno
Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde

Jorge Michel Ribera
Grupo de Resgate e Atendimento as Urgências da Secretaria Estadual da Saúde

Alexandre Gonçalo Pereira Reche
Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo

Marcelo Casassa
Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo

SECRETARIA
DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO



INTRODUÇÃO

Hoje é necessário que todos os hospitais tenham um Plano de Abandono bem estabelecido. Incêndios, explosões, desabamentos, entre outros eventos adversos naturais podem acontecer a qualquer momento. A evacuação plena de um hospital é bastante complexa, desta forma, a Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo desenvolveu este manual como forma de auxiliar cada unidade hospitalar ligada a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo a se preparar, melhor conhecendo suas necessidades e particularidades. O mesmo é parte do Manual de Preparação Hospitalar para Atendimento de Desastres e Incidentes com Múltiplas Vítimas. O planejamento do Abandono deverá ser feito previamente, de forma que haja estabelecimento de hierarquia de comando, além de conhecimento pleno por parte das diversas equipes das rotas de fuga, abrigos e pontos de encontro. O plano deverá ser revisto e atualizado anualmente.

LEGISLAÇÃO

Os hospitais, inicialmente deverão atender o Decreto Estadual nº 56.819 de 10 de março de 2011 - Regulamento de segurança contra incêndio das edificações e áreas de risco do Estado de São Paulo do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo em sua totalidade. Especialmente a Instrução Técnica de nº 16 que pode ser utilizada como modelo de elaboração www.ccb.polimil.sp.gov.br – “Instruções Técnicas”.

ASPECTOS ÉTICOS

O abandono do hospital, mesmo em situações de menor complexidade, pode colocar em risco a vida de pacientes, e causar a perda de algumas delas. Pacientes em estado crítico são aqueles com maior dificuldade e criticidade para o

deslocamento, e maior possibilidade de morte. A permanência dentro da estrutura, também poderá determinar a morte.

DEFINIÇÕES

Abandono determinado por Tempo

Programado (enchente), devendo ser coordenado juntamente com outros órgãos (Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, SAMU, etc.).

Imediata (desabamento): risco de vida iminente para equipe e pacientes.

Abandono determinado por Locomoção

Horizontal (de uma ala para outra). Exemplo: risco estrutural de uma ala, contaminação, etc.

Vertical (de um andar para outro).

Para fora da estrutura do hospital, em situações de maior gravidade.

Abandono determinado pelas Condições locais

Parcial (um andar ou dois andares, um setor, uma unidade). Em geral, o tipo de abandono é horizontal. Quanto envolve múltiplos andares, poderá ser inicialmente horizontal e depois será vertical.

Total

Crerios de Prioridade de Evacuaço de Pacientes.

Baseado em Mobilidade

1. Mobilidade plena: aqueles que se locomovem de forma independente.
2. Mobilidade parcial: apresentam alguma restriço ao movimento.
3. Dependncia total: pacientes sob sedaço em unidade de terapia intensiva, em centro cirurgico, etc.

CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL

Descrever as caractersticas do hospital, por andar, por ala, nmero de leitos, etc.

Exemplo: O hospital tem seis andares, mais dois andares de subsolo e um heliponto na cobertura do edifcio. Cada andar é dividido em quatro alas (Tabela

01 e 02). É, também, necessário descrever as qualificações das unidades (Tabela 03).

Tabela 01. Demonstrativo dos Andares

Andar	
2º Subsolo	Cozinha industrial. Casa de máquinas. Serralheria. Caldeira
1º Subsolo	Serviço de manutenção. Tomografia computadorizada
Térreo	Pronto socorro. Recepção. UTI adulto.
1º andar	Cardiologia. Cirurgia geral. Cirurgia vascular.
Etc.	Etc.

Tabela 02. Distribuição de leitos por andar, ala e tipo de cuidado.

2º subsolo	Ala A	Casa das Máquinas	Área sem pacientes	
Térreo	Ala B	UTI Adulto	Área com pacientes críticos	▲ ◆
1º andar	Ala C	Cardiologia	Área com pacientes não críticos	▲ ◆
2º andar	Ala A	Em reforma	Em reforma	
Etc.	Etc.	Etc.	Etc.	

