

**Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem,  
médico, bombeiros e demais profissionais treinados  
a vítimas de acidentes e catástrofes**

*Emergency Care Directed by Nursing Professionals, Medical, Fire and Other  
Professionals Trained to Victims of Accidents and Catastrophes*

André Luis de Campos <sup>1</sup>

**Resumo**

Os primeiros socorros a vítimas de traumas, acidentes e catástrofes são cruciais e de suma importância para a sobrevivência dessas vítimas. Para tanto vários estudos e treinamentos são desenvolvidos constantemente. No processo de triagem para iniciar o socorro no local do desastre, um dos métodos mais utilizados são: o START- Simple Triage And Rapid Treatment que identifica as vítimas por fitas coloridas ou etiquetas (tarjetas) coloridas ou cartões de triagem: Cor Vermelha: socorro imediato, primeira prioridade ou prioridade imediata – são vítimas que requerem atenção imediata no local ou tem prioridade no transporte. Cor amarela: segunda prioridade ou prioridade secundária - socorro deve ser rápido, mas deve aguardar vítimas com maior prioridade. Cor verde: terceira prioridade ou prioridade tardia – vítimas deambulando, com lesões menores e que não requerem atendimento imediato. Cor preta: prioridade zero ou última prioridade - vítimas consideradas em morte óbvia ou em situações de grande dificuldade para reanimação. Outro método é o C.R.A.M.P – Circulação, Respiração, Abdome, Motor ou Movimento e Psiquismo ou Palavra. A tabela C.R.A.M.P. é utilizada com o mesmo objetivo da tabela S.T.A.R.T., com o diferencial que a tabela C.R.A.M.P. possui parâmetros mais específicos devendo então ser utilizada por médicos. A classificação das vítimas também é feita através de cores e a prioridade de atendimento é a mesma do método S.T.A.R.T. E por último o A.B.C.D.E. do trauma: Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, sendo: Vias Aéreas, Respiração, Circulação, Neurológico, Exposição. Cada item avaliado na triagem sugere o passo seguinte no socorro.

**Palavras Chaves:** vítima; acidente; catástrofe; enfermagem; triagem; método.

---

1. Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Herminio Ometto de Araras, mestrado e doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo; enfermeiro da Prefeitura Municipal de Mogi Guaçu.  
E-mail do primeiro autor: me.andrey@hotmail.com  
Recebido em 13/12/2014 Aceito, após revisão, em 18/02/2015

**Abstract**

First aid to victims of trauma, accidents and disasters are crucial and very important for the survival of these victims. Therefore several studies and training are developed constantly. In the process of screening to start the rescue at the disaster site, one of the most used methods are: START - the Simple Triage And Rapid Treatment identifying the victims by colorful ribbons or labels (targets) color or screening cards: Red Color: help immediate, first priority or immediate priority - are victims requiring immediate attention in or has priority on shipping. Yellow: second priority or low priority - aid should be fast, but must wait for victims with highest priority. Green: third priority or late priority - wandering victims with minor injuries and did not require immediate care. Black: zero priority or last priority - victims considered obvious death or in situations of great difficulty for resuscitation. Another method is the CRAMP - Circulation, Breathing, Abdomen, Motor or Movement and Psyche or Word. The C.R.A.M.P. table is used for the same purpose the START table, with the difference that the CRAMP table has more specific parameters should then be used by doctors. The classification of victims is also done through colors and the service priority is the same as the START method And finally the A.B.C.D.E. trauma: Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, as follows: Airway, Breathing, Circulation, Neurological, Exhibition. Each item assessed at screening suggests the next step in distress.

**Key words:** victim; accident; disaster; nursing; screening; method.

**Introdução**

A implementação do SUS, através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), apresentou a necessidade de definirem-se novos conceitos, acrescentado ao glossário médico termos característicos ao contexto de atendimento fora dos hospitais. Acompanhando essa dinâmica é necessário esclarecer alguns conceitos que podem ser confundidos.

Por isso, NARDOTO <sup>1</sup> (2011) 1 explica que o resgate é o conjunto de medidas com o intuito de retirar vítimas de locais de risco de onde as mesmas não consigam sair. Já a emergência é definida como uma situação

na qual o paciente precisa de atendimento imediato. Nas urgências, o período de tempo não pode ser superior a duas horas.

