

GOVERNO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA

SAMU 192 Regional

1ª EDIÇÃO

Belo Horizonte
2016



MINAS GERAIS
GOVERNO DE TODOS

MARÇO DE 2016

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SUPORTE
BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA
SAMU 192 REGIONAL

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves – Rodovia Prefeito

Américo Gianetti, s/n, Bairro Serra Verde Edifício Minas

CEP: 31.630-900 Telefone: (31) 3915-9882

© 2016 Secretaria de Estado de Saúde. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. O conteúdo desta pode ser acessado na página: www.saude.mg.gov.br

Tiragem: 1ª edição - 2016 - versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde
Superintendência de Redes de Atenção à Saúde
Diretoria de Redes Assistenciais
Coordenação Estadual de Urgência e Emergência
Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves – Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n, Bairro Serra Verde
Edifício Minas
CEP: 31.630-900
Telefone: (31) 3915-9882

Coordenação técnica geral

Luciana Márcia Felisberto
Alexandre Viana de Andrade
Stefânia Merciana Gomes Ferreira
Gleyka Lopes Martins
Luciana Aparecida Soares Penna

Arte da Capa

Maycon Stayner Nogueira Portugal

Autores

Alain Rozemberg
Aldinéia Walckof
Alexandre Viana de Andrade
Ana Carolina Ferreira da Silva
Ana Maria Pueyo Blasco Magalhães
Anderson Passos de Souza
André Alves Elias
Bárbara Campolina Barbosa
Bárbara Moreira Viegas
Cesar Augusto Soares Nitschke
Christian Chebly Prata Lima
Darlan Venâncio Thomaz Pereira
Emanuelle Cristina Coelho
Eliane da Costa Rodrigues
Felipe Leandro Batista
Francyllen Luiza Simões Campos
Giselle Coutinho dos Santos
Gleyka Lopes Martins
Hamires Marques de Espindula
Josiana A. de Lima e Cotta
Júlio César Batista Santana
Kelen Cristina de Souza
Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
Luciana Aparecida Soares Penna
Luciana Márcia Felisberto
Miguel Martinez-Almoyna
Natália Carine Soares Cólem
Norberto Machado
Rosana de Vasconcelos Parra
Stefânia Merciana Gomes Ferreira
Wandha Karine dos Santos
Wellington Santos Corrêa

Ficha Catalográfica

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Curso de capacitação em suporte básico e avançado de vida SAMU 192 Regional. 1. ed. Belo Horizonte, 2016. 275 p. ISBN 978-85-5674-001-4

Fernando Damata Pimentel
Governador do Estado de Minas Gerais

Antônio Andrade
Vice-Governador do Estado de Minas Gerais

Fausto Pereira dos Santos
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Alzira de Oliveira Jorge
Secretária de Estado Adjunta de Saúde de Minas Gerais

Maria do Carmo
Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Roseli da Costa Oliveira
Subsecretária de Regulação em Saúde

Celeste de Souza Rodrigues
Subsecretária de Vigilância e Proteção em Saúde

Pedro Mousinho Gomes Carvalho Silva
Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
Subsecretária de Gestão Regional

Ana Augusta Pires Coutinho
Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

Cláudia Carvalho Pequeno
Diretora de Redes Assistenciais

Luciana Márcia Felisberto
Coordenadora Estadual de Urgência e Emergência

Alexandre Viana de Andrade
Christian Chebly Prata Lima
Assessores Técnicos da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência



Sumário

INTRODUÇÃO.....	11
Capítulo 1 - Definições Gerais.....	13
1.1 Urgência e Emergência.....	13
1.2 Sistema.....	14
1.3 Redes de Atenção à Saúde.....	15
1.4 Rede de Atenção às Urgências.....	17
1.5 Regulação.....	19
1.6 Regulação Médica das Urgências e Emergências.....	20
1.7 Complexo Regulador da Assistência.....	22
1.8 Centrais de Regulação.....	24
1.9 Plano Diretor de Regionalização – PDR.....	24
1.10 Plano de Ação Regional – PAR.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
Capítulo 2 - Os Componentes da Rede de Atenção às Urgências.....	29
2.1 Contextualização.....	29
2.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).....	30
2.3 Diretrizes e Parâmetros Técnicos da Regionalização da Rede Nacional do SAMU 192.....	33
2.4 Sala de Estabilização (SE).....	34
2.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h).....	36
2.6 Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.....	39
2.7 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).....	45
REFERÊNCIAS.....	49
Capítulo 3 - Componente Pré-Hospitalar Móvel de Urgência – SAMU 192.....	51
3.1 Conceitos e Definições.....	51
3.1.1 Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....	51
3.1.1.1 Tipologia dos Veículos.....	53
3.1.1.2 Materiais e Equipamentos dos Veículos.....	55
3.1.1.3 Tripulação dos Veículos.....	60
3.1.2 Central de Regulação das Urgências.....	61
3.1.2.1 Recursos Humanos.....	62
3.2 Responsabilidade Multiprofissional.....	63
3.2.1 Descrição da Equipe Profissional.....	63
3.2.1.1 Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde.....	63
3.2.1.2 Equipe de Profissionais não Oriundos da Saúde.....	64
3.2.2 Perfil dos Profissionais e Respectivas Competências/Atribuições.....	64

3.2.2.1	Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde.....	64
3.2.2.2	Equipe de Profissionais não Oriundos da Saúde.....	67
3.2.3	Equipes de Apoio.....	70
3.3	Importância do Trabalho Multiprofissional e Interdisciplinar no Atendimento Pré-Hospitalar.....	73
3.4	Educação Permanente nos Serviços de Urgência e Emergência.....	74
3.4.1	Núcleo de Educação em Urgências (NEU).....	75
3.4.1.1	Metodologia de Trabalho.....	75
3.4.1.2	Responsabilidade.....	76
3.4.1.3	Programação Geral de Treinamento para a Certificação dos Profissionais do Pré-Hospitalar Móvel pelo Núcleo de Educação em Urgência.....	76
3.4.1.4	Modelo de Capacitação Adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional.....	78
	REFERÊNCIAS.....	81
	Capítulo 4 - Os Consórcios Públicos e o SAMU 192 Regional.....	83
4.1	Aspectos do Federalismo Brasileiro.....	83
4.2	Consórcios Públicos: Aspectos Fundamentais.....	85
4.2.1	Quem Pode se Consorciar.....	86
4.2.2	Fundamentos Legais.....	86
4.2.2.1	Sobre os Aspectos Históricos.....	86
4.2.2.2	Sobre as Principais Normas Referentes aos Consórcios Públicos.....	87
4.2.2.3	Sobre as Personalidades Jurídicas dos Consórcios Públicos.....	88
4.2.2.4	Sobre o Processo de Constituição do Consórcio Público.....	88
4.2.2.4	Sobre os Documentos Constitutivos e Administrativos do Consórcio Público.....	89
4.2.3	As Competências dos Consórcios Públicos.....	92
4.2.4	Controle e Fiscalização dos Consórcios Públicos.....	93
4.3	Os Consórcios de Saúde.....	94
4.4	Os Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais.....	95
4.5	Os Consórcios Públicos Temáticos e o SAMU 192 Regional.....	96
4.5.1	Por que o Consórcio Público como "modelo de gerência" do SAMU 192 Regional?.....	96
4.5.2	Quais as Competências Básicas dos Consórcios que gerenciam (ou gerenciarão) o SAMU 192 Regional?.....	99
4.5.3	Como Ocorre a Relação da SES-MG com os Consórcios Públicos que realizam a Gerência do SAMU 192 Regional?.....	101
4.6	Considerações.....	102
	REFERÊNCIAS.....	104

Capítulo 5 - Sistema de Regulação das Urgências..... 107

5.1	A Regulação de Urgência.....	107
5.2	Papel, Tarefas da Equipe da Central de Regulação 192.....	112
5.2.1	Papel Gestor da Equipe de Regulação.....	112
5.2.2	Papel do Médico Regulador e Principais Tarefas.....	112
5.2.3	Papel do Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) no Primeiro Minuto do Chamado.....	113
5.2.3.1	Função Operacional de Administração.....	114
5.2.3.2	Função Operacional Técnica.....	114
5.2.3.3	Função Operacional Paramédica.....	114
5.3	As Vias de Entrada dos Pedidos de Atendimento de Urgência.....	114
5.3.1	Tipologia da Primeira Expressão do Chamado.....	115
5.3.2	Tratamento de uma Chamada.....	116
5.3.3	O Tratamento Simultâneo de Múltiplos Processos (Chamada Prontuários).....	118
5.4	Etapas da Regulação Médica dos Chamados Recebidos.....	119
5.4.1	Primeira Etapa: Recepção do chamado.....	119
5.4.1.1	Localização do Chamado.....	120
5.4.1.2	Origem e Perfil do Solicitante.....	120
5.4.1.3	Identificação da Natureza do Agravo.....	121
5.4.2	Segunda Etapa: “Abordagem do Caso” Regulação Médica.....	121
5.4.2.1	O Estabelecimento do Diagnóstico Síndrômico.....	123
5.4.2.2	Níveis de Classificação das Urgências.....	127
5.4.3	Terceira Etapa: “Decisão e Acompanhamento”.....	127
5.4.3.1	Decisão Técnica/Resposta.....	127
5.4.3.2	Alguns Critérios para Deflagrar Atendimento Médico In Loco.....	128
5.4.3.3	Outras Orientações.....	130
5.4.3.4	Decisão Gestora.....	130
5.5	Noções de Regulação de Urgência em Situações de Múltipla Vítimas.....	131
5.5.1	Caracterização das Situações que Podem ser Encontradas.....	131
5.5.2	Principais Causas, Problemas e Riscos Ambientais Observados em Acidentes de Massa.....	132
5.5.3	Ações no Local de Atendimento.....	133
5.6	Princípios Gerais do Plano de Atendimento a Emergências.....	133
5.7	Considerações Gerais.....	137
5.7.1	Etapas do Atendimento.....	137
5.7.2	Regulação das Transferências Simultâneas de Múltiplas Vítimas.....	140
	REFERÊNCIAS.....	141

Capítulo 6 - Regulação Assistencial na Atenção Hospitalar de Urgência..... 143

6.1	Regulação Assistencial em Minas Gerais.....	143
6.2	Regulação de Leitos para Atendimento às Urgências.....	146
	REFERÊNCIAS.....	149

Capítulo 7 - Classificação de Risco..... 151

7.1	Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco.....	151
7.2	O Protocolo de Classificação de Risco Manchester.....	153
7.2.1	Estrutura Mínima para a Realização da Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester.....	156
7.2.2	Capacitação dos Profissionais para a Realização da Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester.....	157
7.2.3	Auditoria da Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester.....	157
	REFERÊNCIAS.....	159

Capítulo 8 - Cenário Atual da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Estado de Minas Gerais..... 161

8.1	Contextualização.....	161
8.2	O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em Minas Gerais.....	166
8.3	Descrição do SAMU 192 Regional por Região Ampliada de Saúde.....	170
8.4	Perfil Assistencial do SAMU 192 Regional no Estado de Minas Gerais.....	174
8.4.1	Tempo Médio de Resposta ao Chamado.....	174
8.4.2	Total de atendimentos por USA e USB no Ano de 2015.....	174
8.5	Perfil Assistencial do SAMU 192 Regional por Região Ampliada de Saúde.....	175
8.6	As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Componente Hospitalar.....	176
8.7	Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.....	178
8.8	Considerações.....	180
	REFERÊNCIAS.....	183

Capítulo 9 - Atendimento Pré-Hospitalar e Transporte Inter-Hospitalar de Urgência..... 187

9.1	Histórico dos Atendimentos Móveis de Urgência e da Regulação Médica de Urgência.....	187
9.1.1	No Mundo.....	187
9.1.2	No Brasil.....	189
9.1.3	Modelos.....	191
	REFERÊNCIAS.....	196

Capítulo 10 - Destaques da American Heart Association 2015: atualização das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar..... 197

10.1	Contextualização.....	197
10.2	Sistema de Atendimento.....	197
10.3	Cadeias de Sobrevivência.....	198

10.4	Formação de Times de Resposta Rápida (TRR) ou Times de Emergência Médica (TEM).....	199
10.5	Revisão do Algoritmo de Suporte Básico de Vida para Adultos e Qualidade da RCP.....	200
10.5.1	Revisão do Algoritmo de Suporte Básico de Vida para Adultos e Qualidade da RCP realizada por Socorrista Leigo.....	200
10.5.2	Revisão do Algoritmo de Suporte Básico de Vida para Adultos e Qualidade da RCP Realizada por Profissionais de Saúde.....	201
10.6	Revisão do Suporte Avançado de Vida Cardiovascular para Adulto.....	204
10.7	Cuidados pós-PCR.....	204
10.8	Prognóstico após PCR.....	205
10.9	Doação de Órgãos.....	205
10.10	Síndromes Coronarianas Agudas.....	205
10.11	Troponina para Identificar Pacientes que Possam Receber Alta com Segurança do Serviço de Emergência.....	207
10.12	Situações Especiais em Ressuscitação.....	207
	REFERÊNCIA.....	215

Capítulo 11 - Rotinas Básicas do Serviço..... 217

11.1	Rotina de Serviço Número 01 - Prioridades de acionamento, tempo para iniciar deslocamento e forma de deslocamento.....	217
11.2	Rotina de Serviço Número 02 - Uso de sinais luminosos (giroflex, etc) e sirenes.....	218
11.3	Rotina de Serviço Número 03 - Uso de uniformes e equipamentos de proteção individual.....	218
11.4	Rotina de Serviço Número 04 - As transferências inter-hospitalares e o SAMU.....	219
11.5	Rotina de Serviço Número 05 - Protocolo de Transporte Aeromédico (helicóptero).....	220
11.6	Rotina de Serviço Número 06 - Códigos de radiocomunicação.....	223
11.7	Rotina de Serviço Número 07 - Modelo de Ficha de Atendimento.....	226
11.8	Rotina de serviço número 08 - Informações do quadro de grade de referência.....	227
	REFERÊNCIA.....	231

Capítulo 12 - Ética e Bioética no Atendimento Pré-Hospitalar..... 233

12.1	Contextualização.....	233
12.2	Princípios da Bioética e o Processo do cuidar no Atendimento Pré-Hospitalar.....	234
12.3	Aspectos Éticos e Legais no Atendimento Pré-Hospitalar.....	236
12.4	Atendimento de Emergência: Uma Visão Ética e Humanitária.....	237
12.5	Os Postulados dos Códigos de Ética Médica e dos Profissionais de Enfermagem.....	238
12.6	Trabalho em Equipe no Atendimento Pré-Hospitalar	241

12.7	Casos Clínicos de Conflitos Éticos no Atendimento Pré-Hospitalar Como Lidar com este Cenário?.....	246
12.8	Considerações.....	249
REFERÊNCIAS.....		252
ANEXO I - Relação de equipamentos e materiais permanentes utilizados na USB, USA, Central de Regulação e Bases Descentralizadas.....		257
ANEXO II - Relação de materiais de consumo utilizados na USB, USA, Central de Regulação e Bases Descentralizadas.....		261
ANEXO III - Relação de outros materiais utilizados na USB, USA, Central de Regulação e Bases Descentralizadas.....		273

INTRODUÇÃO

Luciana Márcia Felisberto

Este material tem por objetivo nortear os cursos introdutórios do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional do Estado de Minas Gerais. Caracteriza-se por um compilado de informações imprescindíveis para uma adequada atuação do SAMU 192 em Minas Gerais, perpassando pelo entendimento de Rede de Atenção a Saúde, Sistema, Regulação, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Classificação do Risco nas Portas de Entrada, Regionalização, Ética e Bioética, espaços colegiados de gestão, dentre outros aspectos inerentes ao serviço propriamente dito. Endente-se que o profissional do SAMU, seja ele intervencionista ou não, deve ter, além da conhecida paixão pelo serviço, conhecimentos básicos do Sistema Único de Saúde e da atual política de saúde para sua adequada atuação.

O SAMU 192 foi uma política de saúde adotada nacionalmente a partir de 2003, com a elaboração de legislações e normas federais. A implantação da política compreende até os dias atuais um desafio devido a complexidade que envolve investimentos adequados, inserção do serviço em uma rede articulada de atenção às urgências, conformação de sistemas de informações apropriados e principalmente capacitação dos profissionais da RUE.

O desafio aumenta ao analisarmos os dados epidemiológicos em nosso País que indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase em violências e traumas, tornando-se a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para o número de óbitos por Infarto Agudo de Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) se constituem como relevantes problemas de saúde (JORGE *et al.*, 2014). Sabe-se também, que nos momentos de agudização destes processos os usuários têm nos serviços de urgência o acesso à assistência que demandam.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, uma das redes prioritárias para o Ministério da Saúde foi instituída pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, definindo os diversos componentes desta rede de atenção e os incentivos a serem disponibilizados aos estados e municípios para sua implementação em seus territórios.

A atenção às urgências vem se apresentando como pauta fundamental e prioritária, tanto para o governo federal, estados e municípios do País, justificada pela magnitude dos problemas nesta área e pela necessidade de intervenção para a melhoria do atendimento. A política preconiza que a atenção às urgências deve fluir em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a assistência desde as unidades básicas, passando pelas atenções pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar.

As situações clínicas que demandam atenção de urgência e emergência são tão variadas e específicas, que necessitam, por sua vez, de abordagens diferenciadas no sistema e em diferentes pontos de atenção com adensamentos tecnológicos variados.

Assim, a abordagem rápida e a transferência segura são pilares para permitir o ‘caminhar’ seguro do usuário pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para isso, o SAMU 192 é o componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde. O serviço é acionado gratuitamente pelo número 192 e conta com Central de Regulação das Urgências (CRU) e veículos tripulados por equipes capacitadas que varia de acordo com o tipo de ambulância. O SAMU 192 possibilita o atendimento fora do ambiente hospitalar na busca de redução de danos, óbitos e aumento da sobrevivência dos pacientes.

O Estado de Minas Gerais vem investindo sistematicamente na ampliação da cobertura do SAMU 192 juntamente com os municípios e o governo federal. Atualmente a cobertura deste serviço, que é a porta aberta do SUS em qualquer lugar para o usuário, alcança 66,8% da população mineira, sendo na maior parte o serviço regionalizado, com abrangência territorial maior, contemplando minimamente uma Região Ampliada de Saúde. Este é outro desafio encontrado para a ampliação da oferta, a regionalização dos serviços municipais existentes, tendo em vista que a regionalização permite alcançar maior parte da população com custo reduzido para as três esferas de governo, otimizando assim os recursos públicos.

Atualmente a frota do SAMU 192 em Minas Gerais conta com 50 Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) e 196 Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), além de veículos que foram renovados e que estão como reserva técnica. A Secretaria de Estado de Saúde trabalha para que o SAMU 192 se consolide como estratégia estruturante para o SUS em todo território estadual, garantindo o serviço a toda população mineira e seja um componente de uma política integrada de atenção às urgências e não somente com um programa de alta visibilidade.

Capítulo 1 - Definições Gerais

Felipe Leandro Batista
Gleyka Lopes Martins
Josiana A. de Lima e Cotta
Luciana Márcia Felisberto

1.1 Urgência e Emergência

Ao considerar a importância dos termos componente da Urgência e Emergência na assistência à saúde é necessário compreender os conceitos peculiares da área.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1451/95:

Urgência é o agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, que também implica em atendimento médico imediato.

Emergência é a circunstância de agravo à saúde, com risco iminente de vida ou que cause intenso sofrimento ao paciente, que exige tratamento médico imediato.

É sabido que os termos urgência e emergência geram muitas dúvidas no âmbito da saúde, por isso alguns locais têm utilizado apenas o termo urgência para os casos que necessitem de cuidados imediatos. Em Minas Gerais, no âmbito da classificação de risco com o Protocolo de Manchester, são adotados os termos Emergência, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente, Não Urgente. De acordo com essa classificação as urgências e emergências são aquelas situações que devem ser resolvidas, ou pelo menos atendidas, em um prazo máximo de 4 (quatro) horas (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Segundo Le Coutour (1994) o significado de urgência difere em função de quem sente:

- **para os usuários e seus familiares**, pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida. É do imprevisto que tende a vir à urgência: “eu não posso esperar”;
- **para o médico**, a noção de urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo, relacionado com o prognóstico vital em certo intervalo: “ele não pode esperar” e
- **para as instituições**, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, é

“o que não pode ser previsto”.

Essa definição de urgência está diretamente relacionada com a subjetividade do usuário, que por vezes se contrapõe a objetividade do profissional de saúde. Esses pacientes devem ser acolhidos e encaminhados ao serviço que melhor atende o seu problema, pois significa um momento de aflição e sofrimento e todos tem direito de sentirem-se agudamente doentes (LUMER, 2013).

1.2 Sistema

Sistema é um complexo de partes integradas e correlacionadas que conjuntamente, formam uma unidade com determinado objetivo e função (OLIVEIRA, 2010). Os sistemas estão em toda parte, não importa em qual área de atuação, eles desempenham um papel dominante em uma série de campos, que vão das empresas até a saúde (BERTALANFFY, 2010).

No âmbito da saúde, os sistemas são definidos pela Organização Mundial da Saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado para todos os cidadãos; a provisão de serviços, seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (OMS, 2000; MENDES, 2002)

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2011). Há uma relação estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que ambas constituem a transição de saúde (SCHRAMM *et al.*, 2004).

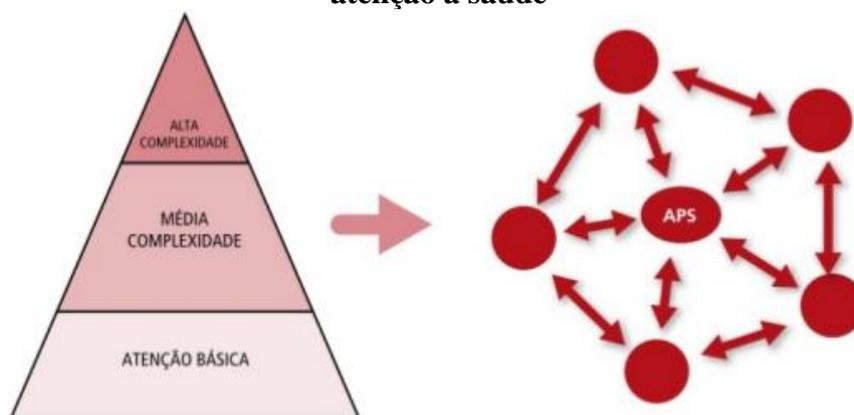
O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores exemplos de sistemas públicos de saúde no mundo. Ele abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos e tecidos, garantindo acesso integral e gratuito. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde da população do país.

1.3 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas ou níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a década de 90 as RAS têm sido suporte às políticas públicas para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico onde o Estado assume um papel coordenador e ordenador das relações entre os diversos atores que transitam na gestão do sistema de saúde. (BRASIL, 2010)

Essas organizações hierárquicas e burocráticas que classificam segundo o nível de cada atenção (atenção básica, média e alta complexidade) são concepções equivocadas que levam em conta a significação dicionarizada e não a complexidade. Conformações como tal tendem a serem substituídas por redes estruturadas, flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados. Um sistema que transpassa de hierárquico e piramidal para uma rede horizontalizada de atenção à saúde. (MENDES, 2011; INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001). Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.

Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011.

A implementação dessas redes estruturadas, com a Atenção Primária a Saúde (APS) ordenadora do cuidado, aponta para uma eficácia na produção de saúde, melhoria na

eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. Ressalta-se a importância da gestão da rede através dos complexos reguladores, visando à integração e interligação dos pontos de atenção e as demandas com as ofertas disponíveis em territórios e fluxos definidos através de ações reguladoras necessárias.

No atual cenário houve ampliação das ações e dos serviços disponibilizados para a população, porém ainda há um distanciamento importante entre as diretrizes e a existência concreta de uma rede contínua de cuidados integrais. A maior dificuldade é a integração entre os níveis de atenção à saúde, comprometendo as respostas às necessidades de saúde e, conseqüentemente, a legitimidade do SUS junto ao usuário (BADUY *et al.*, 2011). Desde dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o Ministério da Saúde (MS) já acenava para a necessidade da organização das RAS como estratégia para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade e a integralidade da atenção, bem como a equidade do acesso, além da melhor articulação dos serviços e sistemas e a transparência na alocação de recursos.

A partir de 2011 foram definidas 5 Redes Temáticas para a implantação:

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências,
- Rede Cegonha,
- Rede de Atenção Psicossocial,
- Rede de Atenção às doenças e Condições Crônicas e
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), não há como determinar um único modelo para organizar as Redes de Atenção à Saúde. Entretanto, pode-se considerar alguns atributos apontados como essenciais e que potencializarão o funcionamento sistemático das RAS, tais como:

- População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;

- Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde;
- Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população. ”

1.4 Rede de Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, definindo os diversos componentes desta rede de atenção e os incentivos a serem disponibilizados aos estados e municípios para sua implementação em seus territórios.

A organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar, no âmbito do SUS, todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, e deve ser implementada gradativamente, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

Para seu enfrentamento, é fundamental a articulação das três esferas de governo, sob o ponto de vista assistencial, bem como para a garantia do adequado financiamento a uma melhor atenção, minimizando, assim, o grave quadro atual. Orquestrar uma rede dessa natureza, de modo a articular todos os seus componentes para atuação integrada e sinérgica, se constitui na única alternativa para a melhoria da efetividade e da atenção ágil e oportuna às diversificadas situações de urgências e emergências (JORGE *et al*, 2014).

Ainda segundo a autora, para implementação desta rede, a partir da pactuação regional, são previstos recursos para pagamento dos incentivos relativos aos diversos componentes da RUE. Ademais, outras tantas estratégias que são transversais a qualquer Rede de Atenção à Saúde – como a política de regulação, a organização e a integração dos sistemas de informação, a qualificação dos processos de trabalho e a educação Permanente

do conjunto dos profissionais – são condições primordiais para a efetiva implantação dessa rede.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

As principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;
- Regionalização da saúde e atuação territorial;
- Regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- Centralidade nas necessidades de saúde da população;
- Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- Articulação interfederativa;

- Participação e controle social;
- Fomento, coordenação e execução de 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; e
- Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

1.5 Regulação

A regulação é um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, que utiliza instrumentos específicos para garantir a integralidade do cuidado. Sabe-se que não existe um padrão para definir a regulação, o que há são diferentes conceituações sobre regulação, cada uma refletindo diferentes perspectivas e valores que estão implícitos por quem as elabora e por quem as utiliza (CONASS, 2011).

Segundo Saltman *et al* (2002) regulação é uma intervenção do governo, por meio de regras, leis e normas, no mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde. Regular é incorporar uma grande variedade de mecanismos, desde atos legislativos até requisitos e exigências colocadas administrativamente, além de incentivos positivos como subsídios ou negativos como de sanções legais.