■ Área sem paciente ■ Área com pacientes críticos ■ Área com pacientes não críticos

◆ Produtos Perigosos ▲ Rede de gases

Tabela 03. Características da Unidade

Unidade	Enfermaria Clínica
Localização	4º andar Ala B
Tipo de Unidade	Administrativo Almoxarifado Casa de Máquinas Ambulatório Cuidados críticos Cuidados não críticos Cuidados especializados (Diálise, Hemodinâmica, etc.). Suporte de cuidado ao paciente (RX, laboratório, ECG, etc.). Suporte ao paciente (Transporte, nutrição, material e medicamentos).
Número de leitos	
Tipo de Unidade	Aberta ou Fechada
Produtos Perigosos	Não/Sim Quais:
Rede de Gás	Não/Sim Há cilindro? Não/Sim
Equipamentos especializados	Aspirador Bomba de infusão Desfibrilador

	Dispositivo bolsa-valva-máscara
	Monitor cardíaco
	Torpedo de oxigênio portátil
	Oxímetro de pulso
	Ventilador mecânico
Drogas Especializadas	Quimioterápicos
	Vasoativas
	Etc.

ENTORNO DO HOSPITAL

Nas proximidades do hospital: temos uma estação de metro, dois postos de combustível, cinco restaurantes e duas farmácias (Tabela 04).

Tabela 04. Entorno do Hospital

Estação de Metro	300 metros
Posto de Combustível	1 km
Restaurante Bom Prato	50 metros

ROTAS DE FUGA. PONTOS DE ENCONTRO. ABRIGOS

As rotas de fuga deverão ser conhecidas e sinalizadas, de forma que a retirada das pessoas seja rápida e segura. Normalmente, estabelece-se um itinerário normal, cujo percurso deverá ser utilizado prioritariamente. E um itinerário alternativo, cujo percurso será utilizado quando o itinerário normal não puder ser utilizado. Também, deverão ser definidas baseando-se em abandono horizontal ou vertical (Tabela 05).

Ponto de Encontro/Abrigo: deverá ser estabelecido previamente, e de conhecimento dos funcionários. Sua localização deverá ser externa a edificação, para onde convergirão as pessoas evacuadas (Tabela 06).

Tabela 05. Rotas de Fuga

Andar	Unidade	Evacuação Horizontal	Evacuação Vertical	Evacuação Total
Térreo Ala B	UTI Adulto	Rota 01	Rota 03	Rota 01 e 03
1º andar Ala C	Cardiologia	Rota 04	Rota 05	Rota 05 e 06
2º andar Ala A	Em reforma	Rota 07	Rota 03	Rota 08
Etc.	Etc.	Etc.	Etc.	Etc.

Tabela 06. Pontos de Encontro/Abrigo

Térreo	Estacionamento
Térreo	Pronto Socorro
Etc.	Etc.

ROTINA DE ABANDONO PROGRAMADA

Há tempo para programar e coordenar a saída de pacientes e funcionários, andar por andar, utilizando-se os recursos habituais, tais como elevadores, rampas, etc. Há iluminação presente, visibilidade presente, etc. Os pacientes com maior mobilidade saem primeiro e os pacientes com dependência total em segundo tempo. Se necessário deverá contar com a ajuda da Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Resgate, SAMU, etc. A equipe de enfermagem pode classificar os pacientes por cores em função da gravidade, utilizando de forma assemelhada o padrão internacional para casos de desastres (START): verde, amarelo, vermelho e cinza (Tabela 07). Pacientes em terapia intensiva serão considerados, de forma geral, como vermelhos. Após avaliação médica podem ser reclassificados como amarelo. Se possível, medicações específicas devem ser levadas junto com os pacientes.

	START – Abandono hospitalar	START - Transferência pós Abandono
Verde	Mobilidade plena: aqueles que se locomovem de forma independente. Cuidados mínimos. Um funcionário pode acompanhar vários pacientes. Serão os 1 ^{os} a saírem.	Serão os 3 ^{os} em prioridade de transferência.
Amarelo	Mobilidade parcial: apresentam alguma restrição ao movimento. Cuidados intermediários. Precisaram de ajuda para locomoção. São os 2 ^{os} em prioridade de saída.	Serão os 2 ^{os} em prioridade de transferência.
Vermelho	Dependência total: pacientes sob sedação em unidade de terapia	Serão os 1 ^{os} em prioridade de transferência

intensiva, em centro cirúrgico,
etc. Serão retirados com ajuda
especializada. Serão os últimos a
saírem.