A melhoria nos serviços de atendimento pré-hospitalar tem contribuído para a maior sobrevivência de pacientes graves nessa fase e para a sua chegada com vida ao hospital. Com a implantação do SAMU 192, teve grande benefício no atendimento pré-hospitalar, uma vez que levou médicos e intervencionistas para o local do atendimento e possibilitou o tratamento de suporte e, muitas vezes, o definitivo, em pacientes graves na iminência de morte. <sup>2</sup>

Logo a avaliação da gravidade do trauma e a instituição de manobras para manutenção básica da vida, no local do evento, podem representar a oportunidade de sobrevivência para as vítimas de trauma até a sua chegada ao hospital.

Portanto, cabe à primeira guarnição que chega ao local do acidente, procurar congelar a área e iniciar a triagem preliminar, enquanto solicita apoio, visando salvar o maior número de vítimas de óbito iminente.

Como ressalva Simões<sup>2</sup>:

O problema torna-se mais complexo quando há múltiplas vítimas traumatizadas. Esses eventos súbitos se caracterizam pelo envolvimento de mais de cinco vítimas e levam a um desequilíbrio entre os recursos médicos disponíveis e a capacidade de atendimento médico. Pode-se, entretanto, manter o padrão de atendimento adequado com os próprios recursos locais. Nesses casos, há necessidade de uma sistematização de atendimento por uma equipe multiprofissional que atenda prioritariamente os pacientes com maior risco de morte.

Cerca de 60 milhões de pessoas sofrem anualmente algum tipo de traumatismo. Isso corresponde a uma em cada seis internações hospitalares. No Brasil, a mortalidade por trauma ocupa a terceira posição entre as causas de morte, superada apenas pelas doenças neoplásicas e cardiovasculares. Em torno de 130.000 pessoas morrem por ano, em nosso país, em decorrência das causas externas.<sup>2</sup>

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, baseado na pesquisa bibliográfica. GIL (2002) apresenta o estudo descritivo como o objetivo de relatar as características de populações e de fenômenos; onde há uma preocupação em desempenhar precisamente essas características sem deixar de utilizar ferramentas padronizadas.

Tem como foco caracterizar-se através de uma pesquisa de literatura desenvolvida por meio bibliográfico. Logo, MARCONI e LAKATOS<sup>3</sup> (2001), refere-se à pesquisa bibliográfica como um:

Procedimento formal com métodos de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade: é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos [...].<sup>3</sup>

## Local do estudo

Todo o desenvolvimento do trabalho foi realizado através de um levantamento bibliográfico, no qual foi produzido nas dependências da biblioteca “Duse Rüeffer Ometto”, no Centro Universitário Hermínio Ometto, localizado em Araras - SP, onde se utilizou o acervo bibliográfico e também de buscas on-line.

## Referencial teórico

Nas palavras de EID<sup>4</sup> (2001), os objetivos são: definir situações de acidentes

de grandes proporções, identificar sistemas de triagem e organizar sistemas de atendimento.

Pela Organização Mundial de Saúde, catástrofe é um fenômeno ecológico súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa.

No atendimento pré-hospitalar, catástrofe é aquela situação em que as necessidades de atendimento, excedem os recursos materiais e humanos imediatamente disponíveis, havendo necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

### **Acidentes com múltiplas Vítimas**

Os acidentes com múltiplas vítimas são aqueles que apresentam desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades, e que, apesar disso, podem ser atendidos com eficiência desde que se adote a doutrina operacional protocolada.

As enchentes são as principais causas de catástrofes naturais no mundo.

As catástrofes provocadas pelo homem são os acidentes com trens, explosões, incêndios, acidentes com materiais tóxicos ou radioativos, guerras, entre outros.

No nosso país, onde temos como principais catástrofes naturais as enchentes, normalmente não se faz necessário o atendimento pré-hospitalar devido aos danos serem basicamente materiais, os serviços de atendimento pré-hospitalares atuam, na grande maioria das vezes, em catástrofes

provocadas pelo homem e acidentes com múltiplas vítimas.

Como parâmetro de magnitude, consideramos acidente com múltiplas vítimas aqueles eventos súbitos com mais de 5 (cinco) vítimas graves.

### **Planejamento**

A fase de planejamento é fundamental para o sucesso do atendimento e, deve, existir antes mesmo que o acidente aconteça.