De acordo com o Art. 2º da Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde,

estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Quando o governo controla ou deliberadamente influencia determinada atividade pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade ele está regulando. Manter o foco no objetivo da regulação é necessário, pois garante o desempenho do sistema de saúde, prestando uma assistência eficiente e equitativa e atendendo às necessidades de saúde da população. (SALTMAN *et al*, 2002).

1.6 Regulação Médica das Urgências e Emergências

A regulação médica das urgências é operacionalizada pelas Centrais de Regulação Médica de Urgência e consiste em um processo de trabalho que preza pela garantia de uma escuta pelo médico regulador, com a recepção de todas as solicitações de ajuda que são dirigidas às centrais, bem como a possibilidade de estimar o grau de urgência de cada caso, emitindo a resposta mais adequada a cada solicitação com o monitoramento do atendimento desde o início até a finalização do caso. Nessa atividade também é assegurada a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, conforme a grade de serviços pactuada em consonância com os preceitos de regionalização e hierarquização (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência podem ser considerados pontos de pressão por respostas rápidas, assim, o sistema deve ser capaz de acolher o usuário, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento,

através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras centrais de Regulação.

Conforme a Portaria GM/MS N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010,

Estas Centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constitui o complexo regulador da assistência organizando e ordenando os fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades, portanto, a Regulação Médica das Urgências, baseada nas Centrais de Regulação é o elemento ordenador e orientador dos sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Elas são capazes de organizar a relação entre os serviços e qualifica os fluxos da clientela dentro do sistema abrindo porta de comunicação ao público em geral, através do qual os pedidos de atendimento de urgência são recebidos, avaliados e categorizados (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, “Regular” encontra na figura do médico regulador, operacionalmente na Central de Regulação (CR), a capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades do usuário.

Estes conceitos, aplicados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), materializam-se dos seguintes objetivos considerando a Portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002:

- garantir uma escuta médica permanente a toda demanda de atendimento de urgência;
- classificar e priorizar as urgências;
- determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis e hospitalizações desnecessárias;
- assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública ou privada adequada ao estado de paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do Sistema;
- gerar o acesso aos serviços de urgência de uma maneira eficiente e equânime;
- primar pelo interesse público (do cidadão) e
- qualificar e ordenar os fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização.

Assim, as portas de urgência da rede acolhem os usuários, prestando-lhe atendimento e direcionando-os ao local adequado à continuidade do tratamento de modo a

atender o paciente em sua integralidade em todos os pontos de atenção.

1.7 Complexo Regulador da Assistência

Complexos reguladores são instrumentos capazes de organizar ações de regulação do acesso à assistência, de modo a adequar a oferta de serviços às demandas dos usuários SUS. Essa importante ferramenta é capaz de ordenar e definir a atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (BRASIL, 2010).

Os complexos reguladores objetivam formar uma rede integrada de informações relativas à oferta disponível de serviços, para maior agilidade no atendimento à população, com especial atenção às situações de risco iminente de vida e, como resultado de sua aplicação, melhoria do acesso aos serviços de saúde e controle e avaliação sobre os serviços ofertados (CONASS, 2011).

Como objetivos específicos destacam-se:

- organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde mais adequados e oportunos, com base nos protocolos clínicos;
- organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-la às necessidades e demandas da população;
- oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- subsidiar o processo de controle e avaliação;
- subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e
- reorientar o planejamento das ações e serviços de saúde.

Os complexos reguladores fazem parte da reorganização da assistência à Saúde e contempla centrais de consultas, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de leitos, e também de centrais de regulação de urgência e de um processo de regulação assistencial que considere os aspectos clínicos e os fluxos assistenciais para o acesso. Nesse sentido, o processo regulatório, ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, para ampliar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua

função (CONASS, 2011).

O complexo regulador é de competência do Estado, possui uma lógica macrorregional e congrega um conjunto de centrais de regulação. De modo geral, compreendem-se quatro preceitos básicos no aspecto do acesso do paciente ao serviço:

- identificação da demanda (existência do paciente, com uma queixa inicial);
- diagnóstico médico (gravidade presumida, em casos de regulação médica de urgência) o mais precoce possível, a fim de indicar o tratamento necessário;
- mecanismo de acesso do paciente ao serviço médico (inclui o transporte do mesmo, se necessário) e
- respeito à complexidade do serviço necessário, a partir dos dados até então obtidos, viabilizando a continuidade do tratamento.

Segundo Nitschke (2014) a atuação do complexo regulador pode ser comparada a um “observatório privilegiado” dos serviços de saúde porque traz informação da assistência à saúde pela ótica da necessidade do usuário. Esse complexo é capaz de produzir dados que visem a resolubilidade real, com informações importantes para subsidiar o planejamento e possibilitar mudanças na prestação dos serviços assistenciais.

Os dados que o Complexo Regulador produz estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do Sistema. Em linhas gerais, as funções básicas de macro regulação do Sistema de Saúde podem ser resumidas nos seguintes aspectos mais relevantes:

- **Viabilização de acesso:** acesso aos serviços de urgência, acesso aos leitos para internação, transferência de pacientes entre serviços médicos diferentes, acesso à assistência ambulatorial especializada, exames complementares, etc.;
- **Controle financeiro:** análise e interpretação dos processos de pactuação de atenção, processamento de contas (pagamentos) hospitalares e ambulatoriais, etc.;
- **Auditoria, controle e avaliação:** nos aspectos médicos da assistência, bem como financeiros;
- **Gestão de serviços:** próprios ou contratados, com mecanismos de análise de seu desempenho geral perante o sistema.

1.8 Centrais de Regulação

As Centrais de Regulação são unidades operacionais articuladoras do fluxo de pacientes e da oferta de serviços na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2008). Essas estruturas visam a garantia do atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011).

1.9 Plano Diretor de Regionalização - PDR

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), estabelecido pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01) é um instrumento de planejamento e gestão que objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala. Estabelece uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), deve expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção. Além disso, a estruturação do PDR deve otimizar os gastos e recursos no processo de descentralização e racionalização.

Quando da elaboração do Plano Diretor de Regionalização, todo o estado será coberto por regiões de saúde (denominadas Macrorregiões/Regiões Ampliadas de Saúde e Microrregiões/Regiões de Saúde), com enfoque territorial-populacional. Seus principais objetivos são:

- aumentar a capacidade de gestão do SUS;
- trabalhar de acordo com as necessidades da saúde e não em função das pressões de oferta;
- incrementar as relações cooperativas e complementares entre gestores do sistema, com melhor definição de responsabilidades dos compromissos estabelecidos;

- fortalecer os instrumentos de consolidação dos pactos entre gestores do sistema e
- melhorar o acesso de todos os cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde.

1.10 Plano de Ação Regional - PAR

O Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é, conforme o Ministério da Saúde (2013), o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores elaborado pelo Grupo Condutor Estadual (GCE) da RUE, que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática. O PAR deve apresentar um diagnóstico do conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às urgências e emergências em uma determinada região de saúde, bem como as lacunas e necessidades, além das estratégias necessárias para superar os problemas detectados.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, para a elaboração do PAR, deve-se atentar para a realidade local, considerando a capacidade instalada dos prestadores, as condições técnico-operacionais dos estabelecimentos de saúde que compõem a RUE e outras variáveis inerentes à esta Rede para propor um dimensionamento em conformidade com a expectativa de demanda. A análise da situação da vigilância epidemiológica, da regulação, da avaliação, do controle, do apoio diagnóstico e do transporte para as urgências também deve subsidiar o PAR.

O desenho final do PAR da RUE é pactuado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhado ao Ministério da Saúde para apreciação e publicação das Portarias específicas, que reconhecerão os componentes.

REFERÊNCIAS

BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011, n. 27, p. 295-304, fev. 2011. In: FELISBERTO, L. M. **Avaliação qualitativa da implantação do modelo de linhas de cuidado em hospital público de Belo Horizonte**. 2013. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BERTALANFFY, Ludwig Von (2010). In: Bertalanffy, Ludwig Von. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes. Cap. 1, p. 21- 53. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. ISBN:978-85-7967-075-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N°399, de 22 de fevereiro de 2006, que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM N° 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 64, 25 ago. de 2011. Seção 1, p.87. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM N° 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 ago. 2008. p. 48. seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM N° 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2011. p. 69-70. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.048, de 05 de Novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário da União**, Brasília, DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**, Brasília, DF, Editora do Ministério da Saúde, 2010. 2. ed. 56 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde**. 1. ed. Brasília/DF: CONASS, 2011. 126p. ISBN: 978-85-89545-70-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. 1ª ed. Brasília/DF: Editora Ministério da Saúde, 2006. 126 p. Disponível em: <http://187.17.2.102/fhs/media/files/samu/manual_de_regulacao_medica_das_urgencias.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016. ISBN 85-334-1062-X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p. ISBN 85-334-0435-21. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. ISBN 978-85-334-1997-1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os prontos socorros. Resolução CFM n. 1.451, de 10 de março de 1995.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Editora Objetiva. 2001.

JONES, K. M; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência**. 1. ed. set. 2010.

JORGE, A.O. *et al.* **Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e emergências no Brasil: uma análise crítica**. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, out. 2014.

LE COUTOUR, X. **L'urgence en basse normandie**: Qu'est ce que l'urgence en basse normandie? Acesso em: <<http://bdsp.tm.fr/Base/Scripts/Refs.bs>>. Recuperado em: 20 ago. 2009.

LUMER, S. **Gestão de central de regulação de urgências e emergências**: possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro. 2013. Tese (Doutorado em Gestão) - Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real, 2013.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília/DF: 2011. p. 78-227.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. ISBN:978-85-7967-075-6

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviço de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NITSCHKE, C. A. S. **Curso de capacitação suporte básico de vida SAMU 192 Regional**. Secretaria de Estado de Saúde. Governo de Minas. 3. ed. 2014.

OLIVEIRA, D. P. R. Teoria de Sistemas. 2010. In: OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. Teoria geral da administração: uma abordagem prática. 2. ed. São Paulo: Atlas. cap. 10, p. 219-241.

SALTMAN R. B.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. **Regulating entrepreneurial behaviour in european health care systems**. Open University Press Buckingham, Philadelphia. WHO, 2002. In: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde**. Brasília/DF: CONASS, 2011. 126 p. ISBN: 978-85-89545-70-9.

SCHRAMM, J.M. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, v. 9 p. 897-908. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. ISBN:978-85-7967-075-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

Capítulo 2 - Os Componentes da Rede de Atenção às Urgências

Christian Chebly Prata Lima

2.1 Contextualização

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde: desenvolver ações de saúde e educação permanentes visando a vigilância e prevenção das violências/acidentes, das lesões e mortes no trânsito, doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais juntamente com a participação da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

II - Atenção Básica em Saúde: ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização pelo primeiro cuidado às urgências e emergências, com acolhimento adequado, através da implantação de avaliação de riscos, em ambiente adequado até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário.

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências: atendimento precoce à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, sendo de natureza clínica, cirúrgica, traumática, entre outras, no qual possa acarretar sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado.

IV - Sala de Estabilização: ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições que garante assistência 24 horas, conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde através da central de regulação das urgências.

V - Força Nacional de Saúde do SUS: garantir assistência integral em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidade específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando seus riscos.

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas: A UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre

as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar prestando primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma na assistência resolutiva e qualificada aos pacientes, estabilizando os e realizando a investigação diagnóstica inicial em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

VII - Hospitalar: Composta pelas Portas Hospitalares de Urgência, através das enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem, pelas linhas de cuidados prioritárias e de laboratório.

VIII - Atenção Domiciliar: conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

As normativas federais vigentes para alguns dos componentes que constituem a Rede de Atenção às Urgências serão descritas a seguir.

2.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica das Urgências que integram o Complexo Regulador da Atenção, uma das primeiras publicações oficiais sobre o tema foi disponibilizada no ano de 2000 através da Portaria nº 356/SAS/MS, do dia 22 de setembro.

A partir desta publicação, várias outras foram sendo disponibilizadas com o intuito de normatizar, regulamentar, implantar e monitorar o componente SAMU 192 na Rede de Atenção às Urgências, quais sejam:

- Portaria GM/MS 2.048 de 05 de novembro de 2002 que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- Decreto nº 5.055 de 27 de abril de 2004 que institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Municípios e regiões do Território Nacional;
- Portaria GM/MS 2.657 de 16 de dezembro de 2004 que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médicas de Urgência e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais (SAMU 192);

- Portaria GM/MS 2.971 de 08 de dezembro de 2008 que institui o veículo motocicleta (motolância) como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização;
- Portaria GM/MS 2.026 de 24 de agosto de 2011 que aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;
- Portaria GM/MS 1.010 de 21 de maio de 2012 que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) a sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Destaca-se que esta é a Portaria que rege atualmente o componente SAMU 192 e**
- Portaria GM/MS 1.473, de 18 de julho de 2013 foi publicada a que redefine os valores de investimento para construção de novas Centrais de Regulação das Urgências e do custeio das Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA), Unidade Aeromédica e para os Veículos de Intervenção Rápida (VIR).

A partir deste breve histórico de publicações das normativas e diretrizes do componente SAMU 192, destacamos algumas definições sobre habilitações, qualificações, incentivos, custeio e outros, de acordo com a portaria atual vigente nº 1.010 de 21 de maio de 2012. Ressalta-se que este componente da RUE será tratado no próximo capítulo.

- **Incentivo:** repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio;
- **Investimento:** repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário;
- **Custeio:** recurso financeiro para capacitação e educação permanente, reformas, insumos, unidades móveis de urgência; manutenção das equipes efetivamente implantadas e equipamentos.
- **Habilitação:** processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio;
- **Qualificação:** processo pelo qual o componente SAMU 192 regionais já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1010 de 21 de

maio de 2012, passando a fazer jus a novos valores de custeio;

• **Indicadores do SAMU 192:** avaliação do funcionamento do SAMU 192 pelo Ministério da Saúde.

Define-se a regionalização como pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional das Urgências e poderá ocorrer das seguintes formas:

I - Regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes;

II - Regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e

III - Implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências.

As despesas de custeio deste componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite entre a União, Estados e Municípios, na seguinte proporção:

I - União: 50% (cinquenta por cento) da despesa;

II - Estado: no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa; e

III - Município: no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa.

Como forma de monitoramento as normativas estabelecem que a manutenção do incentivo financeiro de custeio diferenciado para unidades qualificadas, o gestor de saúde deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, a cada 6 (seis) meses, relatório descritivo analítico contendo:

I - indicação de todas as Unidades Móveis que compõem a Central de Regulação das Urgências;

II - compromisso do gestor de saúde de efetiva realização de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos e Unidades Móveis;

III - comprovação de vigência do seguro contra sinistro para as Unidades Móveis;

IV - escala de serviço atual dos profissionais da Central de Regulação das Urgências e das equipes das Unidades Móveis reguladas; e

V - análise dos indicadores relativos ao período de 6 (seis) meses, sendo eles:

I - número geral de ocorrências atendidas no período;

- II - tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
- III - identificação dos motivos dos chamados;
- IV - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);
- V - localização das ocorrências;
- VI - idade e sexo dos pacientes atendidos;
- VII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento e
- IX - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

2.3 Diretrizes e Parâmetros Técnicos da Regionalização da Rede Nacional do SAMU 192

O componente SAMU 192 será regionalizado, através da ampliação de acesso às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela Portaria GM/MS nº 1.010 de 21 de maio de 2012.

Nos termos definidos pelo Ministro de Estado de Saúde, cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências.

Em relação ao planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado como prioridade o tempo entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária, ou seja, o parâmetro tempo-resposta.

O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional que estará integrada por sistemas de informação e comunicação, permitindo a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, conseqüentemente, a adequada assistência aos pacientes.

Deverá ainda estar de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, afim de garantir a integralidade da assistência e a melhoria do acesso.

Aqueles Municípios que possuem população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências.

Conforme Portaria GM/MS nº 1.010 de 21 de maio de 2012, os custos do componente SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências devem estar previstos no Plano de Ação Regional e o registro da produção no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) é obrigatório, mesmo não se convertendo em pagamento.

Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação do componente SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências.

Os recursos financeiros a serem transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto na Portaria GM/MS nº 1.010 de 21 de maio de 2012, não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da iniciativa privada.

Os recursos financeiros de investimento serão repassados às Secretarias de Saúde municipais ou estaduais qualificadas que se responsabilizarem pela gestão da Central de Regulação das Urgências.

O repasse dos recursos dar-se-á de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais, distrital ou estaduais de saúde.

2.4 Sala de Estabilização (SE)

A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para aqueles pacientes críticos/graves se estabilizarem, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde. Este componente é regido pela Portaria GM/MS 2.338, de 03 de outubro de 2011, na qual estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

A implantação da Sala de Estabilização segue os seguintes requisitos:

- Instalação em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades tipo Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana.
- Funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana;
- Presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes

críticos/graves admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

- Cobertura regional do componente SAMU 192, onde será instalada a Sala de Estabilização;
- Localização em município estratégico para a RUE com o objetivo do menor tempo-resposta e encaminhamento aos serviços de saúde referenciados do PAR.

Conforme o artigo 5º da normativa federal, compete à Sala de Estabilização:

I - articular-se com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, construindo fluxos coerentes e efetivos;

II - fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica;

III - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

IV - encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador, ou para as portas de urgência referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências;

V - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede Atenção às Urgências da região a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;

VI - referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

VII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da SE.

Portanto, conforme Portaria MG/MS nº 2338, de 3 de outubro de 2011, a Sala de Estabilização deve se articular com os serviços de saúde, como SAMU 192, as Rede de Atenção Básica, hospitais, dentre outros serviços, fornecendo retaguarda aos pacientes críticos e graves, estabilizando-os através de procedimentos médicos e de enfermagem para posterior encaminhamento para internação aos serviços hospitalares, intermediado pelo Complexo regulador ou para as portas das Urgências.

Cabe salientar que o Ministério da Saúde tem discutido toda proposta deste componente, com o objetivo de rever sua inserção na Rede de Urgência e Emergência. Em Minas Gerais, nenhum município atualmente recebe incentivos financeiros para custeio deste componente, haja vista que o Ministério da Saúde não habilitou em custeio a SE no Estado.

2.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)

As primeiras Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) construídas com recursos federais e que constavam nos Planos de Ação Regional das Urgências de seus respectivos estados foram regidas pela Portaria GM/MS 2.922 de 02 de dezembro de 2008, na qual o Ministério da Saúde fomentava os investimentos para a construção das unidades através de uma parceria com a Caixa Econômica Federal.

A partir desta publicação, várias outras foram sendo disponibilizadas com o intuito de normatizar, regulamentar, implantar e monitorar o componente UPA 24h na Rede de Atenção às Urgências, quais sejam:

- Portaria GM/MS 1.020 de 13 de maio de 2009 onde estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às urgências;
- Portaria GM/MS 1.171 de 05 de junho de 2012 que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Portaria GM/MS 1.172 de 05 de junho de 2012 que dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Portaria GM/MS 342 de 04 de março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção

às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Esta é a atual portaria que rege o componente UPA 24h.**

- Portaria GM/MS 104, de 15 de janeiro de 2014, que altera alguns artigos e o Anexo I da Portaria GM/MS 342 de 04 de março de 2013 que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

É definido como Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBS e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências. Este serviço deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

As UPA 24h deverão:

- I - Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- II - Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- III - Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- IV - Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- V - Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

- VI - Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- VII - manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- VIII - encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso IX do "caput";
- IX - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- X - Contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e
- XI - Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.

Compete ao gestor responsável pela UPA 24h:

- I - Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- II - Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e
- III - Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade.

Além de recursos de incentivo para investimento na construção de uma UPA 24H ou adaptação de um estabelecimento de saúde em UPA 24h, está previsto incentivo financeiro para custeio mensal das UPA novas e ampliadas, conforme segue:

- O incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o inciso II do art. 10 se destina ao custeio mensal das UPA Nova e UPA Ampliada.
- O recebimento e o valor do incentivo financeiro de que trata este artigo ficarão condicionados à habilitação e à qualificação da UPA 24h interessada.

- As despesas de custeio mensal da UPA 24h são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.
- A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal da UPA 24h é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB.
- Os recursos federal e estadual são estabelecidos a partir do porte e da habilitação ou qualificação da UPA 24h.

Destacam-se no Quadro 1 a seguir algumas informações gerais sobre as UPA 24h:

Quadro 1 - Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h

Porte	População da área de abrangência da UPA	Área física mínima	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número mínimo de médicos das 7hs às 19hs	Número mínimo de médicos 19hs às 7hs	Número mínimo de leitos de observação
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	Média de 150 pacientes	2	2	7
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	Média de 250 pacientes	4	2	11
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	Média de 350 pacientes	6	3	15

Fonte: Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014.

2.6 Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências

A normativa que regulamenta o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é a **Portaria GM/MS 2.395 de 11 de outubro de 2011**. A organização do Componente Hospitalar dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta portaria.

Conforme Art. 2º da portaria acima citada, o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Os objetivos do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências são:

- I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;
- II - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e
- III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos baseados nas suas necessidades de saúde;

As diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências são:

- I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

O Componente Hospitalar perpassa pelas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Leitos de Retaguarda. De acordo com a Portaria GM/MS 2.395/11, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. Cabe destacar alguns conceitos para melhor compreensão:

Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

Instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências; Atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas na Portaria GM/MS 2.395/11.

O Ministério da Saúde preconiza alguns critérios para reconhecer as unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências. Destacam-se abaixo os critérios:

I - ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);

II - ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);

III- estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado:

- cardiovascular;
- neurologia/neurocirurgia;
- pediatria e
- traumato-ortopedia.

Já em relação aos Leitos de Retaguarda, cabe salientar que o Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva.

O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e de longa permanência e de leitos de terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002.

As enfermarias de leitos clínicos de retaguarda são leitos destinados a pacientes que exigem cuidados assistenciais das seguintes áreas da saúde: Clínico geral, Cardiologia, Dermatologia, Hematologia, Geriatria, Nefro/Urologia, Neurologia, Pneumologia e Oncologia.

As enfermarias clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

- Protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
- Equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem;
- Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista";
- Utilização de prontuário único, compartilhado por toda a equipe;
- Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos;
- Taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e
- Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.

Conforme Portaria GM/MS nº 2809, de 07 de Dezembro de 2012, os Cuidados Prolongados são referência a usuários em situação clínica estável necessitando de reabilitação e/ou adaptação a sequelas originadas a processos clínico, cirúrgico ou traumatológico, tendo como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

De acordo com Artigo 3 da Portaria GM/MS 2.809/12, as Unidades de Cuidado Prolongado (UCP) e Hospitais de Cuidados Prolongados (UCP) se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.

Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico e têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Conforme art. 8º, os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas:

I - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital

Geral ou Especializado (UCP); e

II - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP).

Os leitos de terapia intensiva (UTI) são destinados a receberem pacientes em estado graves, com possível recuperação, no qual exige uma assistência permanente de equipes médicas e de enfermagem. Seguem a mesma lógica de reconhecimento pelo Ministério da Saúde, uma vez que fazem menção a uma série de critérios a serem seguidos pelos prestadores para que o MS qualifique os leitos. Segue os critérios:

- Estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
- Equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
- Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda equipe;
- Implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- Submissão à auditoria do gestor local;
- Regulação integral pelas Centrais de Regulação e
- Taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

As instituições hospitalares que disponibilizarem novos Leitos de UTI, específicos para as Portas de Entrada Hospitalares de Urgências, ou que qualificarem os leitos já existentes, farão jus ao custeio diferenciado do leito de UTI

O Quadro 2 a seguir ilustra de forma didática as Tipologias dos Hospitais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e apresenta outras informações.

Quadro 2 - Tipologia dos Hospitais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e critérios

Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia/ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia e/ou ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Devem contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00

Fonte: Portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011.

2.7 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Trata-se de um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências regido pela Portaria GM/MS 963 de 27 de maio de 2013 na qual redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pode ser substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial e responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

O cuidador é uma pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. De acordo com a normativa a Atenção Domiciliar seguirá as seguintes diretrizes:

- I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;
- V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

- I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- II - estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e
- III - possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

Observando os municípios com população superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências diferentes do SAMU 192 será, também, considerada requisito para a implantação de um SAD.

Nas modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;
- VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores;
- IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito;
- X - apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.

As equipes de atenção domiciliar que compõem o SAD são:

- I - EMAD**, que pode ser constituída como:

EMAD Tipo 1

- profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;
- profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;
- profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho; e

EMAD Tipo 2

- profissional médico, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- profissional enfermeiro, com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- 1 (um) fisioterapeuta com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho ou 1 (um) assistente social com CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho; e
- auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

II - EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo, cuja soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

- I - assistente social;
- II - fisioterapeuta;
- III - fonoaudiólogo;
- IV - nutricionista;
- V - odontólogo;
- VI - psicólogo;
- VII - farmacêutico e
- VIII - terapeuta ocupacional.

Assim, de acordo com o artigo 10º da portaria, para composição de um SAD:

I - em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, o

SAD será composto por EMAD Tipo 1 e poderá, ainda, contar com EMAP; e

II - para Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes:

- em Municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP; e
- em Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.048, de 05 de novembro de 2002.** Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.600, de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.473, de 18 de julho de 2013.** Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.338, de 03 de outubro de 2011.** Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.020, de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 342, de 04 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 104, de 15 de janeiro de 2014.** Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e

UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.395, de 11 de outubro de 2011.** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012.** Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

Capítulo 3 - Componente Pré-Hospitalar Móvel de Urgência - SAMU 192

Anderson Passos de Souza
André Alves Elias
Eliane da Costa Rodrigues
Emanuelle Cristina Coelho
Natália Carine Soares Cólem
Norberto Machado
Stefânia Mereciana Gomes Ferreira

3.1 Conceitos e Definições

Com o objetivo de potencializar a compreensão sobre o transporte pré-hospitalar móvel, seja ele terrestre ou aéreo, realizado por meio de ambulâncias básicas ou pelas chamadas UTI móveis, apresentaremos neste capítulo diversos conceitos e definições inerentes ao componente.

3.1.1 Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

Em conformidade com a Portaria Ministerial 2.048/2002 considera-se como atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Atendimento pré-hospitalar móvel primário: quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão

Atendimento pré-hospitalar móvel secundário: quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

No dia 29 de setembro de 2003 foi publicada a Portaria GM nº 1864/GM, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, para a implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Em 2011 foi revogada pela Portaria nº

2.026, de 24 de agosto de 2011 e posteriormente pela Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012 que vigora atualmente e redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Desta última, destaca-se alguns conceitos:

SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que ocorre mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 Regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional (PAR), com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual.