ROTINA DE ABANDONO IMEDIATA

Ciente do risco evidente da cena, não é viável realizar a retirada padrão, pelos seguintes motivos: energia elétrica cortada, rede de gases interrompida, visibilidade comprometida, temperatura elevada, baixa concentração de oxigênio, alto risco de morte aos expostos no ambiente (pacientes, funcionários e bombeiros). Durante incêndios ou outro tipo de emergência o uso de elevadores é proibido. O abandono deverá acontecer exclusivamente através e escadas e rampas. A rotina sugerida encontra-se a seguir:

1. A brigada de incêndio deverá tomar medidas iniciais para o abandono.
2. O responsável pelo Comando Centralizado dentro do hospital deverá ser acionado de forma que o Plano seja imediatamente instituído em sua plenitude. O COBOM (Centro de Operações do Bombeiro) deverá ser imediatamente acionado, para que ações externas ao hospital sejam deflagradas.
3. As equipes médica e de enfermagem deverão preparar os pacientes para iniciar o abandono. As informações médicas relativas ao paciente deverão acompanhá-lo no processo de evacuação, sempre que possível, mesmo que minimamente (prescrição e evolução do dia). Sugere-se a colocação do prontuário médico/prescrição médica/enfermagem entre as pernas dos pacientes a serem carregados em maca.
4. Todo o dia deverá ser feita um Censo Diário de pacientes com nomes, respectivos diagnósticos, acessos, cateteres, etc. Ele deverá contemplar os

pacientes internados naquela ala/unidade. Este censo deverá ter um responsável por turno para leva-lo em caso de abandono, ou deverá ser armazenado em sistema web para acesso remoto, permitindo que as principais informações relativas aos pacientes não se percam durante o processo de abandono (Tabela o8).

Tabela o8. Censo diário de pacientes

UTI Adulto 10/02/12				
Leito 01	João	IAM 2º PIM	Acesso periférico membro superior esquerdo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso.	Sem drogas vasoativas
Leito 02	Maria	Choque cardiogenico	Acesso central em jugular esquerda, sonda vesical de demora, sonda nasoenteral, marcapasso provisório.	Dobutamina

5. Pacientes com mobilidade plena devem ser orientados verbalmente para abandono do local.
6. Pacientes com mobilidade moderada devem ser orientados verbalmente e acompanhados por um membro, se possível, da equipe do hospital. Deverão

ser orientados a sentar-se na cama com os pés para fora e carregados com apoio nas costas. Os cadeirantes serão considerados com mobilidade plena se houver rampa, e com mobilidade moderada se não.

7. Pacientes com dependência total, em casos de não possibilidade de permanência do staff no local, deverão ser retirados por equipes de bombeiros com EPR, por tratar-se de zona quente/risco sem visibilidade ou condição de segurança que permita a retirada padrão. Se possível, deverá a equipe da unidade, antes de abandonar o local, providenciar o posicionamento dos pacientes, de forma que os menos graves fiquem proximais a porta de saída e os com maior gravidade/menor prognóstico mais longe da porta. E/ou informar a equipe de bombeiros a posição dos pacientes com menor gravidade, de forma que o Bombeiro possa estabelecer uma ordem de retirada. Sondas e cateteres deverão ser fechados e colocados sobre a cama do paciente, assim como seu prontuário mínimo. O lençol deverá ser solto da cama facilitando o transporte do paciente. Monitor cardíaco, multiparamétrico, ventilador, oxímetro não deverão acompanhar a vítima, uma vez que já estarão desligados pela falta de energia e corte da rede de gás. A equipe de enfermagem, se possível, deverá deixar dispositivos bolsa-valva-máscara ao lado de da paciente em ventilação mecânica. Serão necessários três bombeiros para a liberação de cateteres e equipamentos (treinados em evacuação) e retirada de cada vítima de unidades de terapia intensiva.

TREINAMENTO

Recomenda-se que cada hospital faça uma vez por ano, uma simulação de abandono. Funcionários novos na instituição devem ter conhecimento do plano antes de iniciar suas atividades. Também os hospitais devem ter brigada de incêndio permanentemente treinada, como determina a instrução técnica de nº 17 do Regulamento de segurança contra incêndio das edificações e áreas de risco do Estado de São Paulo do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

PRODUTOS QUÍMICOS, BIOLÓGICOS E RADIOLÓGICOS

Devem ser armazenados de forma segura antes do abandono, sempre que possível.

REFERENCIAS

Decreto Estadual nº 56.819 de 10 de março de 2011 - Regulamento de segurança contra incêndio das edificações e áreas de risco do Estado de São Paulo do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo - www.ccb.polimil.sp.gov.br - “Instruções Técnicas”.

Ribera JM, Damasceno MCTD - Desastres, capítulo nº 2, Pronto Socorro, 2012, Editora Manole, no prelo.