Na maioria das vezes não podemos prever quando irá acontecer uma catástrofe, ou mesmo um grande acidente envolvendo muitas vítimas, por isso, o planejamento inclui conhecer os recursos disponíveis. A equipe de emergência (pré-hospitalar e hospitalar) deve estar preparada com equipamentos e recursos humanos.

#### **Atendimento Pré-Hospitalar**

O APH compreende três etapas:

- Atendimento na cena do acidente (tem início em quem o presenciou e por equipes treinadas);
- Transporte rápido e com segurança até o hospital adequado;
- Chegada no hospital em condições padronizadas.

O conceito do melhor atendimento para a vítima mais grave deve dar lugar ao conceito de o melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, no momento que elas mais precisam e no menor tempo possível.

Três princípios básicos no atendimento dessas situações são fundamentais: triagem, tratamento e transporte.

Também para que ocorra o sucesso no atendimento é indispensável pontos capitais: comando, comunicação e controle.

É preciso que haja um comandante da área no local, junto a um Posto de Comando, identificável por todos e que todos obedeçam a suas ordens e orientações; um coordenador médico para chefiar as atividades médicas locais e um coordenador operacional (Oficial de Socorro) para as atividades de salvamento, todos trabalhando conjuntamente.

É necessário que haja comunicação entre as equipes de atendimento, bem como comunicação com a central de operações.

Congelar a área mediante o controle total do local do acidente é o primeiro objetivo do comandante da área.

A função de comando tem por objetivo evitar três grandes transtornos:

- Ocorrência de novos acidentes;
- Tratamento e transporte inadequado

das vítimas aos hospitais;

- Que o caos local seja transferido ao hospital mais próximo.

Para exemplificar podemos citar um acidente com ônibus na BR – 116 próximos a Curitiba: 140 passageiros; 36 mortos e mais de 50 feridos. Um só hospital recebeu 40 vítimas de uma só vez, enquanto

outros dois receberam 12 e 8 vítimas respectivamente.

### **Triagem**

Segundo Masella<sup>5</sup> (2012), Triagem é: um termo dado ao reconhecimento da situação e seleção das vítimas por prioridades na cena da emergência.

Palavra de origem francesa que significa “pegar, selecionar ou escolher”.

É um processo utilizado em situações onde a emergência ultrapassa a capacidade de resposta da equipe de socorro e 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.

### **Metodologia**

A finalidade da metodologia é classificar rapidamente as vítimas, de acordo com a prioridade de atendimento que necessita, em função da maior ou menor gravidade de seu estado geral e das expectativas de sobrevivência.

Vantagens:

- Permite triar uma vítima em menos de um minuto;
- Utiliza diferentes cores para priorizar atendimento e transporte.

### **Métodos**

Os métodos de triagem devem ser: simples, objetivos, padronizados e rápidos; adequadamente correlacionados com o estado geral dos pacientes e com o prognóstico de

evolução do mesmo; facilmente aplicáveis por equipes adestradas.

Devemos também considerar que não existe um critério perfeito de triagem, variando de um sistema para outro e na dependência de diversos fatores, como a magnitude e a área de abrangência do desastre, tipo de desastre (produtos perigosos, terremotos, etc.), qualificação das equipes e equipamentos, dentre muitos outros pontos.

A triagem é também específica para uma finalidade como por exemplo:

- triagem para iniciar o socorro no local;
- triagem para colocar as vítimas em áreas específicas na zona do desastre;
- triagem para o transporte da zona de desastre para o atendimento hospitalar;
- triagem no atendimento hospitalar;
- triagem para o transporte inter hospitalar.

Método S.T.A.R.T.

Simple Triage and Rapid Treatment : Triagem Simples e Tratamento Rápido

Um dos métodos mais utilizados no mundo. <sup>5</sup>

A tática de triagem adotada pelo S.I.A.T.E. (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência).

Atualmente é o modelo adotado pela Associação de Chefes de Bombeiros do Estado da Califórnia nos EUA.

Identifica as vítimas por critério de gravidade com fitas coloridas ou etiquetas (tarjetas) coloridas ou cartões de triagem.

Observa a respiração, perfusão e nível de consciência.