A Portaria Ministerial 2.048/2002 traz que o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, devendo estar vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população que irá atender, dessa maneira, poderá ultrapassar os limites municipais. A região que o serviço irá atender deve ser previamente determinada, e deve-se considerar os aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos que a clientela tem o costume de utilizar. Este serviço também deverá contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, utilizando-se da regulação disponibilizada e respeitando os critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores da região.

O transporte poderá ser terrestre, aéreo ou aquaviário, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios.

Transporte Terrestre: este tipo de transporte poderá ser indicado para áreas urbanas, em cidades de pequeno, médio e grande porte, ou para as transferências inter municipais, onde as estradas permitam que essas unidades de transporte se desloquem com segurança e no intervalo de tempo desejável ao atendimento de cada caso.

Transporte Aeromédico: O transporte aéreo poderá ser indicado, em aeronaves de asa rotativa (helicóptero), quando a gravidade do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornem o transporte terrestre muito demorado, ou em aeronaves de asa fixa (aviões), para percorrer grandes distâncias em um intervalo de tempo aceitável, diante das condições clínicas do paciente. A operação deste tipo de transporte deve seguir as normas e legislações específicas vigentes, oriundas do Comando da Aeronáutica através do Departamento de Aviação Civil. Para efeito da atividade médica envolvida no atendimento e transporte aéreo de pacientes, considera-se que o serviço deve possuir um diretor médico com habilitação mínima compreendendo capacitação em emergência pré-hospitalar, noções básicas de fisiologia de voo e noções de aeronáutica, sendo recomendável habilitação em medicina aeroespacial. O serviço de transporte aeromédico deve estar integrado ao sistema de atendimento pré-hospitalar e à Central de Regulação Médica de Urgências da região e deve ser considerado sempre como modalidade de suporte avançado de vida.

Transporte Aquaviário: este tipo de transporte poderá ser indicado em regiões onde o transporte terrestre esteja impossibilitado pela inexistência de estradas e/ou onde não haja transporte aeromédico, observando-se a adequação do tempo de transporte às necessidades clínicas e a gravidade do caso. Destaca-se que em Minas Gerais este tipo de transporte não está habilitado devido à realidade Estadual.

O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes. Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

3.1.1.1 Tipologia dos Veículos

As unidades móveis de atendimento a urgências e emergências, de acordo com a Portaria/MS 2.048/2002 classifica os veículos quanto à tipologia, de acordo com a complexidade apresentada. Os referidos veículos podem ser terrestres, aéreos ou aquaviários, se destinam exclusivamente ao transporte de enfermos e são classificados em tipo A, B, C, D, E e F; conforme a seguir.

Tipo A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

Tipo B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

Tipo C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré- hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

Tipo D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

Tipo E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil (DAC).

Tipo F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

Veículos de Intervenção Rápida (VIR) - Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.

Outros Veículos - Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

3.1.1.2 Materiais e Equipamentos dos Veículos

Para o funcionamento eficiente das unidades móveis de atendimento a situações de urgência e emergência, é necessário um quantitativo mínimo de materiais e equipamentos, considerando a tipologia de cada veículo:

TIPO A: Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radiocomunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

TIPO B: Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radiocomunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos.

As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 metros cúbicos. Deve-se ressaltar que as ações de salvamento são realizadas apenas por profissionais militares,

policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público.

TIPO C: Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radiocomunicação fixo e móvel; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas. Quando realizarem também o suporte básico de vida, as ambulâncias de resgate deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo 8 metros cúbicos, além de compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento e deverão estar equipadas com: maca articulada e com rodas; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a - alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, luvas descartáveis; cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gazes estéreis; braceletes de identificação;

TIPO D: Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radiocomunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas

endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geleia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyall; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com antisséptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém-nascidos.

TIPO E: Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel primário:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos;

- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria; oxímetro portátil; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: conjunto de cânulas orofaríngeas; cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geleia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato, e glicosada para infusão venosa; caixa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente; higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com antisséptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.
- Outros: colete imobilizador dorsal; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; coletes reflexivos para a tripulação; lanterna de mão; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

Aeronaves de Asas Fixas (Aviões) e Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel secundário ou transporte inter-hospitalar:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 4 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos.
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria com marca-passo externo não-invasivo; oxímetro portátil; monitor de pressão não-invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna; capnógrafo;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geleia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/ infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com antisséptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

TIPO F: poderá ser equipado como indicado para as Ambulâncias de Tipo A, B, ou D, dependendo do tipo de assistência a ser prestada.

A relação de equipamentos e materiais padronizados para o uso em USB, USA e Centrais de Regulação encontra-se nos anexos I, II e III.

3.1.1.3 Tripulação dos Veículos

Para o SAMU 192:

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: mínimo de 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: mínimo de 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III - Equipe de Aeromédico: mínimo um médico e um enfermeiro;

IV - Equipe de Embarcação: mínimo de 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Cada veículo, dependendo de sua tipologia, deve possuir um quantitativo padrão de profissionais para seu efetivo funcionamento, conforme a seguir:

TIPO A: 2 profissionais – 1 motorista e 1 técnico de enfermagem.

TIPO B: 3 profissionais – 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

TIPO C: 3 profissionais – 1 motorista e 2 profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.

TIPO D: 3 profissionais – 1 motorista, 1 médico e 1 enfermeiro.

TIPO E: atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:

- Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;
- Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.

TIPO F: 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado (suporte básico de vida ou suporte avançado de vida).

Embarcação de suporte básico de vida: 3 profissionais – 1 condutor da embarcação e 2 técnicos de enfermagem.

Embarcação de suporte avançado de vida: 3 profissionais – 1 condutor da embarcação, 1 médico e 1 enfermeiro.

3.1.2 Central de Regulação das Urgências

A Portaria 1.010/2012 traz que a Central de Regulação das Urgências trata-se de uma estrutura física composta por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos cujas demandas solicitam orientações e/ou atendimentos de urgência. O atendimento ocorre por meio de uma classificação onde são priorizadas as necessidades de assistência em urgência, a ordenação do fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção também está inserido neste processo.

As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

De acordo com o Ministério da Saúde,

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades (BRASIL, 2002).

“A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, conseqüentemente, a adequada atenção aos pacientes” (BRASIL, 2012).

Conforme Portaria 1.010/2012,

A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios (BRASIL, 2012).

3.1.2.1 Recursos Humanos

De acordo com a Portaria/GM nº 1.010, de 21 de Maio de 2012, a Central de Regulação das Urgências terá equipe composta por:

- **Médico Regulador com capacitação em regulação médica das urgências (MR);**
- **Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) e**
- **Rádio-Operador (RO).**

Os profissionais que compõem a Central de Regulação devem estar em quantidade mínima, de acordo com a densidade populacional local, conforme parâmetros contidos no Quadro 1 a seguir. Esses parâmetros devem ser seguidos para que o funcionamento da instituição seja efetivo.

Quadro 1 - Quantitativos mínimos de profissionais da Sala de Regulação Médica

Nº de Profissionais	Médicos Reguladores (MR)		Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM)		Rádio-Operadores (RO)	Número Total de Profissionais		
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
População Até 350.000	1	1	2	1	1	1	4	3
350.001 a 700.000	2	2	3	2	1	1	6	5
700.001 a 1.500.000	3	2	5	3	1	1	9	6
1.500.001 a 2.000.000	4	3	6	5	1	1	11	9
2.000.001 a 2.500.000	5	4	7	6	2	1	14	11
2.500.001 a 3.000.000	6	5	8	7	2	2	16	14
3.000.001 a 3.750.000	7	5	10	7	3	2	20	14
3.750.001 a 4.500.000	8	6	13	9	4	3	25	18
4.500.001 a 5.250.000	9	7	15	11	5	3	29	21
5.250.001 a 6.000.000	10	8	17	13	6	4	33	25
6.000.001 a 7.000.000	11	9	20	15	7	5	38	29
7.000.001 a 8.000.000	12	10	23	17	8	6	43	33
8.000.001 a 9.000.000	13	11	25	20	9	7	47	38
9.000.001 a 10.000.000	14	11	28	22	10	7	52	40
Acima de 10.000.001	15	12	31	25	11	8	57	45

Para acessar o socorro de urgência o número de acesso deverá ser divulgado para toda a população que o serviço abrange e aquelas solicitações de socorro que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, deverão ser encaminhadas à Central de Regulação utilizando-se do sistema de comunicação existente, a fim de que o atendimento seja devidamente acolhido e regulado (BRASIL, 2002).

Aqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade serão encaminhados, seja para unidades não hospitalares, pronto socorros, ambulatórios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. As transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências.

Cabe salientar que, conforme Portaria Ministerial 2.048/2002, protocolos de despacho imediato de atenção às urgências para situações excepcionais podem ser elaborados. Entretanto, em hipótese alguma sua efetivação ocorrerá sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica. Todos os serviços de segurança e salvamento que demandarem assistência a vítimas ou doentes deverão ser orientados pelas decisões do médico regulador.

3.2 Responsabilidade Multiprofissional

3.2.1 Descrição da Equipe Profissional

Considerando a Portaria 2.048/2002 do Ministério da Saúde, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde.

3.2.1.1 Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde

- **Coordenador de serviço:** profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;
- **Responsável Técnico:** Médico responsável pelas atividades médicas do serviço;

- **Médicos Reguladores:** médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;
- **Médicos Intervencionistas:** médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;
- **Responsável de Enfermagem:** enfermeiro responsável pelas atividades de Enfermagem;
- **Enfermeiros Assistenciais:** enfermeiros responsáveis pelo atendimento de Enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte e
- **Técnico de Enfermagem:** atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro.

3.2.1.2 Equipe de Profissionais não Oriundos da Saúde

- **Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM):** profissional habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação das urgências;
- **Rádio-Operador (RO):** profissional habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência e
- **Condutor de Veículos de Urgência:** profissional habilitado a conduzir veículos de urgência, sendo eles: terrestres, aéreos e aquáticos.

3.2.2 Perfil dos Profissionais e Respectivas Competências/Atribuições

3.2.2.1 Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde

Médico

Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida,

em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema.

Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação preconizada, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica.

Enfermeiro

Profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de

urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação preconizada, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nascido; realizar partos sem distocia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer à Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

Técnico de Enfermagem

Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem, titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento pré-hospitalar móvel, integrando sua equipe. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação preconizada, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave sob supervisão direta ou à distância do

profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

3.2.2.2 Equipe de Profissionais não Oriundos da Saúde

Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM)

Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação das urgências, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador. Devem seguir capacitação e atuação de acordo com os padrões estabelecidos pela Portaria GM/MS 2.048/2002.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de manter sigilo profissional; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação estabelecida pela Portaria GM/MS 2.048/2002, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: atender solicitações telefônicas da população; anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio; prestar informações gerais ao solicitante; estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar; estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações; anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço; obedecer aos protocolos de serviço; atender às determinações do médico regulador.

Rádio-Operador (RO)

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos na Portaria GM/MS 2.048/2002.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação estabelecida pela Portaria/MS

2.048/2002, disponibilidade para recertificação periódica.

Competências/Atribuições: operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação; exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel; manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota; conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

Condutor de Veículos de Urgência:

Veículos Terrestres

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação.

Requisitos Gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação estabelecida pela Portaria/MS 2.048/2002, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação das urgências e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiorrespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

Veículos Aéreos

Profissional habilitado à operação de aeronaves, segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasileiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte

inter-hospitalar sob a orientação do médico da aeronave, respeitando as prerrogativas legais de segurança de voo, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação.

Requisitos Gerais: de acordo com a legislação vigente no país (Lei nº 7.183, de 5 de abril de 1984; Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986; e Portaria nº 3.016, de 5 de fevereiro de 1988 – do Comando da Aeronáutica), além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação estabelecida pela Portaria GM/MS 2.048/2002, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aéreo destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da aeronave; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação das urgências e seguir suas orientações; conhecer a localização dos estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial que podem receber aeronaves; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiorrespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas aeronaves de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

Veículos Aquáticos

Profissional habilitado à operação de embarcações, segundo as normas e regulamentos vigentes no país, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da embarcação, respeitando as prerrogativas legais de segurança de navegação.

Requisitos Gerais: Os já determinados pela legislação específica para condutores de embarcações, além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação estabelecida pela Portaria GM/MS 2.048/2002, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aquático destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da embarcação; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com

a central de regulação das urgências e seguir suas orientações; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiopulmonar básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas embarcações de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

3.2.3 Equipes de Apoio

Além da equipe de saúde citada, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos), obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

Profissionais Responsáveis pela Segurança

Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação;

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgência; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação estabelecida pela Portaria/MS 2.048/2002, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as

circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência; transmitir via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão utilizando curativos e enfaixamentos; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e enfaixamentos; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nascido e parturiente; prestar primeiro atendimento à intoxicações, sob orientação do médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento; conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento pelo mesmo; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

Bombeiros Militares

Profissionais de nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento; fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de

saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação estabelecida pela Portaria/MS 2.048/2002, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover a vítima para local seguro onde possa receber o atendimento adequado pela equipe de saúde; transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pervias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e enfaixamentos; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e enfaixamentos; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento a intoxicações, de acordo com protocolos disponíveis ou por orientação do médico regulador; prestar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nascido e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do

paciente para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada.

3.3 Importância do Trabalho Multiprofissional e Interdisciplinar no Atendimento Pré-Hospitalar

Conforme já demonstrado, a responsabilidade pelo atendimento às urgências e emergências é compartilhada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. A atuação integrada entre os membros dessa equipe possui fundamental importância na garantia da qualidade de cada etapa do processo, uma vez que cada profissional envolvido possui atribuições e competências necessárias e específicas para o resgate, estabilização e condução das vítimas envolvidas em situações de urgência, buscando um atendimento eficaz e rápido. Essa afirmativa é endossada por Figueiredo e Vieira (2008) ao dizer que “apesar das diferenças entre as categorias profissionais, os membros dessa equipe têm um compromisso comum: o ser humano vitimado”.

Além disso, a complexidade do processo de saúde–doença do indivíduo que utiliza o SAMU 192 requer o envolvimento da equipe multiprofissional de saúde também no sentido de oferecer suporte emocional, lidar com sentimentos de incerteza, medo e insegurança diante de novas condições que possam surgir diante da complexidade do caso, reforçando ainda mais a necessidade de coesão e integração entre os membros da equipe (VIEIRA *et al*, 2010).

Apesar dessa comprovada necessidade de integração, Vieira *et al* (2010) destaca que atualmente a atuação profissional em situações de urgência e emergência ainda é fragmentada, afastando-se do que é indicado para um atendimento de saúde mais eficaz nesse tipo de situação. A qualificação dos membros da equipe, juntamente com o entrosamento entre os indivíduos, impacta no desempenho do atendimento prestado no que tange ao compartilhamento dos conhecimentos específicos de cada um para a atuação na

cena.

Entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) (BRASIL, 2002).

Uma equipe multiprofissional capacitada distingue as situações de risco e eleva as oportunidades de uma recuperação satisfatória desse usuário. Lembrando que o serviço oferecido inicialmente requer demasiado cuidado, visto que o atendimento e transporte adequado até o ambiente hospitalar influenciará na diminuição da chamada “hora ouro”, favorecendo as chances de sobrevivência (NARDOTO; DINIZ; CUNHA, 2011).

3.4 Educação Permanente nos Serviços de Urgência e Emergência

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, institui as diretrizes para a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS). A organização de redes passa pela conexão entre estruturas que compartilhem e dividam entre si as responsabilidades e os resultados de uma resposta frente a uma demanda, assumindo em conjunto a responsabilidade pelo resultado final, levando-se em conta a escala de equipamentos de alta complexidade e profissionais especializados, estrutura existente e a acessibilidade para a organização de uma rede articulada de serviços de saúde (MENDES, 2011).

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011). Para garantir a qualidade do atendimento baseado em manuais de diretrizes atualizados, os chamados *Guidelines*, e a uniformização de condutas é necessário a capacitação e educação permanente dos profissionais.

Esse aperfeiçoamento das equipes de saúde que trabalham com os pacientes em situações de urgências e emergências torna-se imprescindível porque as urgências não se constituem uma especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. Atualmente, a residência multiprofissional deste tema não é considerada atrativa para os profissionais de saúde, frente à sobrecarga de trabalho e alta demanda dos serviços. Em contrapartida, os prontos socorros e outras unidades de atendimento às urgências geralmente são os primeiros empregos dos profissionais de saúde no Brasil. (BRASIL, 2002).

Considerando os fatos mencionados acima, torna-se fundamental a criação de Núcleos de Educação Permanente (NEP) em Urgência e Emergência, que serão responsáveis por estimular a problematização da realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada teórico-prática. A Portaria Ministerial nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, estabelece as diretrizes para criação destes Núcleos de Educação em Urgência (NEU) e propõe as grades curriculares para capacitação de recursos humanos. Os profissionais que irão trabalhar no serviço pré-hospitalar deverão ser continuamente acompanhados e habilitados por estes núcleos de educação.

3.4.1 Núcleo de Educação em Urgências (NEU)

Conforme definição presente na Portaria/GM 2.048/2002, o NEU deverá ser um espaço de saber interinstitucional, possuindo membros e participação de outras áreas, como por exemplo, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Rodoviária Federal e integrantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

Os núcleos deverão ter como princípio norteador a regionalização da saúde com foco no atendimento integral e equânime, objetivando a redução de morbi-mortalidade. O objetivo deverá ser a elaboração de uma política de capacitação, buscando construir um padrão nacional de qualidade dos recursos humanos. Deverão possuir os meios materiais (área física e equipamentos) e organizar um corpo qualificado de instrutores e multiplicadores.

3.4.1.1 Metodologia de Trabalho

Como metodologia de processo de trabalho, estes núcleos deverão promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço para atender um conjunto de necessidades diagnosticadas na região, fundamentado pelo modelo pedagógico de problematização.

A metodologia de problematização pode ser definida como: a aprendizagem parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações

intelectuais. O método de ensino enfatizaria a descoberta, experimentação, a reflexão e a simulação de práticas. Os instrutores devem apresentar os conteúdos pragmáticos por meio de problemas e questionamentos. Em seu desenvolvimento, são elencadas as situações que o aluno deverá saber e dominar e transformadas em problemas para serem discutidos em grupo (CYRIN, TORALLES-PEREIRA, 2004; GOMES, CASAGRANDE, 2002).

Os treinamentos práticos deverão ser realizados em serviço, inicialmente observando profissionais já experientes, problematizando a realidade, com discussão dos casos em grupos e, a seguir, atuando e sendo supervisionados pelos profissionais da unidade.

3.4.1.2 Responsabilidade

É de responsabilidade dos NEU capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional: profissionais do pré-hospitalar, unidades básicas de saúde, atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar. Deverão estimular e acompanhar a criação de equipes multiplicadoras em cada Região de Saúde, para que possam implementar a educação continuada nos serviços de porta aberta à demanda espontânea. Também é de sua responsabilidade certificar e recertificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências.

3.4.1.3 Programação Geral de Treinamento para a Certificação dos Profissionais do Pré-Hospitalar Móvel pelo Núcleo de Educação em Urgência

O Quadro 1 descreve os conteúdos gerais a serem desenvolvidos pelos NEU, propostos pela Portaria/GM nº 2.048/2002 e considerados necessários para a certificação dos profissionais que já atuam ou que venham a atuar no atendimento pré-hospitalar em urgência e emergência, tanto para o serviço público quanto para o privado.

Quadro 1: Programação Geral de Treinamento para a Certificação dos Profissionais do Pré-Hospitalar pelo Núcleo de Educação Urgência (NEU)

TEMA	CONTEÚDO	HABILIDADES
Introdução	Programa e atividade de integração Pré e Pós-teste	Trabalho em equipe
Sistema de saúde local e serviços relacionados	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços
Serviço Pré-Hospitalar Móvel	Histórico do serviço pré-hospitalar móvel. Apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel da região. Apresentação da Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência/ Conceitos de ética médica ligada ao APH	Conhecer os conceitos da Portaria e as competências dos profissionais
Central de Regulação e Equipamentos	Manejo de equipamentos da central de urgência (rádios e sistema de comunicação), veículos e materiais utilizados no APH móvel, rotinas operacionais, conhecer o processo de trabalho da Central de Regulação	Conhecer o manuseio do sistema de telecomunicação e técnicas de comunicação da Central de Regulação
Cinemática do Trauma	Exame da cena e mecanismos de lesões	Conhecer a importância do exame da cena do acidente para identificar sinais de gravidade. Saber correlacionar a cena com os mecanismos de lesões e Garantia da Segurança da Cena
Abordagem do paciente	Abordagem primária e secundária da vítima; obstrução de vias aéreas/sofrimento respiratório agudo; doenças circulatórias agudas; desobstrução de vias aéreas; sinais e sintomas de parada respiratória e cardíaca; técnicas de reanimação cardiopulmonar em adulto e criança; doenças metabólicas	Realizar a abordagem primária e secundária para reconhecer sinais de gravidade em situações que ameaçam a vida de forma imediata e as lesões dos diversos segmentos. Saber realizar procedimentos de suporte básico de vida e conhecer os procedimentos de suporte avançado de vida, no caso de médicos e enfermeiros realizá-los. Utilizar técnicas e métodos de controle de infecções
Trauma musculoesquelético e imobilizações	Trauma Músculo Esqueléticos e seus sinais e sintomas. Técnicas relativas à imobilização de extremidades lesadas. Materiais e equipamentos utilizados para a imobilização de extremidades lesadas	Reconhecer os diversos tipos de trauma musculoesquelético. Executar técnicas de imobilização de extremidades lesadas com equipamentos adequados.

Fonte: Portaria nº2.048 de 05 de novembro de 2002.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 2.048/2002, a carga horária de treinamento

necessário para a certificação pelos NEU é definida por categoria profissional do pré-hospitalar móvel:

1. Conductor Socorrista: 200 horas
2. Telefonista Auxiliares de Regulação Médica e Rádio Operadores: 56 horas
3. Enfermeiro: 130 horas
4. Técnico de Enfermagem: 154 horas
5. Médico: 120 horas

Os profissionais que irão trabalhar no transporte aeromédico além dos treinamentos já mencionados deverão ter capacitações específicas, pois são necessárias noções de aeronáutica de fisiologia de voo, que deverão seguir as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica e da Divisão de Medicina Aeroespacial. Os temas a serem abordados são:

Noções de aeronáutica: - Terminologia aeronáutica; - Procedimentos normais e de emergência em voo; - Evacuação de emergência; - Segurança no interior e em torno de aeronaves; - Embarque e desembarque de pacientes.

Noções básicas de fisiologia de voo: - Atmosfera; - Fisiologia respiratória; - Estudo clínico da hipóxia; - Disbarismos; - Forças acelerativas em voo e seus efeitos sobre o organismo humano; Aerocinetose; - Ritmo circadiano; - Gases, líquidos e vapores tóxicos em aviação; - Ruídos e vibrações; - Cuidados de saúde com paciente em voo.

3.4.1.4 Modelo de Capacitação Adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional

Para a inauguração e início das atividades do SAMU 192 Regional é realizada uma capacitação a todos os profissionais do serviço em um período de 5 dias, com uma carga horária total de 50 horas. Essa capacitação segue as diretrizes do Ministério da Saúde, presente na Portaria nº 2.048 de novembro de 2002, onde a metodologia utilizada é a de problematização e é dividida em momentos de aulas teóricas e práticas.

A capacitação inicial tem como objetivo o alinhamento conceitual e a discussão teórico- prática entre todos os profissionais do serviço sobre o funcionamento da Rede de

Urgência e Emergência e dos procedimentos básicos e avançado realizados no serviço pré-hospitalar móvel. A programação para a capacitação inicial do SAMU 192 Regional está descrita no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Programação da Capacitação Inicial do SAMU 192 Regional

	Temas a serem abordados
1	Apresentação do Componente SAMU 192 Regional
2	Legislação de Saúde Pública referente à Urgência e Emergência
3	Teoria do Processo de Regulação de Urgência e Emergência
4	Avaliação de cena/ Cinemática do trauma (aula teórica)
5	Direção Defensiva (aula teórica)
6	Avaliação Primária e Secundária (aula teórica)
7	Urgência Obstétrica (aula teórica)
8	Oficina I – Capacete – Rolamento 90° – Rolamento 180°
9	Oficina II – RCP Básico
10	Oficina III – Vias aéreas avançadas
11	Oficina IV - Retirada de Cadeira / Prancha infantil
12	RCP Básica (aula teórica)
13	Oficina V – Imobilização de MMSS e MMII
14	Oficina VI – RCP Infantil
15	Urgência Pediátrica (aula teórica)
16	Oficina VII - Imobilização Pélvica com KED invertido
17	Oficina VIII – Abordagem em pé e colar
18	Choque (aula teórica)
19	RCP Avançada (aula teórica)
20	Oficina IX – KED
21	Trauma de tórax / abdômen (aula teórica)
22	Oficina X – Acesso intraósseo
23	Intervalo – <i>Coffee Break</i>
24	Oficina XI – Anaconda – retirada emergencial
25	Oficina XII – OVACE adulto e infantil
26	Avaliação teórico-prática
27	Prática de Regulação de Urgência e Emergência/ Treinamento de Telecomunicação entre as Bases Descentralizadas e Central de Regulação

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2016.

Após a inauguração do SAMU 192 Regional e início de suas atividades foi criado o

Núcleo de Educação Permanente (NEP), que é o responsável pela educação continuada da Rede de Urgência e Emergência implantada. Este deverá dar continuidade aos treinamentos previstos aos profissionais conforme as diretrizes da Portaria MS/GM nº2.048, de 05 de novembro de 2002 (programação e carga horária por categoria profissional). O gerenciamento do NEP é de responsabilidade do Consórcio Intermunicipal de Saúde, que deverá estar alinhado às orientações da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2011.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 780-8, 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, Á. A. B. **Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem.** 2ª ed. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2008. 304 p. In: FERNANDES, B. S. **A assistência multiprofissional do SAMU a vítimas de atropelamento.** (Especialização em Enfermagem em urgência e emergência). Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, nov. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/831/1/Bruna%20Simpl%C3%ADcio%20Fernandes.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

GOMES, J.B; CASAGRANDE, L.D.R. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2002, v. 10, n. 5, p. 696-703, set.-out. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a11.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 2011.549. ISBN:978-85-7967-075-6.

NARDOTO, E. M. L.; DINIZ, J. M. T.; CUNHA, C. E. G. Perfil da vítima atendida pelo serviço pré-hospitalar aéreo de Pernambuco. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, 2011, v. 45, n. 1, p. 237-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100033>. Acesso em: 26 fev. 2016.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Relatos da equipe de saúde quanto às práticas educativas ao vitimado no trânsito durante a hospitalização/reabilitação num hospital de emergência. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 213-23, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/18.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

Capítulo 4 - Os Consórcios Públicos e o SAMU 192 Regional

Alexandre Viana de Andrade
Ana Carolina Ferreira da Silva
Darlan Venâncio Thomaz Pereira
Francyllen Luiza Simões Campos
Hamires Marques de Espindula
Kelen Cristina de Souza
Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
Wellington Santos Corrêa

Algumas questões relativas à gestão e a assistência à saúde transcendem a uma visão estritamente municipal. São questões que interessam a coletividades circunvizinhas e que impõem soluções regionalizadas, intermunicipais. Os consórcios, instrumentos de gestão presentes nas normas legais brasileiras desde o século XIX¹, objetivam reunir entes federados para, de forma regionalizada, realizar a prestação de um determinado serviço público de interesse coletivo, comum a mais de um ente federado.