Usa-

se as cores Vermelho, Amarelo, Preto e Verde

### **Faixa Vermelha – Prioridade 1**

Corresponde aos feridos graves com lesões severas, em situações de riscos iminentes, cujas probabilidades de sobreviver dependem de cuidados imediatos, por equipe médica experiente, em local adequado (pacientes de alto risco).

### **Faixa Amarela – Prioridade 2**

Correspondendo aos feridos com lesões graves, mas, que por não estarem em situação de risco iminente, têm menor prioridade que os pacientes de alto risco, já que sua sobrevivência independe de cuidados imediatos.

### **Faixa Preta – Prioridade 3**

Correspondendo aos pacientes terminais, com lesões de extrema gravidade e cujos prognósticos são tão sombrios, que, mesmo atendidos imediatamente por equipe médica experiente, irão falecer.

### **Faixa Verde – Prioridade 4**

Correspondendo aos pacientes com lesões leves e baixo nível de risco, os quais, atendidos rapidamente, no setor específico (feridos leves), podem ser liberados e referenciados para controle ambulatorial.

Na cena do desastre, a triagem deve ser considerada um processo contínuo, ou seja, constantemente deve ser repetida em

cada vítima, mesmo para as que já receberam um socorro inicial, pois a situação pode alterar-se e uma vítima considerada de baixa prioridade pode, alguns minutos depois, necessitar cuidados imediatos para que se mantenha viva.

Área destinada a vítimas com Cartão Vermelho: são pacientes com: Choque; Apor inalação; Amputações; Lesões arteriais; Hemorragia severa; Lesões por inalação; Queimadura em face; Lesão de face e olhos; lesões intra-abdominais; Insuficiência Respiratória; Pneumotórax Hipertensivo; Lesões extensas de partes moles; Queimaduras de 2º grau e maior que 20% a 40%, ou de 3º grau maior que a 30%.

Área destinada as vitimas com Cartão Amarelo: são os pacientes com: Fraturas; TCE leve, moderado; Queimaduras menores; Traumatismos abdominais e torácicos; Ferimentos com sangramento que necessitam suturas.

Área destinada as vitimas com Cartão Verde: são os pacientes com: contusões; hematomas; escoriações; pequenos ferimentos.

Área destinada a vitimas com Cartão Preto: são os pacientes: em óbito; múltiplos traumas graves; queimaduras de 2 e 3 grau extensas.

Vítimas são todas as pessoas envolvidas no acidente e não apenas as que apresentam lesões ou queixas. Nunca deixe de

identificar uma vítima que deambula sem lesão aparente ou sem queixa.

No processo de avaliação contínua, ou melhor, de reavaliação, muitas vítimas podem mudar de prioridade. Uma vítima rotulada de verde, pode apresentar lesão interna e evoluir para choque, ou lesão de crânio com piora do quadro de consciência, apenas para citar alguns exemplos. Devem ser reclassificadas e as providências devem ser tomadas de acordo com a nova categoria.<sup>5</sup>

### **Técnica S.T.A.R.T**

#### 1 – Respiração:

- NÃO - se não respira, mesmo após abrir as vias aéreas, é considerada vítima sem prioridade (cor preta).
- SIM - se, após abertura de vias aéreas, voltar a respirar é considerada vítima de primeira prioridade (cor vermelha). Se a respiração apresenta-se de forma espontânea e igual ou superior a 30 rpm é também considerada vítima de primeira prioridade (cor vermelha). Menor que 30 rpm, avalie a perfusão.

#### 2 – Perfusão:

A perfusão é avaliada por meio do enchimento capilar. Se for superior a 2 segundos, significa uma perfusão inadequada (em caso de iluminação reduzida, o socorrista deverá avaliar o pulso radial. Um pulso radial ausente indica uma PA sistólica abaixo de 80mmHg). Controle hemorragias se houver e

considere a vítima em primeira prioridade (cor vermelha).

Se o enchimento capilar for de até 2 segundos, avalie o status neurológico.

Alguns sistemas de emergência médica adotam a observação do pulso carotídeo, classificando-o em forte (avaliar status neurológico) ou fraco (cor vermelha), em substituição à perfusão.

3 – Status Neurológico:

Avalie se a vítima é capaz de cumprir ordens verbais simples.

- NÃO - não cumpre ordens simples, considere vítima de primeira prioridade (cor vermelha).
- SIM - cumpre ordens simples, considere como vítima de segunda prioridade (cor amarela).

### **Fluxograma**

A triagem consiste de ações simples e rápidas, gastando no máximo de 60 a 90 segundos por vítima.

Alguns protocolos utilizam a cor cinza ao invés da preta.

O método S.T.A.R.T. pode ser realizado por leigos e bombeiros, desde que treinados.

A equipe que realiza a triagem deve estar sempre identificada com a cor azul.

Tanto o médico triador, como o enfermeiro, o auxiliar de triagem, ou o bombeiro, devem ser experientes, acostumados a trabalhar em dupla e, em

nenhuma hipótese, devem envolver-se em atividades de atendimento aos pacientes, antes de concluída sua tarefa. Normalmente, o médico triador é o segundo em comando da unidade de emergência.

### **Método C.R.A.M.P**

Circulação, Respiração, Abdome, Motilidade, Palavra.<sup>6</sup>

A tabela C.R.A.M.P. é utilizada com o mesmo objetivo da tabela S.T.A.R.T., com o diferencial que a tabela C.R.A.M.P. possui parâmetros mais específicos devendo então ser utilizada por médicos.

A tabela C.R.A.M.P. é utilizada com o mesmo objetivo da tabela S.T.A.R.T., com o diferencial que a tabela C.R.A.M.P. possui parâmetros mais específicos devendo então ser utilizada por médicos.

A classificação das vítimas também é feita através de cores e a prioridade de atendimento é a mesma do método S.T.A.R.T.

O método C.R.A.M.P. é um dos mais difundidos internacionalmente e foi popularizado na América do Sul por especialistas argentinos em medicina de desastres.

- A sigla surgiu da reunião das iniciais das seguintes palavras:
- circulação - C;
- respiração - R;
- abdômen - A;
- motor ou movimento - M;
- psiquismo ou palavra - P.



O exame do paciente é feito em cinco estágios. Ao término de cada um desses estágios e, em função do estado geral caracterizado, pontua-se da seguinte forma:

- exame normal: dois pontos;
- exame anormal: um ponto;
- exame grave: zero ponto.

Ao término do exame geral, a somação da pontuação de cada um dos estágios do método define o escore de prioridades de atendimento.

A pontuação se dá, da seguinte forma: 02 Pontos = Circulação – pulso 60 – 100; Respiração – respira normal, tórax não comprometido; Abdome – não comprometido; Motor normal; Palavra – Normal. 01 Ponto = Circulação Pulso >100 ou <60, pressão 100-85; Respiração – respiração anormal, tórax comprometido, frequência respiratória >30 ou <10; Abdome – comprometido; Motor – resposta motora só a dor; Palavra – confuso, incoerente; 0 Pontos = Circulação – sem pulso, pressão <85; Respiração – ausente ou agônica; Abdome – aberto ou rígido; Motor – sem resposta; Palavra – Sem palavras.

Para obter a pontuação e assim classificar as vítimas segundo as cores, é necessário que se atribua pontos aos parâmetros da vítima, lembrando que sempre devemos considerar o pior parâmetro encontrado. Após atribuir a pontuação para cada item, devemos somar todos os pontos e com o total em

mãos devem seguir as coordenadas para atribuir as cores.

Sendo: de 0 a 1 = a Cor Preta, de 2 a 6 a Cor Vermelha; de 7 a 8 a Cor Amarela e de 9 a 10 a Cor Verde.<sup>6</sup>

### **A.B.C.D.E. do trauma**

#### **Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure<sup>7</sup>**

Vias Aéreas, Respiração, Circulação, Neurológico, Exposição

A avaliação inicial deve identificar lesões que comprometem a vida do paciente e, simultaneamente, estabelecer condutas para a estabilização das condições vitais e tratamento destas anormalidades. A avaliação segue uma ordem de prioridades e são as mesmas para a criança, adulto, gestantes e idosos.

A avaliação inicial deve identificar lesões que comprometem a vida do paciente e, simultaneamente, estabelecer condutas para a estabilização das condições vitais e tratamento destas anormalidades. A avaliação segue uma ordem de prioridades e são as mesmas para a criança, adulto, gestantes e idosos.