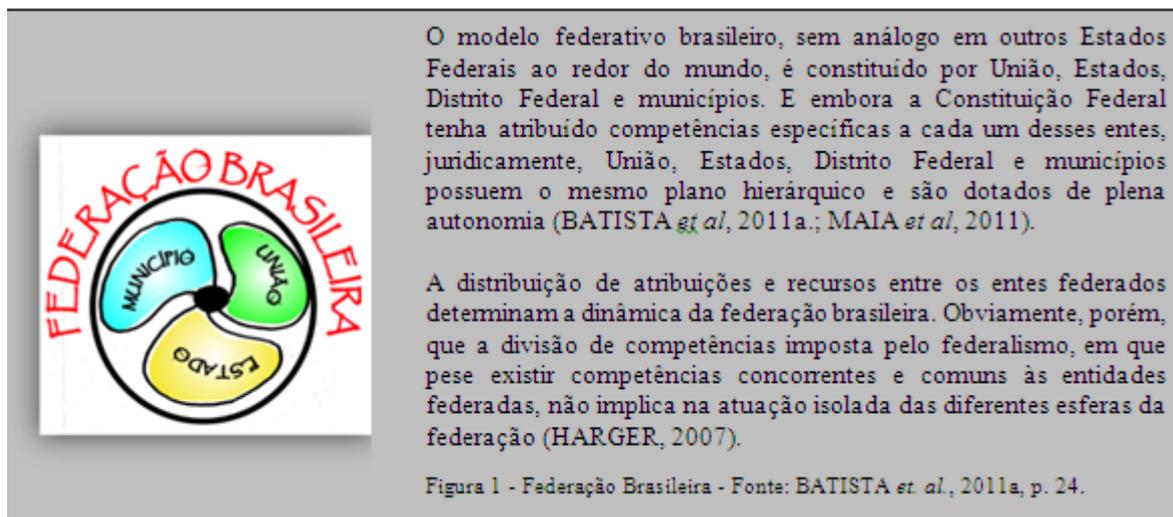
É sobre esse instrumento, arranjo gerencial essencial ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência de Minas Gerais (RUE/MG) que discorrerá a seção 4.5. A ideia é compartilhar alguns dos aspectos técnicos e legais do formato jurídico-administrativo definido pela Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB-SUS/MG) para assegurar o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Regional). Para isso, a seção foi estruturada de forma a possibilitar a compreensão de conceitos estruturadores da cooperação intermunicipal, bem como dos regramentos básicos de um “modelo de gerência” que, desde a década de 1990, tem se consolidado em Minas Gerais.

4.1 Aspectos do Federalismo Brasileiro

O federalismo brasileiro, ainda que existam divergências teóricas entre os estudiosos do assunto, desde a Assembleia Nacional Constituinte de 1986, evoluiu significativamente em relação a outros países federados. Nele, conforme apontaram Batista *et al* (2011a., p. 31) “há previsão de inúmeros instrumentos de [concertação] dos conflitos

¹ É preciso registrar que, no século XIX, os municípios não tinham o *status* constitucional de entes federados e eram unidades administrativas dos estados-membros. Assim todas as questões atinentes aos municípios eram disciplinadas pelas Constituições estaduais. (CUNHA, 2015, p.12)

que naturalmente coexistem no interior de uma Federação”. São mecanismos capazes de assegurar a sustentabilidade das responsabilidades de cada ente federativo, inclusive dos municípios (FIG. 1).



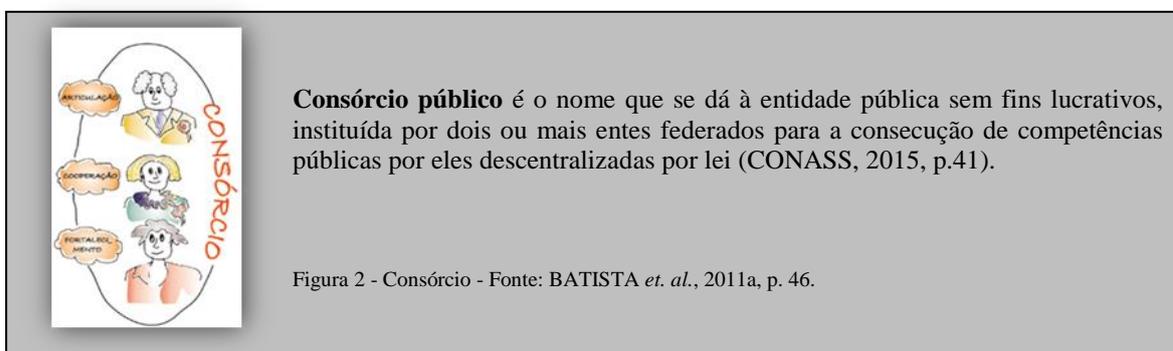
Do ponto de vista do princípio federativo², na forma como foi inserido na Constituição Brasileira e não desconhecendo a fragmentação existente no modelo brasileiro, é permitido a conjugação de esforços entre os entes para servir o povo. A gestão associada de serviços públicos, por exemplo, pode potencializar a capacidade do setor em realizar a prestação de serviços ao cidadão. Isso significa dizer que as fronteiras políticas e territoriais não devem, sob qualquer pretexto, impedir a atuação do Estado. É neste contexto, portanto, que o Consórcio Público emerge como importante instrumento de gestão (BATISTA *et al*, 2011a.; HARGER, 2007).

É evidente a necessidade de se articular mecanismos de cooperação intergovernamental que objetivem cumprir as atribuições constitucionais de cada ente. Esse é o grande desafio da atual agenda federativa no Brasil: a construção e aperfeiçoamento de mecanismos institucionais que tornem nosso federalismo mais cooperativo. Sob esse olhar – de um federalismo descentralizado, regionalizado e cooperativo -, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido fonte importante de inspiração para outras políticas sociais (COSTA, 2010).

² A Constituição Federal consagrou o princípio federativo com um dos princípios fundamentais do Estado Brasileiro (HARGER, 2007, p. 23).

4.2 Consórcios Públicos: Aspectos Fundamentais

Segundo Batista *et al* (2011b, p. 25) “consórcios públicos são instituições formadas por dois ou mais entes da Federação para realizar ações de interesse comum”³. Conforme os autores, os consórcios públicos são importantes instrumentos de diálogo e planejamento, sendo estruturas capazes de viabilizar a cooperação em projetos de abrangência regional. Os consórcios públicos constituem, assim, associações objetivadas na prestação mais racional, eficiente e econômica de serviços públicos de interesse comum (TC/SP, 2012), (FIG. 2).



consórcios públicos” após a entrada em vigor da Lei Federal nº designar, nas palavras de Celso Antônio Bandeira de Mello:

...) contratos realizados entre as pessoas de Direito Público de capacidade política, isto é, entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em vista da realização de atividades públicas de interesse comum, e dos quais resultará uma pessoa jurídica que os congregará. (2006, p. 656).

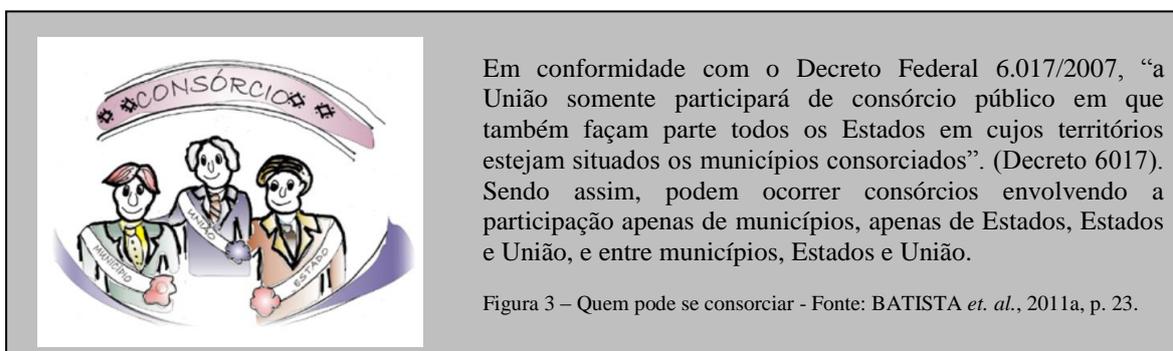
Conforme art. 241 da Constituição Federal e definições estabelecidas pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007:

Consórcio Público é pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. (BATISTA *et al*, 2011b, p. 44).

³ Etimologicamente, a palavra consórcio origina-se do termo latino *consortiu*, que significa associação, ligação, união.

4.2.1 Quem Pode se Consorciar

A associação dos entes federados na formação de Consórcios Públicos pode ocorrer mediante a participação de entes de uma mesma esfera de governo. Assim, um consórcio pode ser constituído apenas de municípios ou apenas de estados e o Distrito Federal. Não obstante, um Consórcio Público pode também ser constituído com a participação de entes das três esferas de governos da federação, ou seja, municípios, estados e Distrito Federal e União (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007), (FIG. 3).



4.2.2 Fundamentos Legais

4.2.2.1 Sobre os Aspectos Históricos

Para entender o processo de formação e funcionamento dos consórcios que gerenciam o “SAMU 192 Regional”, **formados exclusivamente por municípios**, além de se apropriar de conceitos elementares ao ‘setor saúde’⁴, é fundamental compreender como se dá, do ponto de vista legal, o processo de interação jurídica entre os entes consorciados. Sob esse aspecto, é necessário entender, inclusive, como os consórcios eram tratados antes da Lei Federal nº 11.107/2005, conhecida como Lei dos Consórcios Públicos - principal marco jurídico da cooperação interfederativa no Brasil -.

Até 2005, data de promulgação da Lei Federal nº 11.107/2005, não existia uma legislação específica que regulamentasse a participação dos entes públicos consorciados,

⁴ Entre eles, economia de escala e escopo.

assim como mecanismos punitivos para o comportamento *free rider*⁵ de alguns entes cooperados, o que evidenciava a fragilidade jurídica e administrativa da prática de consorciamento. Para atender a essa demanda, ressentida pelos entes federativos, foi editada em 6 de abril de 2005 a Lei Federal nº 11.107, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. A lei, por conseguinte, viria a ser regulamentada pelo Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007 (BRAGA, RIBEIRO, 2011), (FIG. 4).

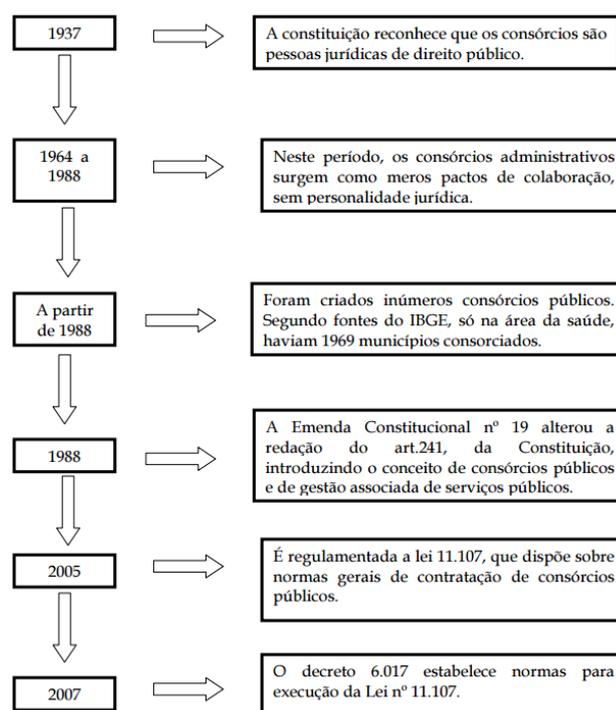


Figura 4 - Percurso histórico dos Consórcios Públicos

Fonte: BRAGA, RIBEIRO, 2011, baseado na publicação da Confederação Nacional de Municípios - CNM de Ribeiro, 2006.

4.2.2.2 Sobre as Principais Normas Referentes aos Consórcios Públicos

Em relação às principais normas editadas e vigentes que tratam do assunto ‘Consórcios Públicos’ cabem os seguintes comentários:

- a) Lei Federal nº 11.107/2005 → é a principal lei em vigor sobre o tema. Dita as normas gerais sobre os Consórcios Públicos. A lei é um marco na história da constituição dos consórcios, pois, consolidou, em grande medida, as tendências e

⁵ Comportamento “caroneiro”. Quebra do pacto entre as partes consorciadas, o que pode ocasionar a insolvência da associação.

- necessidades que as instituições apresentavam;
- b) Decreto Federal nº 6.017/2007 → regulamenta a Lei Federal nº 11.107/2005;
 - c) Lei Estadual nº 18.036/2009 → promulgada em 12 de janeiro de 2009 a Lei expressa a vocação cooperativa do Estado. Minas Gerais é o primeiro estado da Federação que possui em seu ordenamento jurídico legislação específica sobre o tema;
 - d) Portaria STN nº 72 → editada pela Secretaria do Tesouro Nacional a portaria estabelece padrões de normatização para procedimentos contábeis aplicados aos Consórcios Públicos.

4.2.2.3 Sobre as Personalidades Jurídicas dos Consórcios Públicos

A Lei Federal nº 11.107/2005 institui que o Consórcio Público adquirirá personalidade jurídica:

- I - de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções;
- II - de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil. (BRASIL, 2005), (FIG. 5).



Independentemente de sua natureza jurídica, o Consórcio Público será regido pelos preceitos da **Administração Pública e da Gestão Fiscal Pública** e integrará a administração indireta de todos os entes da Federação (BATISTA *et al.*, 2011b, p. 42).

Figura 5 – Lei Federal nº 11.107 - Fonte: BATISTA *et. al.*, 2011b, p. 36.

4.2.2.4 Sobre o Processo de Constituição do Consórcio Público

Para a constituição de um Consórcio Público, em observância à Lei Federal nº 11.107/05 e, tendo em vista o adequado funcionamento da associação, devem-se cumprir as seguintes etapas:

- a) identificação de objetivos e interesses comuns;
- b) elaboração de estudos de viabilidade técnica;
- c) elaboração do Protocolo de Intenções;
- e) subscrição do Protocolo de Intenções pelos Chefes do Poder Executivo que

- pretendem se consorciar;
- f) ratificação do Protocolo de Intenções (mediante aprovação do Protocolo de Intenções por cada Legislativo dos entes consorciados)⁶;
- os entes subscritores terão dois anos, a partir da data da primeira subscrição, para ratificar o Protocolo. Após esta data, a ratificação só será válida com a homologação da Assembleia Geral do Consórcio;
 - o Protocolo de Intenções deve ser igual para todos os entes que compõem o consórcio, em que pese cada legislativo poder criar reservas de determinados dispositivos, condicionando assim a ratificação;
 - uma vez ratificado, o Protocolo de Intenções se converte no Contrato de Consórcio Público⁷;
- g) publicação do Protocolo de Intenções;
- h) obtenção do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- i) adoção pelos entes participantes de destinação orçamentária e medidas para o funcionamento do Consórcio Público
- elaboração e assinatura do Estatuto do Consórcio Público⁸;
 - leis orçamentárias (previsão de dotações específicas para a transferência de recursos para o Consórcio Público através de Contrato de Rateio, quando for o caso);
 - elaboração de Contrato de Programa (se for o caso).

4.2.2.5 Sobre os Documentos Constitutivos e Administrativos do Consórcio Público

O funcionamento de um consórcio impõe o desenvolvimento de atividades cujo gerenciamento, volume, complexidade e diversidade estão diretamente relacionados com a missão definida na sua constituição, com os objetivos propostos, com os aspectos econômico-financeiros e com a realidade política e social dos municípios participantes. À exceção do viés político, todos os demais regramentos devem estar expressos nos

⁶ Existe também a possibilidade do ente da Federação, antes de subscrever o Protocolo de Intenções, disciplinar por lei a sua participação no Consórcio Público, dispensando-se da ratificação.

⁷ O art. 2º, inc. III, do Decreto nº. 6.017/07 conceitua o Protocolo de Intenções como o contrato preliminar que, ratificado pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato de Consórcio Público.

⁸ O estatuto deve ser elaborado pela assembleia geral, conforme dispõe o inciso VI do art.4º da Lei Federal nº 11.107/05. O conteúdo do estatuto deverá dispor da organização e funcionamento dos órgãos que o compõe e pode exercer função de um regimento interno. Os estatutos terão, na verdade, funções de um regimento interno.

documentos do Consórcio: Protocolo de Intenções/Contrato de Consórcio Público, Leis de Ratificação, Contrato de Rateio e Estatutos, quando for o caso. O processo de formação e funcionamento dos consórcios que gerenciam o SAMU 192 Regional depende, portanto, da observância às normas contidas em Lei Federal nº 11.107/2005, assim como o estabelecimento de regras que garantam a sustentabilidade da associação. A falta de segurança jurídica pode resultar no mau funcionamento desse consórcio a médio e longo prazo.

São documentos pertinentes aos Consórcios Públicos:

- a) Protocolo de Intenções → é um tipo de contrato preliminar que se converte em **Contrato de Consórcio Público** depois de aprovado (ratificado) por lei pelos legislativos dos entes consorciados. Trata-se de um documento em que se estabelecem os objetivos, limites e possibilidades do consórcio.

O Protocolo de Intenções é o instrumento fundamental do consórcio, o “documento mãe” para a constituição de um Consórcio Público. É ele que, ratificado por lei em cada um dos legislativos dos entes consorciados, se converterá em Contrato de Consórcio Público, que é a “certidão de nascimento de um consórcio público”. Todavia, em se tratando de um Consórcio Público de Direito Privado, remete-nos a Lei ao Código Civil quando formos constituí-lo. (SIMÕES, 2010, p. 20-21).

O art. 4º da Lei Federal nº 11.107/05, dispõe sobre as cláusulas necessárias que devem estar expressas no Protocolo de Intenções. São elas:

- I – a denominação, a finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio;
- II – a identificação dos entes da Federação consorciados;
- III – a indicação da área de atuação do consórcio;
- IV – a previsão de que o consórcio público é associação pública ou pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos;
- V – os critérios para, em assuntos de interesse comum, autorizar o consórcio público a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo;
- VI – as normas de convocação e funcionamento da assembleia geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do consórcio público;
- VII – a previsão de que a assembleia geral é a instância máxima do consórcio público e o número de votos para as suas deliberações;
- VIII – a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado;
- IX – o número, as formas de provimento e a remuneração dos empregados públicos, bem como os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;
- X – as condições para que o consórcio público celebre contrato de gestão ou termo de parceria;
- XI – a autorização para a gestão associada de serviços públicos, explicitando:
 - a) as competências cujo exercício se transferiu ao consórcio público;

- b) os serviços públicos objeto da gestão associada e a área em que serão prestados;
 - c) a autorização para licitar ou outorgar concessão, permissão ou autorização da prestação dos serviços;
 - d) as condições a que deve obedecer ao contrato de programa, no caso de a gestão associada envolver também a prestação de serviços por órgão ou entidade de um dos entes da Federação consorciados;
 - e) os critérios técnicos para cálculo do valor das tarifas e de outros preços públicos, bem como para seu reajuste ou revisão; e
- XII – o direito de qualquer dos contratantes, quando adimplente com suas obrigações, de exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato de consórcio público.

- b) Leis de Ratificação do Protocolo de Intenções ou Leis que disciplinam a participação do município no consórcio → lei editada por cada um dos entes federativos envolvidos no consórcio;
- c) Contrato de Rateio → é um instrumento mediante o qual os entes consorciados entregam recursos aos consórcios públicos para suportar as despesas administrativas da respectiva associação. Os recursos devem ser devidamente previstos na lei orçamentária de cada consorciado, sob pena de exclusão do consórcio, após prévia suspensão, conforme artigo 8º, § 5º, e sob pena de improbidade administrativa, de acordo com artigo 10, inciso XV da Lei nº. 8429/1992, com a redação dada pelo artigo 18 da Lei 11.107/2005. Desse modo, no Contrato de Consórcio Público, a contratualização do rateio indica a existência de deveres recíprocos, sobretudo quanto ao custeio das atividades administrativas do consórcio.

Art. 8º. Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.

§ 1º. O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual ou a gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outros preços públicos.

[A Lei 11.107/05 prevê punição ao ente que não cumpra o pactuado]⁹

Art.8º. §5º: Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos

⁹ Um consórcio apenas existe se for possível identificar os ganhos oriundos da integração para cada um dos entes consorciados. Pode haver situações em que os municípios decidam descumprir as regras dos consórcios, mesmo quando estas são pré-estabelecidas. A manutenção dessas estruturas no longo prazo depende da confiança mútua entre os gestores e de instituições bem estabelecidas e incorporadas à dinâmica do grupo, o que, na falta destes, pode gerar instabilidade no consórcio. Essa dinâmica de manutenção dos consórcios públicos pode ser mais bem entendida a partir da **Teoria dos Jogos** (RIBEIRO *et al*, 2014).

adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio.

4.2.3 As Competências dos Consórcios Públicos

A forma de agir dos consórcios deve acompanhar os princípios e regramentos formais da administração pública geral. Sob essa égide, “os Consórcios Públicos possuem competências para a prática de todos os atos que visem atender a sua finalidade, de acordo com os termos do protocolo de intenções e das leis que o ratificaram” (HARGER, p. 102).

O quadro a seguir apresenta as possibilidades dos consórcios públicos no cumprimento de suas competências, (FIG. 6).

Nº	Competências	Característica
1	Firmar convênios, contratos e acordos de qualquer natureza	Os consórcios públicos podem se relacionar juridicamente com entes da administração pública direta e indireta, bem como entidades privadas.
2	Receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas	Os consórcios públicos estão autorizados a receber auxílios, contribuições, subvenções sociais ou econômicas. Os auxílios são espécies de transferência de capital, derivada diretamente da lei do orçamento. As contribuições são espécies de transferências correntes ou de capital. As subvenções são repasses financeiros que se destinam a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial ou cultural, sem finalidade lucrativa.
3	Promover desapropriações e instituir servidões	Os consórcios públicos poderão promover desapropriações e instituir servidões desde que autorizado para tanto pelo contrato de consórcio.
4	Ser contratado pela administração direta e indireta	Os consórcios públicos podem celebrar contratos com a administração direta e indireta dos entes consorciados, independente de licitação.
5	Atividade arrecadatória	Os consórcios públicos, para custear suas atividades, podem emitir documentos de cobrança e exercer atividades de arrecadação de tarifas e de outros preços públicos pela prestação de serviços (Não se aplica aos consórcios de saúde).
6	Outorgar concessão, permissão ou autorização de obras ou serviços públicos	Os consórcios públicos têm competência para outorgar concessão, permissão ou autorização de obras e serviços públicos; para tanto exige prévia autorização no contrato de consórcio público, que deverá indicar de forma precisa o objeto da concessão, permissão ou autorização e as condições que estas deverão atender além do respeito às normas gerais em vigor.
7	Contratar pessoal	Os consórcios públicos necessitam de pessoas para atuarem em seu nome. Essas pessoas podem ingressar nos consórcios públicos de três maneiras: cessão de servidores feita ao consórcio pelos entes consorciados; processo de contratação a ser celebrado pelo próprio consórcio por intermédio de concurso público e pela nomeação para cargos em comissão.
8	Realizar licitações	A possibilidade de realizar licitações é decorrência implícita da capacidade para celebrar contratos e outorgar concessões e permissões atribuídas aos consórcios.

Figura 6 - Quadro de competências atribuídas pela lei aos consórcios públicos¹⁰
Fonte: Dos autores, adaptado de HARGER, 2007, p.102-117.

¹⁰ Não foram inseridas na análise as discussões referentes à Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

A Lei Federal nº 11.107/2005 proporcionou a criação de um marco legal que gerou segurança aos consórcios, em especial a segurança jurídica. É esse marco legal que deixou claro o que é um consórcio e como ele pode atuar. Da segurança jurídica deriva a segurança administrativa, relacionada às ações cotidianas das instituições. A segurança administrativa está retratada no estabelecimento de questões como o regime jurídico ao qual estão vinculados os recursos humanos dos consórcios, nas garantias dadas aos entes consorciados nas questões relacionadas ao cumprimento das obrigações pactuadas no âmbito do consórcio mesmo quando determinado ente fizer a opção de dele se retirar ou na imposição de sanções de improbidade ao representante legal do ente federado que deixar de incluir em seu orçamento recursos para o consórcio. (SIMÕES, 2011, p. 12).

Em relação aos Consórcios Públicos de Direito Público deve-se ainda destacar que eles possuem maior flexibilidade em relação à Administração Direta, dispondo de maiores valores nos limites de licitação¹¹; maior flexibilidade no poder de compra, remuneração de pessoal e pagamento de incentivos; vantagens processuais¹² e imunidades tributárias¹³.

4.2.4 Controle e Fiscalização dos Consórcios Públicos

Fundamental ressaltar a obrigação do Consórcio em prestar contas a instâncias de controle interno e externo. Enganam-se àqueles que entendem os consórcios como uma forma organizacional menos rígida, regulada por um regime administrativo mais flexível, distante do exercício do controle. Os consórcios são mecanismos dotados de um sistema de governança (Assembleia Geral) bastante participativo, aberto ao controle social, devendo prestar contas periodicamente aos municípios consorciados e Tribunal de Contas.

Os Consórcios Públicos devem se submeter às regras e princípios de administração pública¹⁴. Assim, todos os consórcios precisam licitar, celebrar contratos sob a Lei nº 8.666, admitir pessoal celetista por concurso ou processo seletivo, escriturar seu movimento financeiro nos padrões da contabilidade pública, além de prestar contas ao órgão constitucional de controle externo, no caso, conforme Lei Federal nº 11.107/05, ao Tribunal de Contas.

Cabe ao Tribunal de Contas a fiscalização contábil, operacional e patrimonial dos consórcios públicos, igualmente à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas,

¹¹ Os valores são contados em dobro quando o Consórcio é constituído por até 03 entes federados, ou o triplo, se formado por um número acima de três (03) consorciados.

¹² Possui prazo em quádruplo para contestar e em dobro para recorrer de decisões judiciais que lhe for desfavorável.