Este processo se constitui no A.B.C.D.E. do atendimento ao traumatizado:

A – (Airway) – Vias aéreas e controle da coluna cervical;

B – (Breathing) – Respiração e Ventilação;

C – (Circulation) – Circulação com controle de hemorragia;

D – (Disability) – Exame neurológico sumário;

E – (Exposure) – Exposição com controle da hipotermia.

A avaliação de cada item implica em diagnosticar alterações e tomar decisões concomitante antes de se proceder o passo seguinte.

É utilizado tanto por leigos como por profissionais de saúde. Avaliação que não soma pontos; determina a gravidade pelos achados traumáticos que ameaçam a vida. Pode ser classificado com cores, usando o sistema de cartões.<sup>7</sup>

Enfim o método S.T.A.R.T. é utilizado na triagem inicial, ou seja, na zona quente; enquanto que os métodos C.R.A.M.P. e A.B.C.D.E. do trauma são mais utilizados no P.M.A. (Posto Médico Avançado) e no intra hospitalar.<sup>8</sup>

Contudo, cada serviço adota o método que melhor se encaixa em uma realidade de atendimento, inclusive a miscelânea deles.<sup>8</sup>

## Resultados

Diversos métodos de triagem permitem estabelecer prioridades no atendimento de emergências médico-cirúrgicas. O Método Cramp é um dos mais difundidos internacionalmente e foi popularizado na América do Sul por especialistas argentinos em medicina de desastres para o atendimento inter-hospitalar

ficando o método START para o pré-hospitalar na triagem.

As múltiplas vítimas decorrentes de uma catástrofe serão admitidas no Pronto Socorro com uma identificação já realizada pela equipe da APH, será então realizada uma triagem pelo enfermeiro, e após, as vítimas serão identificados através de pulseiras que contenha as seguintes informações: número original de identificação da vítima, já determinado pela APH, sua prioridade para atendimento, definido pelas cores das pulseiras, vermelha, verde, amarelo.

Foi realizado uma vasta pesquisa de artigos a procura de dados que mensurassem a eficácia dos métodos descritos nesse trabalho, porém a literatura ainda não tem muitos dados publicados a este respeito especificamente, então foi possível encontrar artigo sobre um simulado realizado na cidade de Vitória-ES, contando a amostra de 40 vítimas sendo o acidente entre um ônibus e dois carros. Foram envolvidos também no estudo o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Espírito Santo (CBMES), Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu 192), Defesa Civil do Estado do Espírito Santo e Guarda Civil Municipal de Vitória-ES. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES (parecer no145/2010).

O Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (CBMES), que desencarcerou

as vítimas, delimitou as zonas de perigo e realizou a triagem pelo método START atuou corretamente em 92,5% dos casos. O Samu 192 que atendeu as vítimas pelo método mnemônico (ABCDE) no posto médico avançado agiu corretamente em 92,5% dos casos, no quesito Via Aérea; 97,5%, no Respiração; 92,5%, no Circulação; 90%, no Avaliação Neurológica; e 50%, no Exposição e Controle do Ambiente. A análise conjunta do ABCDE mostrou que o atendimento foi correto em 42,5% dos casos. O transporte dos pacientes foi realizado corretamente em 95% dos casos. A Guarda Municipal garantiu a perviedade das avenidas para transporte dos pacientes, e a Defesa Civil coordenou eficazmente o trabalho das equipes envolvidas no posto de comando. Concluindo um trabalho eficaz na utilização dos três métodos de triagem utilizados, sendo START, CRAMP e ABCDE.<sup>2</sup>

## Discussão

Todo sistema organizado para atendimento às emergências deve ter um plano estabelecido para fazer frente a um acidente com múltiplas vítimas. O plano deve ser específico, estabelecido a partir de características locais e regionais, RAISA<sup>9</sup> (2007).

Entre muitos pontos, deve o plano estabelecer a forma mais eficiente de oferecer, simultaneamente, socorro a todas as vítimas. Em outras palavras, várias equipes

de emergência, equipadas e preparadas, devem ser acionadas e as vítimas atendidas ao mesmo tempo.

Muitas vezes, no entanto, por alguns minutos ou eventualmente horas, isto não é possível. Na impossibilidade, a primeira equipe que chegar ao local deve iniciar um processo chamado “triagem das vítimas”.

Triagem é a classificação das vítimas em categorias, não exclusivamente relativas a gravidade mas sim às situações em que mais se beneficiarão do socorro prestado.