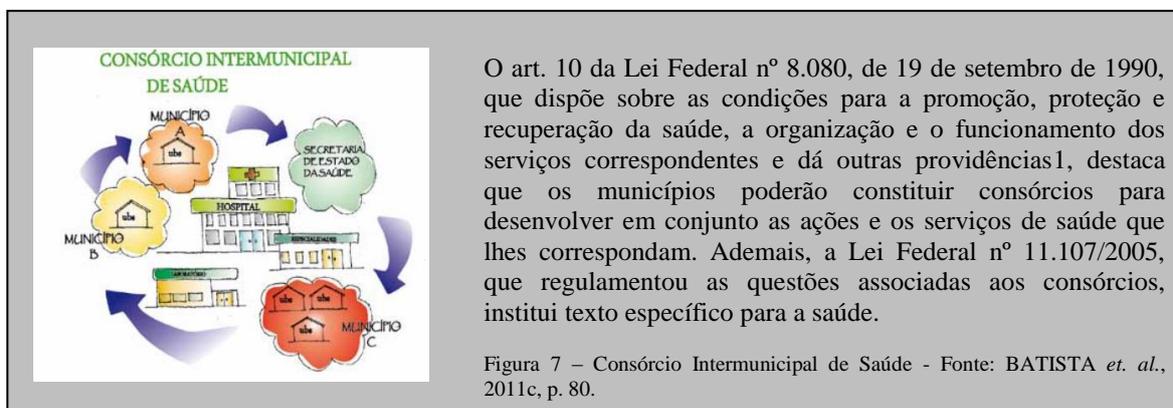
¹³ Os Consórcios Públicos de Direito Público terão imunidade quanto: IRPJ, IOF, IPTU, IPVA e ISSQN.

¹⁴ É no texto da Constituição que se encontram expressos os princípios constitucionais da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Eles estabelecem as diretrizes superiores que orientam todo o sistema de gestão do Estado, inclusive o dos consórcios.

atos, contratos e renúncia de receitas praticadas no consórcio. Não obstante, o Consórcio Público deve fornecer todas as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos apresentados em contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizados nas contas de cada ente da Federação os elementos econômicos e as atividades ou projetos atendidos pela associação.

4.3 Os Consórcios de Saúde

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) consistem em uma iniciativa autônoma de municípios (geralmente) circunvizinhos que se associam para gerir e prover, conjuntamente, serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações, promovendo um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis, otimizando e racionalizando o uso de recursos públicos. A principal virtude dos consórcios de saúde é a sinergia que eles proporcionam aos serviços para os quais são organizados. Isto é, eles articulam e coordenam os recursos financeiros e técnicos dos municípios consorciados, aumentando significativamente o rendimento de seus esforços, evitando a dispersão de recursos financeiros, humanos e materiais e maximizando o aproveitamento dos recursos municipais, (FIG. 7).



Segundo a Lei Federal nº 11.107/05, os consórcios públicos na área de saúde, devem obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS. Simões (2010, p. 18), quando discute a matéria, destaca que, em tratando-se de um Consórcio Público de Direito Público, ele automaticamente estará inserido no SUS em razão dos dispositivos constitucionais e legais (Constituição Federal e Lei 8080/1990). “Não se trata de querer ou não querer estar no sistema. É dever e direito”.

Exemplificando, havendo um Consórcio Público de Direito Público que – por exemplo - realize exames diagnósticos, esses exames têm que ser credenciados no Sistema. Havendo na localidade ou região entes privados que realizem esses mesmos exames, contratados pelo sistema, deverão esses contratos ser rescindidos ou limitados pela capacidade de realização de exames pelo consórcio de direito público. (SIMÕES, 2011, p. 18).

Lima (2000 p. 989) afirma, em seus estudos, que “os consórcios de saúde são, de fato, um fenômeno desta década, configurando-se como uma alternativa de gestão do sistema vigente”. Os consórcios, segundo a autora, representam uma ação efetiva de cooperação horizontal entre entes públicos de uma mesma localidade.

4.4 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais conta atualmente com 82 Consórcios Intermunicipais, de Saúde (CIS) que variam de tamanho, nível de gestão, cultura, perfil epidemiológico, personalidade jurídica e condições assistenciais. Dos 82 CIS existentes no estado, 69 são considerados pela SES-MG **consórcios generalistas** e 13 **consórcios temáticos**.

Os consórcios generalistas possuem abrangência regional e estão vocacionados, essencialmente, resguardados os limites e possibilidades de seus respectivos documentos constitutivos, à prestação de serviços de média complexidade ambulatorial (consultas e exames) e gerenciamento de equipamentos de saúde municipais e regionais. Atualmente no estado cerca de 800 municípios estão vinculados a esse tipo de consórcio, atendendo a uma população aproximada de 18 milhões de habitantes¹⁵, (FIG. 8).

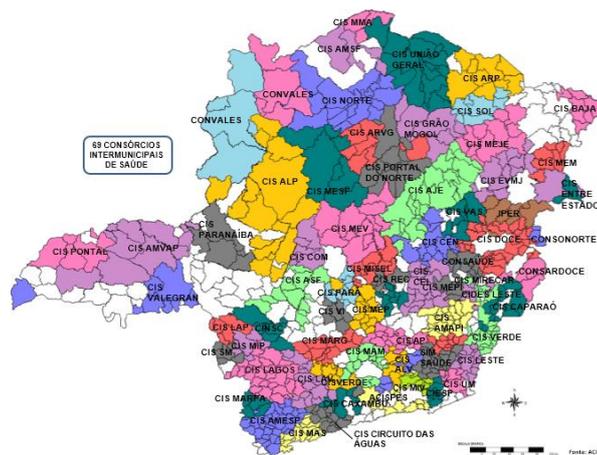


Figura 8 – Divisão territorial dos CIS generalistas de Minas Gerais
Fonte: ACIS, 2014.

¹⁵ Os consórcios generalistas possuem personalidades jurídicas diversas.

Os consórcios temáticos, todos consórcios públicos de direito público, possuem abrangência macrorregional e tem como objetivo gerenciar ações especializadas em saúde, como, por exemplo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Regional), um dos componentes da RUE. Dos 13 CIS temáticos existentes no Estado, seis já operam o SAMU em suas regiões, (FIG. 9).

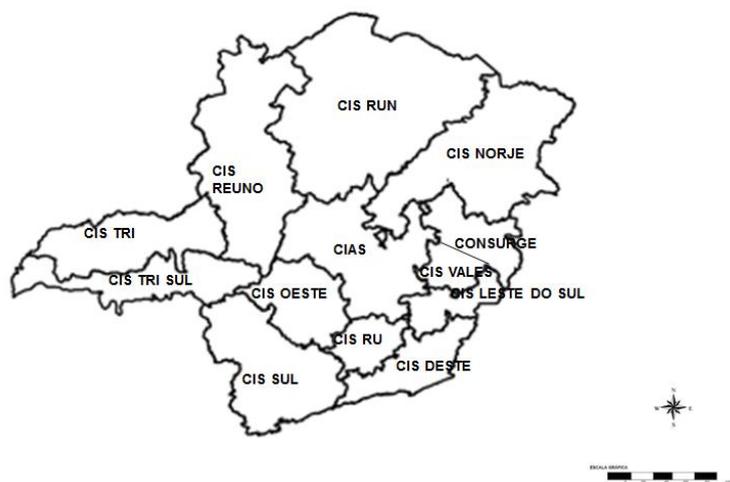


Figura 9 – Divisão territorial dos CIS temáticos de Minas Gerais
Fonte: ACIS, 2015.

4.5 Os Consórcios Públicos Temáticos e o SAMU 192 Regional

Não há como determinar um “modelo de gerência” ideal para o setor de prestação e gerência de serviços de saúde. Alternativas interessantes para gerenciar um determinado equipamento de saúde podem ser inadequadas em outras áreas. Nos mesmos termos, uma solução gerencial gerada para responder a necessidades de um Ente federativo pode ser inadequada a outro Ente federativo (CONASS, 2015).

De acordo com CONASS (2015, p. 13) utiliza-se o termo “**modelo de gerência**” para nominar os formatos jurídicos-administrativos que podem ser utilizados pelo Poder Público para assegurar a prestação de serviços de saúde à população. O termo engloba tanto as formas de atuação direta do Poder Executivo quanto de atuação indireta.

4.5.1 Por que o Consórcio Público como “modelo de gerência” do SAMU 192 Regional?

Em tempos de universalização do SAMU 192 no Estado é preciso compreender a motivação da Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB/SUS-MG) em utilizar os consórcios intermunicipais como instrumento de gerência do SAMU 192. É uma

discussão, todavia, incapaz de ser relatada com detalhes, considerando ter sido realizada ainda em meados de 2009 e 2010, sob condições e contextos específicos. Pode-se, porém, a partir de relatos técnicos e revisão literária, enumerar alguns dos fatores capazes de compreender a decisão colegiada do SUS/MG para que se efetivasse a descentralização administrativa do SAMU 192 para os Consórcios Intermunicipais.

A CIB/SUS-MG, por meio de Deliberação CIB-SUS/MG Nº 747, de 7 de dezembro 2010 e Resolução SES nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010, reconheceu que o componente SAMU 192 deveria ser gerido por um **ente público regional de natureza jurídica pública**. Este, por sua vez, se traduz atualmente na figura dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) que possuem caráter gerencial e, geralmente, acompanham a divisão territorial das Regiões Ampliadas de Saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG).

O primeiro dos fatores referentes à decisão da CIB/SUS-MG sobre a delegação da gerência do SAMU 192 aos consórcios públicos faz referência à tradição cooperativista do estado. Minas Gerais, em ocasião de implantação do SAMU 192 Regional (e até hoje), compreendia o Estado com o maior número de consórcios de saúde, eram 63 à época. Sob esse cenário, há que se inferir que a proximidade de gestores estadual e municipais com o modelo gerencial de Consórcios Públicos, pesou na decisão de adotar os consórcios como modelo de gerência do “SAMU 192 Regional”¹⁶, (FIG. 10).

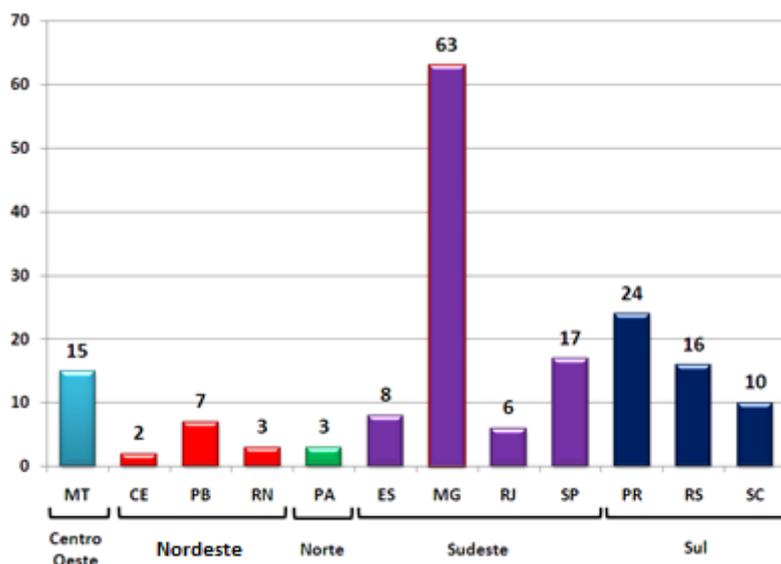


Figura 10 – Distribuição dos consórcios intermunicipais de saúde no Brasil por Estado e região em 2009
Fonte: PEREIRA *et. al.*, 2011.

¹⁶ O Governo Estadual, apesar de não ser membro juridicamente associado a nenhum Consórcio de Saúde, tem fomentado e apoiado a criação de consórcios intermunicipais de saúde desde a década de 1990.

Ainda que não existisse a tradição de Minas Gerais em relação a práticas de consorciamento em saúde, a descentralização administrativa do SAMU 192 para os consórcios públicos consistiria em uma alternativa interessante na medida em que tal atitude não reduziria o controle do Estado sobre o serviço. Os Consórcios Públicos de Direito Público, personalidade jurídica de todos os consórcios que gerenciam o SAMU 192 Regional, possuem natureza autárquica e, não obstante a falta de objetivação legal, a doutrina majoritária entende que esse tipo de associação integra a Administração Indireta dos entes participantes.

Em que pese também a possibilidade de outros modelos de gerência estarem vinculados a atuação direta do poder executivo, os Consórcios Públicos de Direito Público, como apontou item 11.2.3, desfrutam de privilégios capazes de maximizar a eficiência operacional do SAMU 192, (FIG. 11.1 e FIG. 11.2). São prerrogativas que dinamizam a administração do serviço, garantindo bases jurídicas seguras aos atos da administração pública relativas à gerência do equipamento.

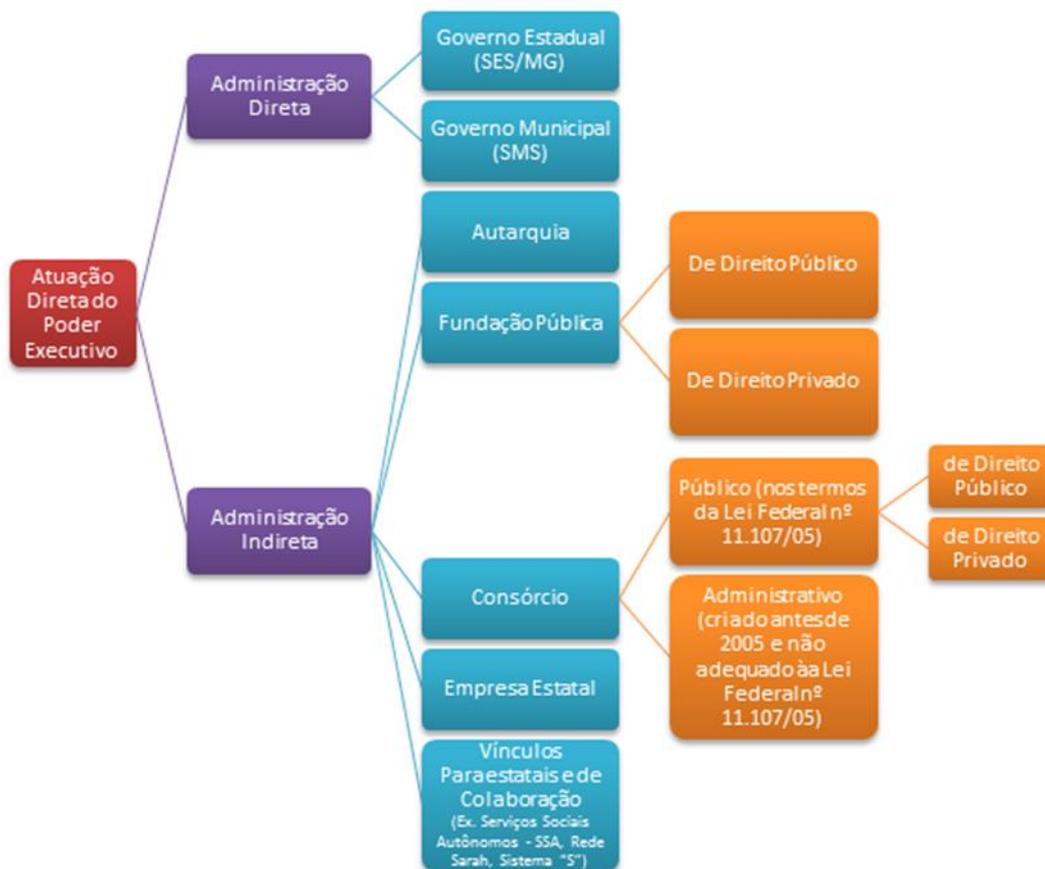


Figura 11.1 - Alternativas de Gerência da Administração Pública Brasileira: modelos de gerência
 Fonte: Adaptado pelos autores, a partir de CONASS, 2015.

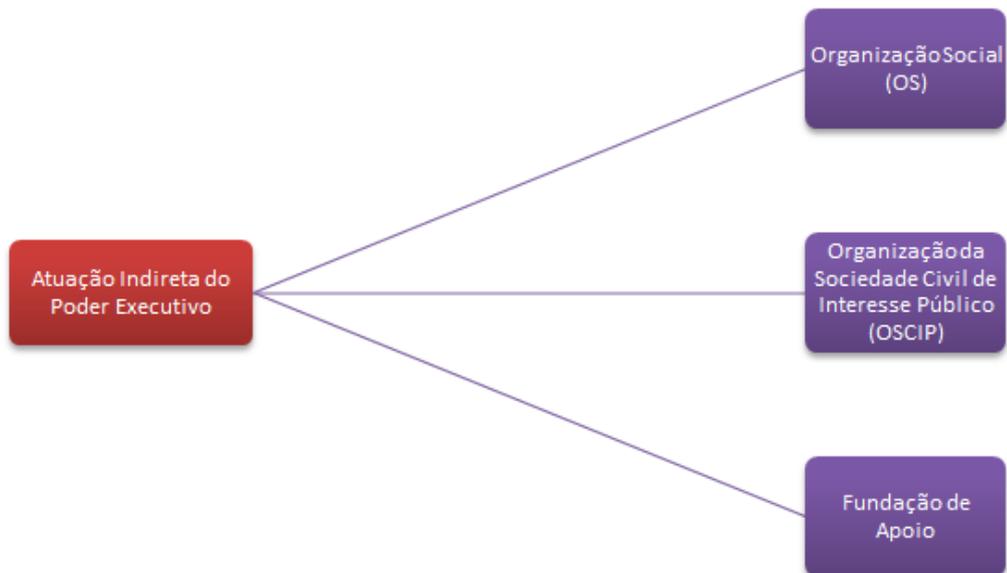


Figura 11.2 - Alternativas de Gerência da Administração Pública Brasileira: modelos de gerência
 Fonte: Adaptado pelos autores, a partir de CONASS, 2015.

Não há também como negligenciar, quando se discute a opção pelos Consórcios Públicos em relação ao SAMU, a complexidade territorial de Minas Gerais, composta por 853 municípios. Sob este aspecto, deve-se ressaltar a heterogeneidade demográfica, econômica, política e assistencial dos municípios. Nessas circunstâncias, estruturas de gestão em que as relações de governanças estão calcadas no princípio da igualdade, como os consórcios, por exemplo, podem contribuir para (re) equilibrar as relações de força e poder no território¹⁷, aperfeiçoando a articulação entre os municípios.

Não obstante, deve-se ainda sublinhar a capacidade administrativa dos entes federados em gerenciar um equipamento supramunicipal como o “SAMU 192 Regional”, de elevada complexidade assistencial e administrativa. Sob esse aspecto, deve-se chamar a atenção para o processo de contratualização entre municípios consorciados e SES-MG com os Consórcios Públicos de Direito Público, relativamente simples se comparado a outros modelos de gerência.

4.5.2 Quais as Competências Básicas dos Consórcios que Gerenciam (ou Gerenciarão) o SAMU 192 Regional?

Em geral, resguardadas algumas especificidades regionais, são competências e

¹⁷ Neste caso, leia-se território a área de abrangência do SAMU.

responsabilidades dos Consórcios Públicos que gerenciam o “SAMU 192 Regional”¹⁸:

a) Competências Assistenciais

- operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne ao serviço móvel de urgência, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes;
- realizar a coordenação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves no âmbito macrorregional e estadual, ativando equipes apropriadas para as transferências de pacientes;
- assegurar a escuta médica qualificada e permanente para as urgências e emergências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando número exclusivo e gratuito;
- participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, tipo acidente aéreo, ferroviário, inundações, terremotos, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos ou de radiações ionizantes, e demais situações de catástrofes;
- manter, diariamente, informação atualizada dos recursos disponíveis para o atendimento às urgências;
- prover banco de dados referentes aos atendimentos de urgência;
- participar de processo de Educação em Saúde, proporcionando cursos de primeiros socorros de Suporte Básico de Vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;
- realizar manutenções preventivas e corretivas em todos os equipamentos do “SAMU 192 Regional”, cuidando para mantê-los em perfeito estado de funcionamento.

b) Competências Administrativas

- garantir a prestação de serviços adequados nos termos da legislação aplicável;

¹⁸ As competências e responsabilidades estão expressas em Contrato de Consórcio Público e/ou Contrato de Programa e Contrato de Prestação de Serviços celebrado entre o CIS e a SES-MG.

- adotar tecnologia adequada e empregar materiais, equipamentos, instalações e métodos operativos que, atendidas as normas técnicas pertinentes, garantam a prestação de serviço adequado ao pleno atendimento à população;
- equacionar e solucionar, de forma satisfatória, eventuais problemas no funcionamento dos serviços, de acordo com o regulamento dos serviços;
- aperfeiçoar o nível de qualidade dos serviços, de acordo com a legislação atual e superveniente;
- alimentar e manter atualizado a produção assistencial nos Sistemas de Informação do DATASUS;
- responsabilizar-se pelas obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias, bem assim a quaisquer outras obrigações relacionadas ou decorrentes da contratação dos serviços;
- garantir a continuidade dos serviços prestados através do acompanhamento constante do cumprimento das metas estipuladas em Contrato de Programa e Contrato de Prestação de Serviços;
- aceitar, sem restrições, a fiscalização da SES-MG, no que diz respeito ao fiel cumprimento das condições e cláusulas pactuadas em Contrato de Programa e Contrato de Prestação de Serviços;
- assumir responsabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer prejuízos materiais ou pessoais, causados à contratante ou a terceiros, pela própria contratada, por seus prepostos ou subordinados.

4.5.3 Como Ocorre a Relação da SES-MG com os Consórcios Públicos que Realizam a Gerência do SAMU 192 Regional?

Os consórcios, em conjunto com a SES-MG, realizam o gerenciamento do “SAMU 192 Regional” e todos seus serviços, de forma sistematizada, garantindo a eficiência do trabalho desenvolvido pela Central de Regulação das Urgências, os atendimentos pré-hospitalares e transportes inter-hospitalares, bem como as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente para capacitação dos profissionais e educação em saúde para a população.

Embora seja o Consórcio Público o instituto responsável pela gerência do “SAMU 192 Regional”, é a SES-MG o agente responsável por determinar os critérios técnicos e

indicadores a serem seguidos pelo contratado. Para tanto, a SES-MG formaliza em instrumento contratual as obrigações dos Consórcios que gerenciam o SAMU 192 em todo Estado. É neste documento, construído em observância aos ditames legais, que se oficializam todos os fatores de importância inerentes à prestação do serviço.

Cabe a SES-MG, de forma a assegurar a prestação de um serviço de qualidade à população residente na área de vinculação dos Consórcios, o monitoramento dos serviços relativos ao SAMU 192. Tal modelo enfatiza o papel do Governo Estadual como o responsável por normatizar a prestação dos serviços “SAMU 192” à população e, o Consórcio, nos termos contratuais, o ente competente por proceder com a execução dos serviços, em observâncias às diretrizes ora estabelecidas.

Além das normas e critérios a serem seguidos pelos consórcios quando do gerenciamento do componente SAMU 192, os CIS devem seguir e fazer cumprir as metas e indicadores estabelecidos que impactam diretamente no repasse dos incentivos financeiros para custeio do serviço. Nesta lógica, a SES-MG publicou a Resolução SES nº 2.884, de 20 de Julho de 2011, que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento controle e avaliação de Programas Estaduais diversos, dentre eles o SAMU 192¹⁹.

4.6 Considerações

Decorridos sete anos após a implantação do primeiro ‘SAMU 192 Regional’ do estado há que se ressaltar alguns avanços e desafios atrelados a esse formato jurídico de gestão, sobretudo quando seu intento é gerenciar exclusivamente um único equipamento de saúde, no caso o SAMU. Pode-se inferir, por exemplo, que este modelo de gerência, sob a gestão da SES-MG, tem sido capaz de demandar mais eficientemente os recursos, bem como possibilitado a ampliação da capacidade política dos municípios a eles vinculados, potencializando a organização da Rede de Urgência e Emergência de forma colegiada e participativa conforme a necessidade e realidade local.

¹⁹ Para o referido componente, foram propostos indicadores que visam monitorar e mensurar aspectos Referentes à efetividade da gestão e o desempenho da unidade. O indicador “Percentual de Unidades de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA) em funcionamento” busca assegurar que todas as ambulâncias estarão disponíveis para atendimento, em regime de prontidão, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários, conforme legislação. Já o indicador “Percentual de dias com manutenção da equipe mínima da Central de Regulação do SAMU” contribui para garantia de atendimento efetivo durante 24h por dia durante todos os dias da semana, com equipe mínima exigida conforme legislação específica.

Não há como negar, sob o ponto de vista da SES-MG, que a natureza transversal do tema “Consórcios” ou mesmo a autonomia desses arranjos perante o governo estadual, tornam ainda maiores o desafio de aperfeiçoamento desse instrumento de gestão. Assim, é necessário e fundamental para a SES-MG se aproximar, cada vez mais, dessas estruturas, ainda que o Governo Estadual não seja membro juridicamente associado e nenhum consórcio intermunicipal. É fundamental, portanto, fomentar (municípios e Governo Estadual) a estruturação de consórcios que dê conta dos processos e projetos a ele delegados e que, na condição de pontos de atenção importantes do SUS, permitam-se serem monitorados em diferentes escalas por outros atores sociais, governamentais e não-governamentais.

A crescente necessidade de ampliação e melhoria dos serviços prestados pelos consórcios que gerenciam o “SAMU 192 Regional” no Estado, aliada a tradição de Minas Gerais em relação a essas associações, exige a busca contínua por novas formas de atuação sobre estes arranjos. Especificamente no caso do Governo Estadual, ao ver da SES-MG, apenas monitorar os contratos celebrados com essas associações²⁰ não é mais suficiente, sendo igualmente importante, respeitada a autonomia e as especificidades regionais desses institutos, a adoção de uma política que acompanhe o cotidiano dos consórcios.

Pensando nisso, a SES-MG tem, a cada dia, procurando aperfeiçoar a sua relação interinstitucional com os CIS, aproximando-se da dinâmica dessas associações, bem peculiar se comparada a outros prestadores do SUS. A ação requer, porém, a compreensão do modelo de gerenciamento, das estruturas administrativas e dos processos de planejamento implantados singularmente em cada um dos consórcios do SAMU 192 Regional.

²⁰ Em conformidade com a Lei Federal nº 11.107/2005, a SES-MG tem formalizado as relações com os consórcios que gerenciam o SAMU por meio da celebração de Contratos de Programa e Contratos de Prestação de Serviços.

REFERÊNCIAS

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS (ALMG). Gerência-Geral de Taquigrafia e Publicação. ABRUCIO, Fernando Luiz. **Notas Taquigráficas da 29ª Reunião Especial da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 16ª legislatura** (sem revisão do orador), 20 ago. 2007, 14h. 79 p.

BATISTA, S.; VECCHIA, R.; PEREIRA, M. P.; AUGUSTI, M. T.; HERNANDES, J. L.; BACHIEGA, C. A.; REIS, R. C. dos; GISOLF, M. M.; ESPINDOLA, N. M. de; SANCHES, M. M. **O papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão dos consórcios públicos**. Guia de Consórcios Públicos. 1. ed. Brasília, DF Caixa Econômica Federal, 2011a. 1. ed., 115 p. ISBN 978-85-86836-28-2. Disponível em: <http://www.portalfederativo.gov.br/consorcios-publicos/legislacao-documentos/guia_consorcios_publicos_voll.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2016.

_____, 2011b. 1. ed., 276 p. (Guia de Consórcio Públicos. Caderno; v. 2)

_____, 2011c. 1. ed., 244 p. (Guia de Consórcio Públicos. Caderno; v. 3)

BRAGA, Reinaldo Queiroz; RIBEIRO, Hélio Alessandro. Administração de Consórcios Intermunicipais de Saúde. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia**, Centro de Ensino Superior de São Gotardo, n. 3, jan.-jun., 2011 - Trabalho 07, p. 105-122. Disponível em: <<http://www.periodicos.cesg.edu.br>>. Acesso em: 16 fev. 2016, às 18h06min.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1 mar. 2016.

_____. Lei Nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 set. 1990.

_____. Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e das outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm>. Acesso em: 1 mar. 2016.

____. Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8429.htm>. Acesso em: 1 mar. 2016.

____. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jan. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm>. Acesso em: 1 mar 2016.

____. **Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011a**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

____. **Portaria GM/MG nº 1.600, de 07 de novembro de 2011b**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Gestão do setor público**: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Tradução de Carolina Andrade. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 21-38.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde**. Brasília, CONASS, 2015, 157 p.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. Federalismo e relações intergovernamentais: implicações para a reforma da educação no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 112, p. 729-748, jul.-set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v31n112/05.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

Capítulo 5 - Sistema de Regulação das Urgências²¹

Alain Rozemberg
Cesar Augusto Soares Nitschke
Miguel Martinez-Almoyna

5.1 A Regulação de Urgência

A Regulação das Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante *escuta permanente* pela equipe da Central de Regulação (Telefonista Administrativa Médico, Médico Regulador) com *acolhimento de todos os pedidos de socorro* que ocorrem à central e o estabelecimento de uma *estimativa inicial do grau da urgência* de cada caso, desencadeando a *resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva*, conforme grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema (BRASIL, 2002).

É importante lembrar que, a fim de garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência devem ser suficientemente detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço. Além disto, necessita-se da compreensão da organização da rede, com a devida hierarquização, para fins de estabelecermos a identidade entre as necessidades dos pacientes atendidos pelo SAMU- 192 e a oferta da atenção necessária em cada momento. As grades de atenção deverão mostrar, a cada instante, a condição de capacidade instalada do sistema regionalizado e suas circunstâncias momentâneas.

As Centrais SAMU-192, de abrangência regional, devem prover acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante “porta de entrada” do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis através das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas

²¹ Texto adaptado, extraído da apostila “ Curso de capacitação: suporte básico de vida. SES, 2014”.

médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias.

Vale salientar que, nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde que não possui a hierarquia técnica requerida pelo caso, mesmo que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência e, nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e priorizado pela Central de Regulação de Urgências. Por outro lado, se esse paciente já estiver fora da situação de urgência e precisar de outros recursos para a adequada continuidade do tratamento (portas de saída), a solicitação deve ser redirecionada para outras centrais do complexo regulador, de acordo com a necessidade observada. Esses fluxos e atribuições dos vários níveis de atenção e suas respectivas unidades de execução devem ser pactuados previamente, com o devido detalhamento nas grades de oferta regionais.

As Centrais de Regulação de Urgências – Centrais SAMU-192 constituem-se em “observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

Os princípios constitucionais de respeito à dignidade da pessoa humana, de cidadania e de promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências.

A Portaria GM/MS 2048/2002 define que ao médico regulador deve ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

A Portaria GM/MS 2657/04 aponta as seguintes atribuições gerais para a Regulação Médica das Urgências:

Atribuições Gerais

I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;

II - ser polivalente na utilização dos recursos;

III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;

IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;

V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais equitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;

VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;

VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;

VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;

X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;

XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;

XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações.

Atribuições Específicas

I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do

dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;

II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;

IV - hierarquizar necessidades;

V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

VI - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as res- postas necessárias;

VII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;

VIII - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar à assistência, sempre que necessário;

IX - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;

X - permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis

XI - constituir-se em “observatório privilegiado da saúde e do sistema”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;

XII - respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

A Portaria GM/MS 2048/02 destaca as competências técnica e gestora da equipe da Central de Regulação de Urgência, entre outras diretrizes, conforme se lê a seguir:

- A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

- Como a atividade da regulação envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas atendimento da regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;
- Tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento:
- Ao médico regulador cabe decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade sanitária para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência.

Em suma, o médico regulador responde como autoridade sanitária e pode lançar mão dos meios necessários para garantir o adequado atendimento do paciente. A gravação dos chamados dá respaldo a todos: solicitante, regulador e receptor, no sentido do registro correto e claro das informações, bem como da manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes acometidos por urgências que, pela gravidade do caso, perdem o direito a escolha e são submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao médico. É por esta, entre outras razões, que este paciente deve ter garantido seu direito de acesso a um atendimento qualificado e adequado à sua necessidade.

O aumento da violência e a privatização das estradas fizeram surgir no país, no eixo das grandes cidades, inúmeros serviços privados de atendimento pré-hospitalar móvel. Sobre estes também legisla a Portaria GM nº 2048 de 2002, ao afirmar que a empresa privada de atendimento pré-hospitalar devem contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, equipe de regulação e de intervenção. Estas Centrais Reguladoras privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente.

Para dirimir uma série de conflitos de poder observados na atenção pré-hospitalar móvel entre médicos reguladores e comandos de bombeiros, polícia rodoviária federal, polícia militar a Portaria GM nº2048 de 2002 deixa claro ainda que os Corpos de Bombeiros Militares e outras entidades deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos desta portaria.

A portaria estabelece, ainda, os requisitos gerais e competências de todos os profissionais envolvidos no pré-hospitalar, os tipos de viaturas, seus equipamentos e medicamentos.

5.2 Papel, Tarefas da Equipe da Central de Regulação 192²²

5.2.1 Papel Gestor da Equipe de Regulação

O papel do Gestor consiste em verificar recursos para realizar a regulação, em que destacam-se as principais atribuições:

- Verificar os leitos e ambulâncias disponíveis para o atendimento
- Antes de iniciar seu trabalho deve certificar-se que todos os recursos materiais e humanos para realizar uma regulação médica estão em dia e ao seu alcance. Caso ocorra a falta de qualquer item deve, como autoridade, obter estes recursos.
- Avaliar e racionalizar o sistema: É a autoridade que tem como papel racionalizar o sistema através da avaliação das necessidades e da oferta disponível, coordenando o fluxo das ações.

5.2.2 Papel do Médico Regulador e Principais Tarefas

O médico regulador deve preferencialmente ser um médico que tenha experiência hospitalar, no nível de urgência, e que tenha uma formação própria dentro do SAMU. Com o objetivo de melhorar seu desempenho, o médico regulador deve no SAMU, não somente exercer as funções de regulador, mas igualmente atuar como médico assistente nas ambulâncias. Com isto consegue ter uma visão completa de todos os passos do atendimento e agiliza a avaliação e envio de recursos do SAMU. Além disto, evita que, quando assuma a posição de médico regulador, torne-se apenas um “despachador” de

²² Extraído e modificado de JANNIERE, D.; MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. - O Médico regulador, competência e deveres. In: Martinez-Almoyna, M & Nitschke, C.A.S.. Elementos de uma Regulação Médica dos Serviços de Ajuda Médica (SAMU)

unidades móveis.

Em uma regulação, o médico deve estar apto a realizar a detecção das necessidades de atendimento médico de urgência de uma maneira rápida, geralmente em menos de 1 minuto, estabelecendo rapidamente as prioridades e escolhendo os meios que serão enviados à pessoa que necessita.

Seguindo-se uma ordem de tarefas, podemos colocar que o médico regulador realiza:

1. Detecção de Síndromes Operacionais de Regulação (SOR): Ele utiliza vários meios para detectar a necessidade de atendimento médico de urgência: interrogatório, ouvir barulhos de respiração, etc.,

2. Classificação de prioridades: Distribui em classes de prioridades, seguindo critério de maior necessidade de atendimento médico de urgência, e, através dela, ordenando qual a maior necessidade de atendimento médico de urgência.

3. Hipótese diagnóstica: Faz, logo após a expressão do pedido de atendimento médico de urgência, a suposição de modo provisório sobre a possível diagnóstico sindrômico .

4. Tomada de decisão terapêutica:

A – Orienta: Indica o rumo ao qual a pessoa que pede o atendimento médico de urgência deve seguir, norteando o tratamento.

B – Prescreve: Receita o tratamento a ser seguido para a resolução da síndrome

C – Despacha: Expede meios disponíveis tanto no SAMU como outros.

D - Distribui meios: Dirige os meios disponíveis para o atendimento do paciente que necessita de atendimento médico de urgência, repartindo de acordo com sua prioridade.

5. Controlador: Fiscaliza a execução da resposta, para a manutenção da qualidade e agilização dos recursos que possam eventualmente se fazer adicionalmente necessários.

6. Apoiador: Ampara os médicos executores em quaisquer necessidades externas.

7. Preparador da recepção: Prepara a recepção médica e hospitalar.

5.2.3 Papel do Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) no Primeiro Minuto do Chamado²³

O TARM exerce três de suas principais funções durante esta fase de tratamento da chamada.

²³ Extraído e modificado de ROZENBERG, A.; MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. - Como o TARM trata o pedido de ajuda médica urgente dentro do primeiro minuto. In: Martinez- Almoyna, M & Nitschke, C.A.S. Elementos de uma Regulação Médica dos Serviços de Ajuda Médica (SAMU).

5.2.3.1 Função Operacional de Administração

O TARM é responsável por gerir, recolher e registrar as informações necessárias ao trabalho da regulação. Ele utiliza para isto diferentes meios de comunicação (telefone, sistema informatizados de regulação).

5.2.3.2 Função Operacional Técnica

Como radio-telefonista do SAMU ele sabe utilizar todos os meios de transmissão do serviço deve estabelecer as conexões necessárias no sistema entre os operadores.

5.2.3.3 Função Operacional Paramédica

Ele forma uma dupla ergonômica com o médico dentro da sala de regulação. Assume os chamados e parte do trabalho da regulação, notavelmente a identificação e a localização (endereço) da pessoa que chama e do paciente. Caso confirmado prioridade vermelha, deverá imediatamente avisar ao médico regulador, inclusive interrompendo-o se necessário, para que ele assuma a chamada o mais rapidamente possível.

Certos pré-requisitos são necessários para que o operador seja capaz de executar as tarefas, que são amplamente mais complexas que aquelas de um telefonista, radio-operador ou recepcionista de outras centrais de despacho de urgência/emergência. Um nível médio é ideal para atender pelo menos as capacidades de verbalização necessárias a um trabalho interativo com as pessoas que chamam via telefone.

5.3 As Vias de Entrada dos Pedidos de Atendimento de Urgência²⁴

As entradas dos pedidos de atendimento se fazem através da rede de telecomunicação pública, mas podem ser classificadas das seguintes formas:

1. As entradas diretas se fazem através de vários canais rádio telefônicos: O Número Nacional de Urgência Médica (15 na França, 061 na Espanha, 192 no Brasil, etc.), específicos e protegidos pela tripla legislação das telecomunicações para os pedidos de Atendimento Médico de Urgência dos Serviços Públicos responde às exigências do Segredo Médico.

2. As entradas indiretas transitam através de outras centrais radiotelefônicas: Rede de

²⁴ Extraído e modificado de MARTINEZ-ALMOYNA, M. & NITSCHKE, C. A. S. - Vias de entrada dos pedidos de ajuda médica urgente e seu fluxo. Os diferentes solicitantes e pedidos de Auxílio Médico Urgente. In: Martinez-Almoyna, M & Nitschke, C. A. S. Elementos de uma Regulação Médica dos Serviços de Ajuda Médica (SAMU)

telefonia via rádio-operadores de telecomunicações (centrais de informações), número nacional de chamada da polícia, dos bombeiros ou da defesa civil, ou de outra central de regulação como por exemplos a Central de Regulação SUS-Fácil, etc.

5.3.1 Tipologia da Primeira Expressão do Chamado

A expressão do pedido inicial pode ser um desejo ou uma ordem (eu quero ou o uso do imperativo), que utiliza as modalidades cognitivas linguísticas para que o interlocutor “obedeça”. Esta estratégia dos requisitantes deve ser recusada e devemos repreender a pessoa que chama com uma mensagem que leva argumentos semiológicos e/ou etiológicos para poder avaliar a quantidade da urgência. Devemos diferenciar suas “necessidades”. O SAMU deve responder a todos os chamados (mesmo através de uma recusa justificada), mas a resposta deve ser em função da necessidade objetiva avaliada pelo SAMU.

A melhor expressão do pedido para acelerar a resposta é aquela que associa os dois conjuntos de informações necessárias para a tomada da decisão: a localização e a descrição em linguagem simples da causa do chamado. É este o tipo informações sobre o SAMU que é necessário ser ensinado ao público e às escolas.

As pessoas que geralmente ligam para o SAMU-192 não são as que geralmente necessitam do atendimento e nunca são quando a pessoa está incapaz.

Os terceiros (acompanhantes), que fazem chamados com mais informações, são teoricamente aqueles que estão mais próximos e que podem senti-lo, vê-lo, ampará-lo psicologicamente assim como aqueles que podem falar ao beneficiário e lhe tocar. Dentro da ordem familiar de qualidade, o familiar que é simpático ou que está mais calmo é o melhor locutor. De fato, a crise que se manifesta em torno do paciente traz uma série de dificuldades de “codificação” onde os “ruídos” prejudicam a comunicação com o médico regulador. A equipe de regulação deve utilizar o interlocutor como um instrumento de recolhimento de sinais aos quais ele pede para pesquisar por ordens motivadas e específicas.

As entradas dos pedidos podem vir de várias pessoas e profissionais e, na tentativa de ordenarmos, as melhores informações podem ser obtidas:

1. Do paciente/vítima quando lúcido, que é aquele que melhor pode informar o motivo do pedido e o seu estado;
2. Do simples cidadão que se exprime em linguagem popular e que não perdeu de todo os

seu controle e lucidez. Dos cidadãos com este controle e lucidez, aquele mais próximo ao paciente/vítima poderá obter informações mais detalhadas e poderá ser orientado.

3. Dos socorristas profissionais dos Serviços de Bombeiros e de Segurança, que solicitam atendimento do SAMU, mas podem ter um comportamento que tende mais ao “ordenamento” que o de fornecer a informação para a tomada de uma decisão.

4. Dos médicos, que tem um discurso de seu pedido, habituados a ordenar ou a manipular os outros.

Quando a informação é para o atendimento de uma criança, o solicitante que melhor informa é a mãe ou a enfermeira.

Quando a demanda vem de um centro de cuidados são os profissionais que devem chamar o SAMU, exclusivamente.

5.3.2 Tratamento de uma Chamada

O pedido inicial

O pedido chega inicialmente ao TARM, essencialmente por telefone, mas também por rádio, telex ou fax. Pode ser originado de diferentes solicitantes: polícia, bombeiro, médico, enfermeiro, particular, etc.

O tratamento inicial

Após o contato telefônico obtido com o SAMU, o solicitante escuta primeiramente o TARM que confirma a conexão com o Serviço de Urgência Médica.

Análise das tarefas do TARM

O TARM se apresenta e pede que o solicitante exprima seu pedido/necessidade. Depois, um diálogo dirigido para questões de resposta precisas, inicialmente afastando uma Prioridade Vermelha, obrigatoriamente tenta obter dois conjuntos informativos:

- Inicialmente a localização temporal e geográfica dos acontecimentos e das pessoas. Isto é uma informação obrigatória;
- Em seguida, a intensidade e dos sinais ou das causas do chamado.

Este interrogatório deve ser o mais rápido possível, sem passar um (1) minuto de trocas verbais. Há concomitantemente uma ação sobre o solicitante para acalmar seu nervosismo ou sua excitação informando-lhe o avanço das soluções que vamos lhe

proporcionar. A firmeza e a precisão, mas também, a delicadeza e a calma, devem guiar o TARM nesta fase crucial.

Esta fase comporta (além das tarefas de registro de informações no prontuário que são fundamentais), duas tarefas do tipo diagnóstico que estão intrincadas:

Inicialmente, a partir de uma síntese de informações, o TARM deve decidir:

- se trata de uma solicitação a si mesmo (tarefas de conexão ou tarefas de informação);
- se o pedido deve ser avisado ao médico regulador;
- se deve conectar diretamente o solicitante com o médico regulador.

Em seguida, a partir de informações recolhidas, ele deve avaliar (pré-avaliar) o grau de urgência (ver outros fatores de avaliação que permitem a classificação quanto ao grau de prioridade e a orientação ou a triagem para uma solução que deverá ser expressa pela mensagem verbal e visual transmitida ao médico regulador).

Simplificamos isto sob a forma de algoritmo, todas estas diferentes tarefas que são em realidade frequentemente esquecidas.

O TARM se encontra em posição de emissor e de receptor de mensagens, por vezes ao solicitante, outras vezes ao médico regulador.

De um lado ele recebe o solicitante que exprime com dificuldades uma mensagem cheia de angústia (ele fala de um solicitante referenciado que lhe dá medo). O canal de comunicação é mais pobre, pois é unicamente auditivo (as trocas telefônicas se fazem alternar por ruídos de interferência).

De outro lado, ele se comunica com o médico regulador pela voz e pela visão onde há um canal muito eficiente.

O final da etapa inicial de regulação de um chamado é a resposta direcionada às necessidades (necessidade de atendimento médico de urgência; necessidade de informação médica de urgência ou necessidade de conexão).

O tratamento do chamado é feito seja por telefone (telemedicina: conselho médico, informação), seja pelo envio de um executor móvel: ambulância, médico ou os dois (Unidade Móvel Hospitalar).

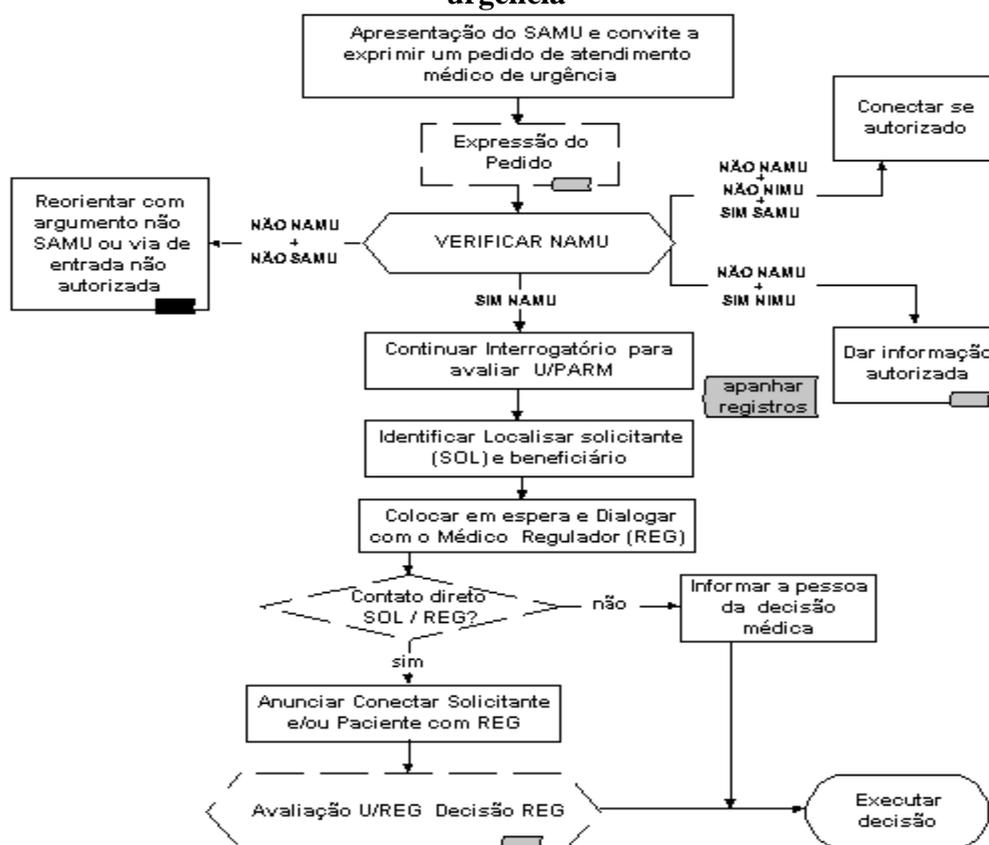
A resposta oferecida ao pedido depois de uma análise objetiva da necessidade pela pelo TARM/Médico regulador termina esta fase da regulação. Inicia-se a fase da gestão dos meios móveis de cuidados ativados.

5.3.3 O Tratamento Simultâneo de Múltiplos Processos (Chamadas, Prontuários)

Chamamos “processos” os prontuários médicos abertos para um paciente. Em média, há mais de quatro comunicações telefônicas por processo. A primeira comunicação é a solicitação de atendimento médico de urgência que inicia o prontuário do processo; as outras comunicações, que fazem parte das etapas da solução do processo, as quais ocorrem entre a equipe de regulação, os solicitantes, os “executores” no local, ou entre os serviços que vão receber o paciente.

Se dois processos começam por duas solicitações simultâneas ao TARM ele deve fazer quase que simultaneamente as tarefas de localização e detecção do chamado não tratar um processo depois do outro.

Figura 1 – Fluxo de entrada e resposta aos pedidos de atendimento médico de urgência



*NAMU: necessidade de atendimento médico de urgência

Fonte: Ministério da Saúde, 2005. (Passos da Regulação das Urgências²⁵)

Para uma resposta adequada necessita-se de ferramentas que devem estar

²⁵ Extraído de “Manual de Regulação Médica de Urgências. Ministério da Saúde. Em fase de publicação. Outubro de 2005” e modificado por Cesar Augusto Soares Nitschke.

disponíveis na central de regulação e que devem ser de conhecimento obrigatório e atualizado do médico regulador, TARM e Radio-operadores e controladores de frota, sendo estas:

Para uma resposta adequada necessita-se de ferramentas que devem estar disponíveis na central de regulação e que devem ser de conhecimento obrigatório e atualizado do médico regulador, TARM e Radio-operadores e controladores de frota, sendo estas:

- Mapas do município e região Listas de telefones;
- Grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas;
- Relacionamento com outras centrais de regulação;
- Protocolos técnicos, normativos e de intervenção;
- Agenda de eventos e
- Planos de catástrofe, múltiplas vítimas.

5.4 Etapas da Regulação Médica dos Chamados Recebidos

A regulação médica dos chamados recebidos pela Central de Regulação de Urgência pode ser dividida em várias fases.

5.4.1 Primeira Etapa: Recepção do chamado

Orientações gerais para o recebimento de chamados telefônicos:

- Atender o chamado ao primeiro toque do telefone;
- Identificar-se para o solicitante;
- Perguntar e registrar o nome do solicitante; chamá-lo sempre pelo nome;
- Registrar as informações relativas ao chamado de acordo com roteiro próprio;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Falar compassada e calmamente, com uma entonação de voz agradável;
- Procurar manter o controle da conversação desde o início. Na maioria das vezes o solicitante estará ansioso para ter seu problema resolvido. Ajude-o, calmamente, a se expressar;
- Orientar o solicitante de maneira clara e precisa, procurando obter sua colaboração e
- Lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante

traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo.

5.4.1.1 Localização do Chamado

O auxiliar de regulação faz a recepção inicial realizando a identificação do chamado. Na sequência, considerando a possibilidade de desencadear atendimento “*in loco*” (não apenas uma informação), registra rapidamente o endereço detalhado do solicitante da forma mais precisa possível, incluindo pontos de referência.

Pode ser necessário solicitar que alguém aguarde em local próximo para encontrar com a ambulância, além disso, é importante tentar detectar alguma possibilidade de trote, e em caso contrário, passar o caso imediatamente para o médico regulador.

O conjunto de dados referentes à solicitação de atendimento de responsabilidade do auxiliar de regulação depende do protocolo do serviço, mas deverá contemplar as seguintes informações mínimas:

- Município,
- Data/Horário,
- Número da Chamada,
- Informações sobre o solicitante (nome e telefone),
- Motivo da Chamada: Informação, Pedido de Socorro, Pedido de Transporte, Outros;
- Tipo de Atendimento: Clínico, Trauma, Obstétrico/Ginecológico, Pediátrico, Psiquiátrico, Outros;
- Trote, engano, desligou, outros;
- Orientação transmitida ao informante e
- Endereço e referenciais de localização.

5.4.1.2 Origem e Perfil do Solicitante

O auxiliar de regulação deve registrar a origem da solicitação:

- Domicílio;
- Via pública;
- Serviço de saúde,
- Outras

E também a natureza do solicitante:

- Solicitantes Leigos: Ex. vítimas, familiares, transeuntes, vizinhos, etc.

- Solicitantes profissionais de áreas afins: bombeiros, policiais, profissionais de trânsito, etc.
- Solicitantes profissionais da saúde não médicos: enfermeiros, técnicos e auxiliares de saúde, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos, etc.
- Solicitantes médicos: geralmente em serviços de saúde.

5.4.1.3 Identificação da Natureza do Agravo

Essa observação inicial é realizada pelo telefonista auxiliar de regulação médica e tem por função definir o tipo de agravo antes mesmo de encaminhar a solicitação ao médico regulador. Essa avaliação tem por objetivo identificar sinais de alerta que sugerem, de imediato, situação de risco, de acordo com a natureza do agravo e/ou a descrição do caso/cenário. Uma vez percebidos tais sinais, a solicitação deve ser priorizada e transferida imediatamente ao médico regulador, caso haja outras solicitações em espera. Após a identificação da natureza da solicitação o auxiliar de regulação deverá:

- Iniciar a classificação de risco no componente de prioridade vermelha, tentando afastar/confirmar esta prioridade. Caso confirmado deve imediatamente alertar o médico regulador para que priorize a chamada.
- Fornecer a informação solicitada, quando não se tratar de pedido de socorro médico, registrando adequadamente o chamado e encerrando a solicitação;
- Encaminhar a solicitação ao médico regulador;

Todas as solicitações devem ser repassadas ao médico regulador. O auxiliar de regulação pode encerrar o caso sem passar pela avaliação do médico regulador apenas quando o chamado se resumir a um pedido de informação como: endereços de Unidades de Saúde, telefones de outras Centrais de atendimento à população ou outros chamados não relacionados a urgências médicas.