O objetivo é otimizar a ação de socorro, salvando o maior número possível de vítimas.

A partir da triagem, as vítimas recebem o socorro no local e são transportadas para um atendimento hospitalar.

Quando o número de vítimas ultrapassa a capacidade da equipe no local, é prioritário também o estabelecimento de uma área de triagem e estabilização, assunto que abordaremos em outro momento.

Devemos também considerar que não existe um critério perfeito de triagem, variando de um sistema para outro e na dependência de diversos fatores, como a magnitude e a área de abrangência do desastre, tipo de desastre (produtos perigosos, terremotos, etc.), qualificação das equipes e equipamentos, dentre muitos outros pontos.

A triagem é também específica para uma finalidade como por exemplo: triagem

para iniciar o socorro no local, triagem para colocar as vítimas em áreas específicas na zona do desastre, triagem para o transporte da zona de desastre para o atendimento hospitalar, triagem no atendimento hospitalar e triagem para o transporte inter-hospitalar.

Na cena do desastre, a triagem deve ser considerada um processo contínuo, ou seja, constantemente deve ser repetida em cada vítima, mesmo para as que já receberam um socorro inicial, pois a situação pode alterar-se e uma vítima considerada de baixa prioridade pode, alguns minutos depois, necessitar cuidados imediatos para que se mantenha viva.

Na literatura não existe um protocolo padrão que determine uma metodologia para a elaboração de simulações de atendimento à múltiplas vítimas de trauma. A elaboração de acidentes simulados envolvendo múltiplas vítimas torna-se necessária, para que as agências de atendimento pré-hospitalar possam treinar e se aperfeiçoar em situações especiais como essas descritas no trabalho e nos resultados da pesquisa.<sup>9</sup>

### **Consideração finais**

Como não é possível se prever acidentes nem catástrofes, deve-se trabalhar de maneira a treinar profissionais para atuarem neste cenário quando os mesmos vieram a acontecer.<sup>9</sup>

O método START abordado neste trabalho é utilizado em todo o Brasil pelos

serviços de Urgência e Emergência incluindo o Serviço Móvel de Atendimento a Urgências (SAMU) presente em muitas cidades e capitais brasileiras, ficando em segundo lugar ou segunda escola os métodos CRAMP e ABCDE, já mais específicos para a área médica.<sup>4</sup>

Para a eficácia nos atendimentos é crucial que os profissionais sejam treinados e tenham seus conhecimentos reciclados de tempos em tempos de modo a estarem sempre atualizados com o objetivo de maior eficácia no atendimento, e com isso o maior salvamento de vítimas possíveis.

### **Referências**

1. Nardoto EML, Diniz JMT, Carlos Eduardo Gouvêa da Cunha CEG. Perfil da vítima atendida pelo Serviço Pré-hospitalar Aéreo de Pernambuco. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):237-42.
2. Simões RL, Duarte Neto C, Maciel GSB, Furtado TP, Paulo DNS. Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado em Vitória-ES. Rev Col Bras Cir. 2012; 39(3):230-7.
3. Lakatos, EM.; Marconi, MA. Fundamentos de Metodologia Científica. 4ª.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
4. Eid, CAG. Triagem em Acidentes com Múltiplas Vítimas. [internet]. São Paulo (SP) 2001. [acesso em 7 dez 2014].

5. Disponível em:  
[http://www.aph.com.br/triagem\\_acid\\_multipartes\\_vit.htm](http://www.aph.com.br/triagem_acid_multipartes_vit.htm)
6. Masella CA. Atendimento a Múltiplas Vítimas: Catástrofes e Desastres – SAMU – Ribeirão Preto. [internet] Ribeirão Preto (SP) dez 2012. [acesso em 07 de dez 2014]. Disponível em:  
[http://www.aph.com.br/triagem\\_acid\\_multipartes\\_vit.htm](http://www.aph.com.br/triagem_acid_multipartes_vit.htm)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. [acesso em 7 dez 2014]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao\\_medica\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf)
8. Projeto Trauma. Atendimento a desastres: manual de treinamento. São Paulo: Nacional; 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Rev Saúde Pública. 2000; 34(4):427-30.
10. Rasia CA, Barros CC, Marcelino SC, Sílvia C, et al. Manual de Atendimento Pré-hospitalar. Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, 2007.