5.4.2 Segunda Etapa: “Abordagem do Caso” Regulação Médica

Nesta etapa, o médico regulador deve avaliar a necessidade de intervenção in loco, decidir sobre o recurso disponível mais adequado a cada caso. Levando em consideração a gravidade de cada caso, os meios disponíveis a cada momento, a relação custo-benefício, a avaliação tempo distância e outras variáveis presentes, podem ser geradas diferentes

respostas.

Caso julgue suficiente, acionar os meios necessários como por exemplo o envio de unidades móveis.

Para abordagem dos casos a serem regulados, adota-se uma nova forma de semiologia médica à distância, desenvolvida pelo Dr. Miguel Martinez-Almoyna, do SAMU da França, que procede com a avaliação inicial do caso a partir de uma sequência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas pelos solicitantes ao telefone. Estas perguntas devem ser formuladas sequencialmente, conforme a tipologia adotada internacionalmente (A, B, C, D). Seu objetivo é estabelecer o grau de Urgência, fundamental para o sucesso da regulação.

O grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento.

Para avaliação do grau de urgência utilizaremos a seguinte fórmula:

$$U = \frac{G * A * V}{T}$$

Onde:

U - Grau de urgência

G - Gravidade do caso

T - Tempo para iniciar o tratamento

A - Atenção - recursos necessários para o tratamento

V - Valor social que envolve o caso

Gravidade

É possível quantificar a gravidade do caso pelo telefone, através de perguntas objetivas que caracterizem o caso. Podemos utilizar critérios de cruces ou numéricos, sendo estes últimos os preferenciais (0, 1, 2, 3, 4). É de salientar que morte é de gravidade “zero”.

Tempo

Trata-se da utilização do conhecimento dos intervalos de tempo aceitáveis entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Quanto menor o tempo exigido, maior a urgência. Nas transferências inter-hospitalares, com o atendimento inicial já realizado, esta avaliação deve ser mais cuidadosa, para evitar precipitações. Podemos utilizar critérios numéricos [(0 (sem possibilidade), 1 (imediato), 2 (até 10 minutos), 3 (até 1 hora), 4 (até 4 horas)], ou o tempo estimado (em minutos) para resolução do caso de maneira que proteja o paciente/vítima de possíveis danos ou morte.

Atenção

Quanto maior for a necessidade de recursos envolvidos no atendimento inicial e no tratamento definitivo, maior será a urgência. Este subfator é o que mais influi na decisão de transferir o paciente. Podemos utilizar critérios de cruzes ou numéricos, sendo estes últimos os preferenciais [(sem necessidade), 1(orientação), 2(USB não medicalizado – bombeiros), 3 (USB medicalizado – SAMU), 4 (USA – SAMU)]. O “zero” refere-se à impossibilidade de prestar atendimento (morte, etc.).

Valor Social

A pressão social que envolve o atendimento inicial pode muitas vezes justificar o aumento do grau de urgência de um caso simples. Este fator não pode ser negligenciado, pois muitas vezes uma comoção social no local do atendimento pode dificultar a prestação de atendimento de urgência.

5.4.2.1 O Estabelecimento do Diagnóstico Sindrômico

O chamado pode chegar ao médico regulador de diferentes formas, dependendo do relato do solicitante. Algumas vezes o solicitante apresenta um conjunto de sinais isolados que não constituem de imediato uma síndrome. Cabe ao regulador interrogar o solicitante a fim de obter os demais sinais que lhe possibilitem estabelecê-la ou mesmo chegar a uma hipótese diagnóstica.

Para que o médico regulador possa estabelecer um diagnóstico sindrômico à distância, é necessário que utilize o interrogatório do solicitante através do qual ele pesquisa os sinais que irão compor a síndrome.

Neste novo tipo de semiologia, a percepção do médico tradicionalmente construída através de seus próprios sentidos é substituída pelos sentidos do informante, que serão interpretados pelo regulador a partir do interrogatório.

Assim, por exemplo, um solicitante aflito ao telefone diz ao médico regulador que seu familiar está “passando mal”. Esta é uma expressão muito frequentemente utilizada pelo leigo que não permite ao médico o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico ou de uma hipótese diagnóstica. Pode tratar-se desde um distúrbio neurovegetativo ou uma hipoglicemia leve, até uma parada cardíaca, passando por uma enormidade de processos patológicos. Caberá ao médico fazer uma série de questionamentos, investigando outros sinais que possibilitem o estabelecimento do diagnóstico sindrômico e/ou de uma hipótese

diagnóstica.

Lembramos alguns exemplos de sinais a serem pesquisados a fim de estabelecer o diagnóstico sindrômico: ausência de resposta aos estímulos, ausência de movimentos respiratórios detectáveis no epigástrio, ausência de pulso, etc.

O médico regulador deverá proceder com interrogatório específico e estabelecer diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível. Tentar fazer o solicitante relatar calma e sucintamente o ocorrido, para presumir a gravidade do caso. A detecção do nível de urgência e o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico são feitos a partir do interrogatório via telefone. Após o estabelecimento do diagnóstico sindrômico, do nível de urgência e do recurso necessário, o diálogo do médico com o solicitante poderá ser complementado, em linhas gerais, com os itens que habitualmente compõe um interrogatório médico, que consiste na análise dos sinais e sintomas referidos ou relatados pelo informante:

1. Análise de sinais

- Dados objetivos - tudo aquilo que é verificado no paciente, através dos sentidos do informante;
- Respiração (facilidade, dificuldade, ausência, ruídos);
- Cor da vítima (cianose, palidez);
- Movimentos (espontâneos, restritos, involuntários);
- Nível de consciência;
- Estado geral (bom, regular ou mal);
- Sudorese fria.

2. Análise de um sintoma

- Modo do aparecimento (súbito ou gradual);
- Intensidade (forte, fraco, moderado);
- Localização e irradiação da dor;
- Fatores desencadeantes e concomitantes.

3. Outras informações importantes:

- Queixa principal, história pregressa resumida: checar funções vitais: respiratórias, circulatórias, neurológicas;
- Evolução, tratamentos iniciados;

- Sexo, Idade, antecedentes (tratamentos e hospitalizações anteriores);

Para as patologias traumáticas, é importante detalhar algumas questões que são importantes na tomada de decisão a respeito da necessidade de acionar também outros parceiros para o adequado atendimento de cada demanda:

- Tipo de acidente (trânsito, de trabalho, quedas, agressões interpessoais);
- Tempo decorrido entre o acidente e o chamado;
- Número de vítimas, gravidade aparente - mecanismo de trauma;
- Para cada vítima:
 - Idade aproximada e sexo;
 - Funções vitais (respiratórias, circulatórias, neurológicas);
 - Ele se move?
 - Está acordado ou não?
 - Está falando?
 - Como respira?
 - Tem sangramento?
 - Lesões principais (evidentes e suspeitas); e

- Existência de vítimas encarceradas.

Segue abaixo algumas questões específicas para avaliação das principais causas traumáticas:

1. Acidente de trânsito

- Tipo de acidente? (colisão, atropelamento, capotamento)
- Vítima presa nas ferragens?
- Vítima ejetada do veículo?
- Morte de algum dos ocupantes do veículo?

2. Quedas

- Tipo de queda? (do mesmo nível, de nível diferente, altura da queda, superfície sobre a qual caiu);

3. Ferimentos por arma branca/ferimentos por arma de fogo

- Qual o tipo de arma?
- Presença de mais de um ferimento?
- Orifício de entrada e saída de projétil?

- Motivo aparente para este tipo de lesão?
- Agressor ainda no local da ocorrência?

4. Agressão

- Houve briga?
- Agressão com socos?
- Qual foi o instrumento?
- Motivo aparente para a agressão?
- Agressor ainda no local da ocorrência?

5. Queimaduras

- Tipo de agente causador da queimadura? (calor, eletricidade, substâncias químicas);
- Regiões do corpo atingidas?
- Atingiu a face?
- Aspirou fumaça?

6. Desabamento/soterramento

- Tipo de material precipitado sobre a vítima?
- Quantidade aproximada?
- Descrição da situação?

7. Outros traumatismos

- Tipo de traumatismo?

Nas solicitações de socorro, apoio, retaguarda ou transferência oriundas de profissionais de saúde, equipes ou unidades de saúde de menor complexidade, observar as seguintes orientações:

- A comunicação deve ser feita de médico para médico, exceto quando a unidade estiver sem este profissional no momento. O médico solicitante deve informar o seu nome, serviço e número do CRM.
- O médico regulador deve avaliar o motivo da solicitação e a sua pertinência. Caso haja pertinência ou justificativa válida, deve procurar o recurso mais adequado para o caso e o mais próximo possível do solicitante e, com base nos dados obtidos, avaliar se há condições para efetuar a transferência com qualidade e segurança. Definir e providenciar a ambulância adequada para cada caso.

- Caso não haja pertinência ou a justificativa não seja válida, o médico regulador orienta o solicitante como conduzir tecnicamente o caso ou como utilizar os recursos locais.
- Se já houver vaga destinada ao paciente, o regulador deverá confirmar a informação com o serviço de destino, checando o nome do médico responsável e o setor de internação (onde existir central de leitos já instalada, esse procedimento não será necessário).
- Com relação ao quadro do paciente: interrogar sucintamente sobre o problema apresentado, sinais vitais (respiratório, circulatório, neurológico), lesões existentes, procedimentos e exames complementares realizados e medicamentos utilizados.

5.4.2.2 Níveis de Classificação das Urgências

Com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgência podemos didaticamente classificá-las da seguinte forma:

Nível 1: Emergência ou Urgência de prioridade absoluta. Casos onde haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário.

Nível 2: Urgência de prioridade moderada. Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.

Nível 3: Urgência de prioridade baixa. Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.

Nível 4: Urgência de prioridade mínima. Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientando o uso de medicamentos, cuidados gerais, encaminhamentos.

“Conceito de potencialidade”: Qualquer caso inicialmente classificado em um determinado nível pode mudar sua colocação inicial, em função do tempo de evolução, tipo de transporte e outros fatores, sendo, portanto, necessário estimar a gravidade potencial para cada caso.

5.4.3 Terceira Etapa: “Decisão e Acompanhamento”

5.4.3.1 Decisão Técnica/Resposta

A resposta à solicitação, com todas as suas consequências diretas, é de integral responsabilidade do médico regulador.

O médico regulador deve avaliar a necessidade de intervenção, decidir sobre o

recurso disponível mais adequado a cada caso, levando em consideração: gravidade, tipo de recurso necessário, meios disponíveis, relação custo/benefício, avaliação tempo-distância etc. Esta avaliação deve ser precisa e ordenar necessidades e melhores recursos disponíveis. São várias as opções de resposta, associadas ou não:

- Conselho médico ou orientação técnica a um colega médico;
- Remoções Simples (ambulâncias de transporte);
- Atendimentos de suporte básico de vida por profissionais da saúde (ambulâncias de suporte básico);
- Atendimento de suporte básico de vida por profissionais bombeiros ou outros socorristas (viaturas de resgate);
- Atendimentos médicos terrestres (ambulâncias de suporte avançado);
- Atendimentos médicos aéreos (aeronaves de resgate aero médico);
- Acionamento de múltiplos recursos;
- Acompanhamento, sempre que a resposta for o deslocamento da equipe para atendimento in loco e/ou transporte.

Caso a decisão seja o envio de uma ambulância, o rádio operador deve aguardar a determinação médica sobre qual tipo deve ser liberado e, a seguir, informar ao condutor o melhor itinerário para o deslocamento da mesma. Deve fazer controle sobre a localização de todos os veículos da frota.

5.4.3.2 Alguns Critérios para Deflagrar Atendimento Médico *In Loco*

Durante o processo de Regulação dos Chamados telefônicos, cabe ao Médico Regulador identificar as situações que caracterizam a necessidade de intervenção medicalizada no local da ocorrência do agravo:

- Vítima inconsciente;
- Vítima com insuficiência respiratória grave;
- Vítima com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio;
- Vítima com suspeita de Acidente Vascular Cerebral;
- Vítima com intensa agitação psicomotora;
- Vítima com suspeita de Estado de Mal Epiléptico;
- Suspeita de parada cardiorrespiratória;
- Ferimento por arma branca ou de fogo atingindo cabeça, pescoço, face, tórax , abdômen,

ou com sangramento importante;

- Vítima com grande área corporal queimada ou queimadura de vias aéreas;
- Eventos com mais de cinco vítimas;
- Colisão de veículos com vítima presa em ferragens;
- Colisão de veículos com vítima ejetada;
- Colisão de veículos com morte de um dos ocupantes;
- Acidente com veículo em alta velocidade – rodovia;
- Queda de altura de mais de cinco metros; e
- Trabalho de parto evidente.

Nos casos em que é enviada uma ambulância de suporte básico de vida após a chegada da equipe ao local da ocorrência, e recebidas as primeiras informações sobre a situação, os achados abaixo determinam a necessidade de atendimento médico no local da ocorrência:

- Solicitação do profissional da ambulância, em virtude de suas dificuldades técnicas no atendimento ao paciente;
- Paciente com pressão sistólica abaixo de 100 mmHg, com evidências de hipoperfusão periférica;
- Paciente com frequência respiratória inferior a 10 ou superior a 40 movimentos por minuto ou dificuldade respiratória não controlada com manutenção de vias aéreas;
- Escala de Coma com resultado igual ou menor que 8;
- Escala de Trauma com resultado inferior a 9;
- Comprometimento de vias aéreas e ventilação: trauma de face, pescoço, traumatismos severos do tórax;
- Ferimentos penetrantes da cabeça, pescoço, tórax, abdome, região inguinal.
- Evidência de trauma raquimedular;
- Amputação parcial ou completa de membros;
- Trauma de extremidade com comprometimento vasculo-nervoso; e
- Queimaduras com acometimento extenso da superfície corporal ou das vias aéreas.

Orientar o solicitante sobre como proceder até a chegada da equipe, indicando e orientando as ações principais a serem realizadas. Dentro das possibilidades, pedir ajuda para outras pessoas, se necessário.

5.4.3.3 Outras Orientações

- Não movimentar a vítima, a não ser em casos imperiosos (risco de incêndio, desabamento, explosão etc.);
- Controlar sangramento externo;
- Eliminar fatores de risco (chamas, sinalizar o acidente, etc.);
- Observar condições de segurança do local, relatando os riscos observados;
- Registrar todo o atendimento;
- Monitorar liberação da ambulância na base ou em trânsito, checar acionamento da equipe e chegada com os respectivos tempos-resposta;
- Informar à equipe que vai fazer o atendimento tudo que conhecer da situação;
- Monitorização do atendimento no local da ocorrência: recebimento do caso pela equipe do local, reavaliação, conduta/orientação à equipe;
- Monitorização do caso durante o transporte: acompanhamento do transporte, evolução, intercorrências, chegada e recepção do paciente ao destino, liberação da viatura; e
- Definir a resposta/tipo de serviço receptor, em função da necessidade do doente/complexidade do caso e hierarquia do sistema: unidade de pronto atendimento, serviço hospitalar, entre outros.

O médico regulador deve manter o controle do atendimento e registrar os dados repassados por profissionais no local da ocorrência:

- Tipo de ocorrência confirmada pelo profissional da ambulância;
- Descrição das vítimas com sexo, idade, dados vitais (pressão arterial, pulso, frequência respiratória, saturação de oxigênio, temperatura);
- Número de vítimas envolvidas;
- O motivo do não atendimento se for o caso;
- Escala de coma, escala de trauma/principais lesões;
- Destino e orientações transmitidas ao local para onde foi encaminhado o paciente; e
- Identificação do médico regulador.

5.4.3.4 Decisão Gestora

Neste momento, é fundamental a utilização das ferramentas de regulação, como:

- Mapas do município;

- Grades de pactuação;
- Todos os telefones das instituições de saúde;
- Protocolos de regulação, manuais de Rotinas do Serviço;
- Impressos para registro;
- Censos diários das condições de atendimento das unidades da grade de retaguarda;
- Censos dinâmicos de Recursos Externos (Situação dos serviços receptores);
- Grades diárias de Recursos Internos (equipe, viaturas e equipamentos); e
- Planos de catástrofe.

Procedimentos que envolvem a decisão gestora

- Definir, de acordo com a necessidade de cada caso, observando a complexidade e disponibilidade, o serviço de destino do paciente, considerando a grade de regionalização e hierarquização pactuada;
- Comunicar à equipe, no local da ocorrência, o destino do paciente;
- Acionar serviço receptor informando o médico responsável da unidade sobre as condições do paciente;
- Comunicar e orientar o solicitante;
- Adaptação dos meios
- Realização de “permutas” ou acionamento de múltiplos meios, redirecionamento e otimização de recursos dispersos quando necessário;
- Pactuar com o hospital os casos de recebimento única e exclusivamente para realização de exames com segundo transporte posterior;
- Prever suporte logístico;
- Confirmar chegada do paciente, liberação da viatura e encerramento do caso.

5.5 Noções de Regulação de Urgência em Situações de Múltiplas Vítimas²⁶

5.5.1 Caracterização das Situações que Podem ser Encontradas

Desastre ou catástrofe - Situação na qual os meios de atendimento de urgência disponíveis não são suficientes para fazer frente à situação de emergência, havendo necessidade de ajuda externa.

Acidentes com múltiplas vítimas - São aquelas situações em que há desequilíbrio entre os

²⁶ Extraído de “Manual de Regulação Médica de Urgências”. Ministério da Saúde. 2006.

recursos disponíveis e as necessidades, porém com os recursos locais consegue-se manter um padrão mínimo de atendimento adequado.

Em ambos os casos, a concepção moderna de atendimento prioriza a ação pré-hospitalar, envolvendo procedimentos na área do sinistro e durante o transporte para o tratamento definitivo.

5.5.2 Principais Causas, Problemas e Riscos Ambientais Observados em Acidentes de Massa

Acidentes naturais - enchentes, terremotos, vulcões, furacões, incêndios, etc.

Modernos meios de transporte - acidentes rodoviários, ferroviários, aeronáuticos, etc.

Agressividade e aglomerações - shows, estádios, passeatas, etc.

Circulação e armazenamento de produtos tóxicos

Guerras e atentados terroristas

Acidentes tecnológicos - fábricas, indústrias, reatores nucleares, etc.

A ocorrência de uma catástrofe, ou de um acidente coletivo importante, exige uma resposta precoce e rápida. Esta resposta será variável, conforme a natureza e a intensidade da ocorrência, e da importância das consequências deste sinistro. Mas será sempre da área da saúde quando, acima dos danos materiais, houver a presença de vítimas.

Em situação de catástrofe, a organização dos socorros médicos deverá integrar-se aos dispositivos da vasta organização geral dos socorros, onde diferentes equipes de profissionais buscarão, em conjunto, o resultado mais favorável. Para que isso ocorra é necessário que cada profissional conheça bem o seu papel, sua área de atuação e seus limites. Isto só será possível com a existência de planos de atendimento previamente elaborados e do conhecimento de todos. Esses planos serão baseados nos mapeamentos de riscos de cada região (inundações frequentes, presença de rodovias, fábricas, etc.).

Os problemas mais comuns nos atendimentos aos desastres de massa são: a insuficiência de pessoal e material, as condições ambientais, as interferências externas, as características relacionadas aos mecanismos do trauma e as dificuldades com as pessoas traumatizadas psicologicamente.

Somado a tudo isso, em todo desastre existem os riscos ambientais que podem ser:

- **Físicos** - incêndios, explosões, desabamentos, inundações.

- **Químicos** - contato com substâncias tóxicas, combustíveis.
- **Biológicos** - contaminação por doenças.
- **Ergonômicos** - materiais inadequados para o atendimento.
- **Psicossociais** - contato com as vítimas e as pessoas envolvidas no atendimento.

5.5.3 Ações no Local de Atendimento

Existem três ações distintas, mas complementares, e, sobretudo hierarquizadas, no local do atendimento: Salvamento (ou Resgate), Socorro e Cuidado Assistencial.

Salvamento ou resgate - compreende as ações técnicas necessárias para a retirada de uma ou várias pessoas de um meio ou local que ofereça risco de vida (exemplo: salvamento de um incêndio, desmoronamento, afogamento, etc.).

Socorro - compreende as ações bastante específicas dos gestos básicos de vida, as quais devem ser efetuadas imediatamente na vítima, para garantir sua vida (desobstrução e liberação de vias aéreas, controle de hemorragias, etc.).

Cuidado assistencial - compreende as técnicas realizadas por profissionais de saúde para assegurar o tratamento de uma vítima.

5.6 Princípios Gerais do Plano de Atendimento a Emergências

Para alcançar uma eficiência satisfatória no atendimento das vítimas, torna-se necessária a obediência a princípios gerais de ação no acidente de massa (**Plano de Atendimento a Emergências**).

- Planejamento
- Comando e comunicação Segurança
- Triagem e estabilização das vítimas
- Pessoal treinado e equipamento de atendimento de urgência adequado Transporte e evacuação

A) Planejamento

O Plano de Atendimento a Emergências deve obedecer a um comando centralizado que distribui e esclarece as funções de cada elemento da equipe, de acordo com a capacidade de cada um. O planejamento estabelece as ações e organiza a utilização dos recursos disponíveis, além de prever a solicitação de ajuda externa, se for o caso.

B) Comando

O coordenador do atendimento deve estar em posição de destaque em relação aos demais socorristas. Os componentes das equipes devem estar identificados uniformemente, com coletes, bonés, etc.

C) Comunicação

Não há comando sem comunicação. Portanto, as alternativas de comunicação devem ser as mais variadas possíveis, dispondo de rádios, telefones celulares, apitos, sirenes, bandeiras, faixas, painéis, lanternas, etc... O comando das operações deve dispor de números de telefones dos órgãos de socorro, segurança, transporte e imprensa, bem como as frequências de rádio desses órgãos.

D) Segurança

A segurança é fundamental para o sucesso do atendimento de urgência nos grandes acidentes. Os cordões de isolamento e barreiras policiais tornam-se necessárias para facilitar o trabalho dos socorristas e garantir a liberação das rotas de evacuação, evitando as interferências externas ao serviço.

A área isolada deve ser grande o suficiente para estabelecer a setorização dos locais de atuação das equipes, garantindo um desempenho melhor e mais seguro. A setorização compreende 03 zonas concêntricas: vermelha, laranja e verde.

A zona vermelha (ou quente) compreende a área do sinistro propriamente dito, onde está contida a totalidade dos destroços. Deve ter um controle rigoroso e seu acesso é limitado apenas às equipes de resgate e atendimento de urgência. O Posto Médico Avançado será instalado dentro desta zona, em local que não ofereça risco.

A zona laranja (ou morna) compreende a área onde será instalado o Posto de Comando, as viaturas para transporte das vítimas e de materiais, os alojamentos de vítimas sem lesões, o depósito mortuário, etc. Seu acesso é limitado apenas aos profissionais que irão atuar nessas áreas.

A zona verde (ou fria) compreende a área de livre circulação, mas com cuidado especial para que o trânsito pelas ruas e estradas de acesso esteja liberado, garantindo a chegada até os hospitais e outros serviços médicos.

E) Triagem

A triagem e estabilização das vítimas no local do acidente tem se mostrado muito

mais eficiente do que “pôr na maca e correr”. A triagem aumenta a porcentagem de sobreviventes e evita o desperdício de transporte e hospitalização desnecessária, permitindo uma racionalização dos meios e distribuindo adequadamente os feridos para os hospitais certos.

A triagem deve priorizar a análise primária, enquanto a estabilização deve cuidar da análise secundária e preparo para o transporte ao serviço de saúde mais adequado.

Existem inúmeros métodos de realizar a triagem das vítimas no local do acidente. No Brasil o método que tem sido mais divulgado e utilizado é o “START” (*Simple Triage And Rapid Treatment*), utilizando cores para designar a gravidade, baseando-se na análise primária da vítima (ABC):

Vermelho - 1ª prioridade ou prioridade absoluta - Compreende os pacientes críticos, com risco de vida iminente, que necessitam de cuidados imediatos para sua estabilização e posterior transporte. Tem prioridade no transporte, o qual deve ser efetuado em UTI móveis.

Amarelo - 2ª prioridade ou prioridade relativa - Compreende os pacientes graves, também com risco de vida, mas que dispõem de algumas horas para receber atendimento. Devem ser transportadas após as vermelhas.

Verde - 3ª prioridade ou prioridade baixa - Compreendem os pacientes ileso, os pacientes com traumas simples, sem risco de vida ou de função de membros, que podem aguardar várias horas para serem atendidos. Serão transportados depois das amarelas.

Negro - 4ª prioridade ou prioridade nula - Compreende os pacientes em morte clínica ou evidente e os extremamente graves, com probabilidade mínima de sobrevivência.

A categorização é relativa, pois deve levar em conta o número de profissionais disponíveis para o atendimento.

F) Estabilização

Na área de estabilização devem estar os profissionais mais experientes e capacitados, bem como os materiais de atendimento de urgência e identificação das vítimas e os meios de transporte.

As vítimas triadas deverão ser agrupadas no Posto Médico Avançado conforme a gravidade: vermelho, amarelo, verde. Lonas coloridas poderão ser estendidas no chão, designando cada setor onde as vítimas serão colocadas. As de risco vermelho receberão prioridade no atendimento, seguidas das amarelas e das verdes. Todos os materiais e

equipamentos médicos deverão ser agrupados próximo às bases vermelha e amarela, a fim de agilizar o atendimento e evitar serem transportadas de um lado para o outro, o que sobrecarregará ainda mais as equipes e provocará a dispersão dos equipamentos.

G) Transporte e evacuação

O transporte deve ser racionalizado e utilizado dentro dos critérios estabelecidos pelo comando do plano. Nenhuma viatura sairá do local, independente de qual serviço pertença, sem antes ter a autorização e saber o serviço certo que irá receber a vítima, o qual já deverá estar avisado. As viaturas deverão ter uma rota certa para a chegada ao local e outra diferente para a saída, a fim de evitar congestionamento e acidentes. Se houver a presença de helicópteros, deverão estar dispostos em locais seguros, de preferência a uma distância de mais de 100 metros da área de estabilização das vítimas, *com o vento soprando no sentido acidente - helicóptero*.

A Central de Regulação é responsável pelos contatos com os hospitais que receberão as vítimas, informando-lhes os dados de cada vítima que será encaminhada.

H) Recepção hospitalar

A Central de Regulação Médica deverá confirmar a chegada das vítimas aos hospitais encaminhados, a fim de ter o controle e a certeza de que todas receberam o atendimento adequado.

I) Finalização

Uma última equipe, após o transporte de todas as vítimas, fará um rastreamento no local da ocorrência, recolhendo materiais, lixos e certificando-se de que realmente todas as vítimas tenham sido atendidas e encaminhadas, e que os óbitos tenham sido retirados pelas autoridades competentes (Polícia Civil, IML).

As viaturas, então, retornarão à base para limpeza terminal, reposição dos materiais e equipamentos e balanço da ocorrência.

A Central de Regulação Médica elaborará um documento com balanço da ocorrência (tipo de acidente, número de vítimas, gravidade, destino, etc.), que deverá ser encaminhado às autoridades competentes (Secretarias de Saúde, Defesa Civil, Polícia, Bombeiros, etc.).

5.7 Considerações Gerais

Deve-se estabelecer um local para acomodar as pessoas com ferimentos leves, ou apenas com abalo psicológico, com assistência de pessoas ligadas à defesa civil ou socorrista destacado para esse fim.

A imprensa também deve ser contatada e colocada a par dos acontecimentos por uma pessoa ligada ao comando das operações, a fim de evitar que sejam veiculadas notícias incorretas que venham causar problemas posteriores.

Um local específico para a colocação dos mortos deve ser reservado, de preferência longe da vista dos demais feridos, imprensa e curiosos. A retirada dos mortos só deve ser feita após a perícia ou depois de tomadas as providências necessárias para identificação dos corpos e estabelecidas às posições dos mesmos em relação aos destroços.

Deve-se providenciar água e alimentos para as equipes que estarão trabalhando no local e o estabelecimento de turnos para troca das equipes se a ocorrência for demorar muitas horas.

5.7.1 Etapas do Atendimento

Fase 1: Acionamento e Alerta

Através do apelo direto da polícia, dos bombeiros ou de populares, o plano é ativado após verificação da natureza do chamado. Desde que o alerta é confirmado, algumas ações são simultaneamente firmadas:

- envio de uma ambulância de Suporte Básico que esteja mais próximo do local;
- envio de uma ambulância UTI com médico;
- repasse do alerta para a polícia rodoviária, corpo de bombeiros, defesa civil,

Fase 2: Recepção dos informes do local

A primeira equipe que chega ao local repassa imediatamente à Central de Regulação, via rádio, a situação: tipo de acidente, número estimado de vítimas, vítimas encarceradas, risco de incêndio, explosão, quedas e dá início à triagem das vítimas, caracterizando-as em diferentes níveis de urgências.

Com esses primeiros dados obtidos a Central de Regulação envia outras equipes de viaturas básicas para o local, bem como o apoio de bombeiros, guinchos, conforme a necessidade.

O Médico (a) Coordenador (a) e o (a) Enfermeiro (a) supervisor (a) do SAMU são acionados para comparecerem à Central de Regulação Médica e assumem o comando a nível central.

A Central de Regulação Médica prepara uma viatura para o transporte de equipamentos e medicamentos reservas, os quais já estão previamente prontos para situações de catástrofes.

O alarme é repassado para todos os hospitais e serviços de saúde da região, e ambulâncias desses serviços são requisitadas para apoio.

Fase 3: Organização no local do acidente

O local do acidente deve ser prontamente sinalizado pela primeira equipe que chega, a fim de evitar novos acidentes. Uma fita de sinalização isolará o local, a fim de que as equipes possam trabalhar com segurança e sem interferência de curiosos.

A triagem das vítimas são prontamente iniciada e estas são encaminhadas para um Posto Médico Avançado (PMA), onde receberão atendimento médico e serão estabilizadas.

O PMA deve ser instalado próximo da ocorrência, em local que não ofereça riscos, evitando que a equipe médica corra de um lado para outro para prestar o atendimento. Além disso, facilita a montagem de equipamentos e a utilização dos materiais e medicamentos, os quais estarão centralizados nesse local e não espalhados pela área do sinistro. Ele pode ser improvisado colocando-se lonas coloridas (vermelha, amarela, verde, preta) no chão, separadas umas das outras, mantendo a seguinte disposição:

Vermelha: ficarão as vítimas graves classificadas como prioridade absoluta e que deverão receber atendimento médico imediato;

Amarela: disposto após a vermelha, onde ficarão as vítimas moderadas;

Verde: disposto após a amarela, de maneira que não atrapalhe o atendimento das vítimas graves e moderadas, será reservada para as vítimas leves ou sem lesões;

Preta: disposta longe da vista das demais vítimas e curiosos será reservada para os óbitos.

No Posto Médico Avançado (PMA) o(s) médico(s) e socorristas efetuarão as manobras de estabilização das vítimas, a fim de que possam ser transportadas com segurança. Tal disposição permite um melhor atendimento, evitando que se corra de um lado para outro atendendo às vítimas aleatoriamente.

Se o número de médicos for insuficiente, ele deverá permanecer com os pacientes

classificados como vermelhos e amarelos, dividindo estas tarefas com o(s) enfermeiro(s) e orientando os outros profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem, socorristas).

Um dos socorristas deverá ficar responsável pelo preenchimento da ficha de catástrofe, onde constará: nome da vítima, idade, endereço, tipo de lesão, nome do hospital para onde será encaminhado e equipe responsável pelo transporte.

Fase 4: Transporte e Evacuação

O médico coordenador do PMA organiza o transporte das vítimas mais graves e começa o envio desses pacientes para os hospitais, de acordo com a orientação da Central de Regulação.

Se houver várias vítimas graves o médico parte em comboio com outras viaturas e vai dando orientações pelo rádio. Se houver alguma intercorrência no transporte o comboio pára e o médico pode prestar o atendimento.

O 2º médico permanece no PMA e continua o atendimento até que todas as vítimas tenham sido examinadas e liberadas, quer seja para algum serviço médico, quer seja para seguir viagem.

O médico regulador acompanhará via rádio todo o transporte e a confirmação da chegada de todos os pacientes aos hospitais. Todos os hospitais já deverão estar cientes do estado de cada vítima.

Fase 5: Balanço Da Ocorrência

Após deixarem as vítimas nos hospitais, as equipes devem realizar a limpeza das viaturas, reposição dos materiais e recomposição das equipes, a fim de retornarem a seus postos.

A Central de Regulação deve fazer um balanço da ocorrência, emitindo um relatório geral constando o tipo de ocorrência, dados das vítimas, destino as mesmas, equipes que as transportou e para qual serviço e enviar uma cópia para as autoridades competentes (Secretarias de Saúde, Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Diretoria de Hospitais).

Deve ser feito um levantamento global dos materiais e equipamentos utilizados, além de uma discussão sobre os problemas enfrentados, a fim de aprimorar cada vez mais o serviço.

5.7.2 Regulação das Transferências Simultâneas de Múltiplas Vítimas

A Central de Regulação de Urgências pode deparar-se com situações em que a demanda por leitos hospitalares seja de magnitude tal que, esgotados os recursos de sua região de abrangência, necessite extrapolar esse terreno e solicitar ajuda a outras Centrais, muitas vezes até de outros Estados. Trata-se das situações onde ocorre o afluxo maciço de vítimas a determinado hospital, seja por acidentes com múltiplas vítimas, o que tem sido bastante comum, principalmente com o aumento do número de veículos de transporte tipo "Van", seja por ocorrências clínicas como intoxicações alimentares (maionese estragada em festa de casamento, por exemplo) acidentes com explosivos, etc.

Após o primeiro atendimento no hospital aonde chegou por conta própria ou foi levado, é necessário transferir essas pessoas para outros serviços. A Central de Regulação será a encarregada de buscar esses novos serviços. Se a demanda for muito grande, que chegue a interferir na rotina da Central, é importante que mais médicos reguladores e auxiliares de regulação médica sejam acionados para ajudar nessa fase.

O médico regulador irá expor ao colega do serviço onde pleiteará uma vaga a situação de exceção em que se encontra, procurando a cooperação de todos. É importante que todos estejam conscientes de que o trabalho poderá levar dias para ser completado, e que as coisas não se resolverão de uma hora para outra. Protocolos firmados em conjunto com todos os serviços da área de abrangência de outras regiões, inclusive com a participação dos serviços particulares, para fazer frente às Catástrofes, ajudam bastante a agilizar esta árdua tarefa.

É importante saber que:

- O desastre de massa é uma agressão coletiva de características imprevisíveis;
- Os recursos disponíveis nunca são suficientes;
- O sucesso do atendimento de urgência depende de conhecimento, treinamento, disciplina e utilização racional dos meios disponíveis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2657, de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

MARTINEZ-ALMOYNA, M. & NITSCHKE, C. A. S. (Org.). Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência. SAMU. Brasil. 1998. MARTINEZ-ALMOYNA, M. & NITSCHKE, C. A. S. (Org.). **Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves**. 2. ed. Cooperação Brasil-França, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de regulação médica de urgências**. out. 2005. (texto em fase de publicação).

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. **Curso de capacitação: suporte básico de vida**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.

Capítulo 6 - Regulação Assistencial na Atenção Hospitalar de Urgência

Rosana de Vasconcelos Parra
Wandha Karine dos Santos

6.1 Regulação Assistencial em Minas Gerais

Conforme a Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde/SUS, em seu artigo 2º, a regulação do acesso à assistência “tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS” e é efetivada pela alternativa assistencial mais adequada por meio de atendimento, às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, contemplando as seguintes ações:

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações dos procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV – o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Nesse contexto, o Estado de Minas Gerais aprovou pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº 318, de 07 de dezembro de 2006, o Projeto Estadual de Regulação Assistencial, que tem como principal objetivo garantir a equidade do acesso da população aos serviços de saúde de urgência, buscando alternativa assistencial adequada, em tempo oportuno para as necessidades específicas do cidadão usuário do SUS.

A implementação do Projeto Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais se deu pela estruturação de Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial. Uma central de regulação (CR) pode ser definida como uma estrutura operacional que avalia o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, e é capaz de dar a

melhor resposta possível, para um problema assistencial específico. As centrais de regulação desempenham atividade permanente e dinâmica de organizar a demanda por serviços de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada regional.

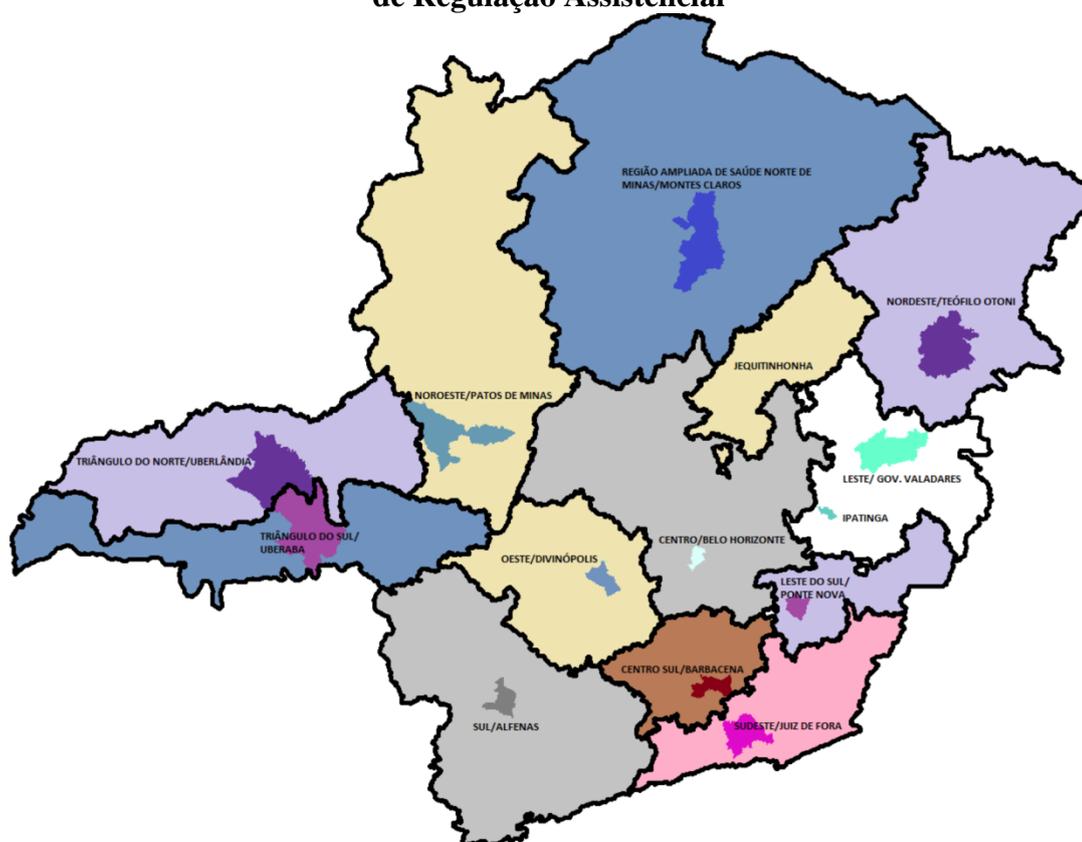
Para cumprir adequadamente o seu papel, as centrais de regulação devem ser organizadas em rede informatizada, regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial. Devem, ainda, dispor em tempo real de informações da oferta de serviços, uma vez que, a informação atualizada é instrumento fundamental no processo de regulação, possibilitando a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente.

No período de janeiro/06 a junho/07, foram implantadas 13 Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial no Estado, em municípios polo das Regiões Ampliadas de Saúde, sendo 01 CR em cada uma das regiões assistenciais, à exceção da Região Leste que possui 02 centrais de regulação e da Região Jequitinhonha que é regulada pela a CR Nordeste, conforme listado abaixo:

- Norte de Minas/Montes Claros;
- Nordeste/Teófilo Otoni – regula também a Região Jequitinhonha
- Leste/Governador Valadares;
- Leste/Ipatinga;
- Leste do Sul/Ponte Nova;
- Centro/Belo Horizonte;
- Sul/Alfenas;
- Sudeste/Juiz de Fora;
- Centro Sul/Barbacena;
- Triângulo do Sul/Uberaba;
- Oeste/Divinópolis;
- Noroeste/Patos de Minas;
- Triângulo do Norte/ Uberlândia.

O mapa a seguir ilustra a localização das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial.

Figura 1 - Regiões Ampliadas de Saúde e municípios sede de Central Macrorregional de Regulação Assistencial



Fonte: Diretoria de Regulação Assistencial. Elaboração própria, 2016.

Para viabilizar o funcionamento das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, que funcionam de forma ininterrupta, 24 horas por dia, 7 dias por semana, cada CR conta com operadores de sistema e médicos reguladores (coordenadores e plantonistas). A SES-MG conta ainda com Coordenadores Estaduais, lotados no Nível Central/SES-MG para auxiliar na gestão dessas unidades operacionais. Os profissionais médicos envolvidos no processo de regulação foram investidos da função de Autoridade Sanitária, conforme Decreto Estadual nº 45.015, de 19/01/2009 e Lei Delegada nº 174, de 26/01/2007. Além de recursos humanos, as CR têm à sua disposição o sistema informatizado de regulação assistencial.

Esse sistema é responsável pela integração do processo regulatório em Minas Gerais, garantindo o acesso oportuno do usuário ao recurso disponível em qualquer um dos 853 municípios, de todas as regiões de saúde do Estado.

O sistema opera em plataforma web, com comunicação *on line* para a troca de informações entre as CR e os serviços de saúde, proporcionando transparência e agilidade

às atividades de regulação.

A regulação da assistência à saúde compõe, portanto, um conjunto de tecnologias, saberes e ações que, juntos, ordenam e intermediam o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades, buscando garantir acesso equânime, ordenado, oportuno e qualificado.

6.2 Regulação de Leitos para Atendimento às Urgências

O atendimento às situações de urgência muitas vezes tem início na atenção pré-hospitalar (normatizada em legislação específica), que quando acionada, direciona equipe assistencial ao local do incidente para o primeiro atendimento, avaliação e remoção do paciente. Por meio do processo de regulação médica pré-hospitalar, define-se, naquele momento, o recurso ideal àquela necessidade e transporta-se o paciente à unidade de saúde mais adequada para a continuidade do tratamento, garantindo o encaminhamento dos casos aos serviços hospitalares de referência (portas de entrada do sistema de saúde).

Vale ressaltar, entretanto, que as situações que necessitam atendimento de urgência podem se apresentar nas unidades porta de entrada do SUS, não só por meio da assistência pré-hospitalar, como mencionado anteriormente, mas também a partir da demanda espontânea do usuário. Em ambas as situações, a referida unidade de saúde, estabiliza o paciente e avalia sua condição clínica e, conforme sua capacidade de resolver o caso, considerando os seus recursos disponíveis no momento (leitos livres, equipamentos e profissionais, entre outros), decide pela permanência ou transferência do paciente.

Para dar continuidade ao atendimento, seja em internação na própria unidade ou transferência inter-hospitalar, esse estabelecimento de saúde (denominado estabelecimento de origem) realiza cadastro de laudo do paciente no sistema SUSfácilMG. A fim de orientar o processo regulatório, o estabelecimento de origem informa o risco clínico avaliado do caso, a saber, *risco de morte; urgência sem risco; leitos complementares (UTI); materno infantil* (gestantes e crianças até um ano) e pode informar também se julga ter condição de resolubilidade para o caso e sugerir que a internação seja no próprio estabelecimento.

As solicitações feitas pelo estabelecimento de saúde no sistema informatizado de regulação assistencial são imediatamente direcionadas para a CR de referência para início do processo de regulação.

Conforme as diretrizes do processo de trabalho para execução das atividades de regulação, instituídas em normatização interna da Diretoria de Regulação Assistencial/Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, 2015), a solicitação é avaliada quanto à consistência entre o procedimento solicitado, o quadro clínico (sinais e sintomas), exames complementares para o diagnóstico e a justificativa para o tratamento em regime hospitalar.

Havendo consistência das informações contidas na solicitação, o médico regulador, como parte de seu processo de trabalho, prioriza os casos mais graves e inicia imediatamente a busca de vaga, que consiste em reservar o leito obedecendo à disponibilidade de vaga, disposta no mapa de leitos, e a regionalização na seguinte ordem: município, microrregião ou macrorregião de origem; outras macrorregiões do Estado.

Não havendo consistência nas informações da solicitação cabe ao médico regulador questionar o estabelecimento de origem para adequação do pedido, complementando ou alterando-o, para torná-lo mais consistente. Este procedimento é chamado de inclusão de pendência e até que o estabelecimento de origem responda a essa pendência adequadamente, a busca de leito não é iniciada.

Quando for necessária a transferência do paciente, o estabelecimento de origem deve, ao longo do processo, informar no sistema, a cada 12 horas, a evolução do paciente para garantir a busca adequada às suas necessidades clínicas.

Definido o estabelecimento de destino, pelo médico regulador, uma solicitação de reserva de leito é encaminhada para a unidade. Caso o estabelecimento a negue, o mesmo deverá apresentar uma justificativa técnica pertinente e outro estabelecimento será consultado até que a reserva se concretize. Todas as atividades relacionadas à busca e reserva de leito são registradas no sistema automaticamente, por meio de ocorrências no laudo.

Após a confirmação da reserva do leito pelo estabelecimento de destino, o estabelecimento de origem é informado e prepara o paciente para sua transferência. A equipe de regulação acompanha *on line* a transferência do paciente, verificando o registro de saída do paciente, pelo estabelecimento de origem; e a confirmação de sua internação no estabelecimento executor.

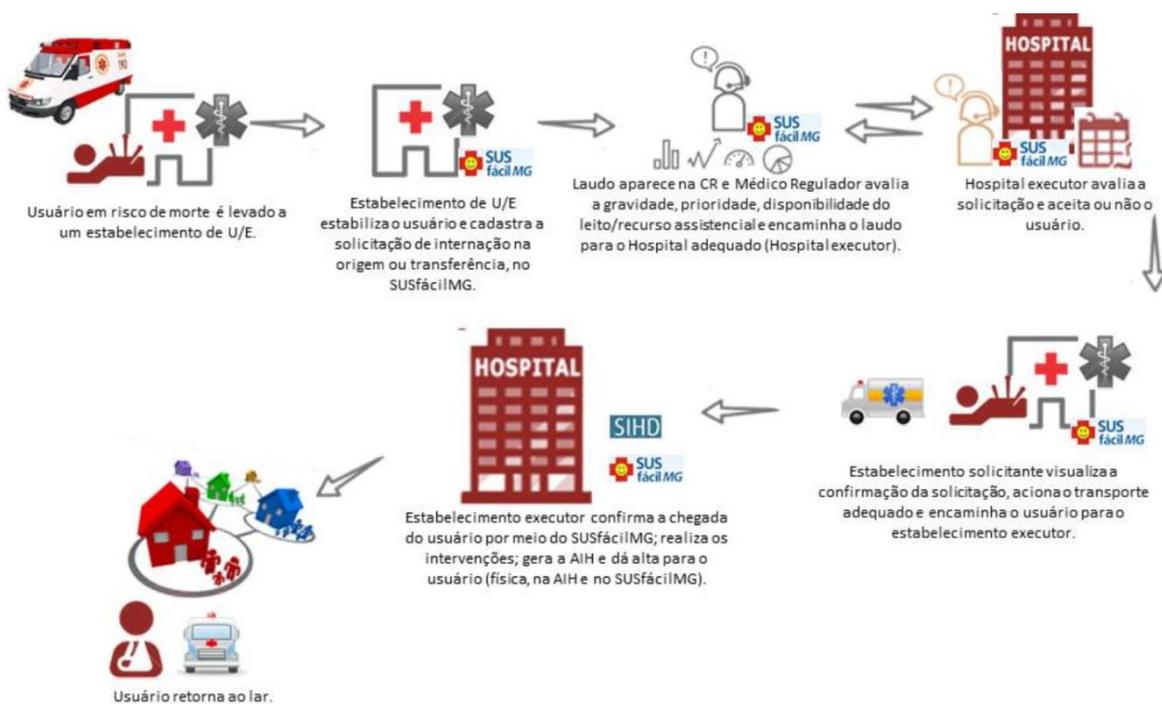
No caso de transferências direcionadas para municípios que possuem Central Municipal de Regulação, a Central Macrorregional de Regulação Assistencial tão-somente encaminha o laudo do paciente para essa unidade, que é a responsável pela busca de leito e

acompanhamento da demanda. Em Minas Gerais, possuem central de regulação própria, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, apenas os municípios de Juiz de Fora e Uberlândia e Belo Horizonte, que utiliza sistema informatizado próprio em interface eletrônica com o sistema estadual.

Por fim, pode-se dizer que os processos de regulação assistencial qualificam a gestão do SUS, contribuindo para a melhoria do acesso aos serviços de saúde, de acordo com as necessidades de seus usuários. A regulação assistencial em Minas Gerais tem a função primordial de regular o acesso da população às internações hospitalares de urgência na rede SUS/MG de forma que as necessidades assistenciais do usuário sejam analisadas sob a lógica da equidade.

A imagem a seguir ilustra, de forma sucinta, a sistemática do processo de regulação do usuário.

Figura 2 - Fluxo de regulação para internação hospitalar de urgência e emergência



Fonte: Diretoria de Regulação Assistencial. Elaboração própria, 2016.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde/SUS.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 318, de 07 de dezembro de 2006**. Aprova o Projeto Estadual de Regulação Assistencial.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto Estadual nº 45.015, de 19/01/2009**. Regulamenta a designação de servidor para as funções de Autoridade Sanitária, a Função Gratificada de Regulação da Assistência à Saúde - FGR, a Função Gratificada de Auditoria do SUS - FGA e os Prêmios de Produtividade de Vigilância Sanitária - PPVS e de Vigilância Epidemiológica e Ambiental - PPVEA, de que tratam as Leis nº 13.317, de 24 de setembro de 1999, nº 15.474, de 28 de janeiro de 2005, nº 17.618, de 7 de julho de 2008 e a Lei Delegada nº 174, de 26 de janeiro de 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Lei Delegada 174, de 26 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre o grupo de direção e assessoramento do quadro geral de cargos de provimento em comissão e as funções gratificadas da Administração direta do poder executivo, e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Normas Técnicas de Regulação Assistencial** (documento interno). Belo Horizonte: SES-MG, 2015.

Capítulo 7 - Classificação de Risco

Eliane da Costa Rodrigues
Josiana Aparecida de Lima Cotta

7.1 Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco

A enorme carga de trabalho nos serviços de urgência se traduz em superlotação de prontos-socorros, dificuldades de internação dos pacientes, recusa no recebimento de ambulâncias, ausência de atendimento especializado de urgência e acúmulo de pacientes de baixo risco a espera de atendimento (BITTENCOURT, 2009).

Essa superlotação é consequência da alteração do perfil demográfico brasileiro dos últimos anos: a expectativa de vida da população aumentou sensivelmente, passando de 54 anos em 1960 para 72 anos em 2006. Esse ganho na esperança de vida tem sido acompanhado por importantes mudanças na composição das doenças e agravos, com destaque para o aumento progressivo das doenças crônicas, que são mais resistentes ao tratamento, apresentam difícil prevenção e longa duração. Tal fato sobrecarrega as urgências devido ao atendimento de agudizações (MENDES, 2012).

A alta demanda nas unidades de urgência é também reflexo da alteração do perfil de mortalidade do Brasil. Houve um crescimento significativo da mortalidade por causas externas, sendo apontada pelo Ministério da Saúde como a terceira principal causa de morte no país em 2004 (BRASIL, 2004).

Considerando a complexidade das causas de morbimortalidade do Brasil atualmente, como relacionado acima, o Ministério da Saúde definiu políticas específicas para a área de urgência e emergência, tais como a Portaria Ministerial n° 2.048 de 05 de novembro de 2012, a Portaria GM/MS n° 1.863 de 29 de setembro de 2003 e a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004, que recomenda o Acolhimento com a Classificação de Risco como dispositivo para qualificar as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência.

Diante do quadro descrito, uma das ferramentas desenvolvidas para organizar o atendimento às urgências nas unidades de saúde foi a implantação da classificação de risco. Segundo Jimenez (2003), os benefícios dessa classificação são muitos: garante a segurança

da condição de saúde dos pacientes que aguardam o primeiro atendimento médico, organiza a fila de espera de forma justa, aumenta a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde, além de racionalizar o consumo de recursos e ser uma ferramenta de auxílio da gestão dos serviços.

A Portaria Ministerial nº 2.048 de 2002 institui a necessidade da realização da classificação de risco nas unidades que atendem demanda espontânea. Esta prevê que a área física do pronto atendimento deve contar com uma sala para a realização da triagem classificatória de risco, cuja estrutura deve estabelecer comunicação com a recepção, para a entrada dos pacientes provenientes da demanda espontânea, e com a área de espera para o atendimento médico, conferindo racionalidade ao fluxo dentro da unidade.

A referida portaria ressalta que a classificação de risco deve ser realizada por profissional de saúde de nível superior (médico ou enfermeiro), mediante capacitação específica e utilização de protocolos pré-estabelecidos, visando avaliar o grau de urgência da queixa dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento, de acordo com a gravidade do quadro de saúde. Sendo assim, para a adequada implementação da Classificação de Risco nas unidades de porta aberta é necessário que a escala de profissionais classificadores (médicos ou enfermeiros) cubra todo o horário de funcionamento do serviço.

A Política Nacional de Humanização tem como foco a qualidade do atendimento prestado ao cidadão e enfatiza a necessidade da redução de filas e do tempo de espera. O atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco para a demanda espontânea nas unidades de saúde possibilita o acesso referenciado aos demais níveis da assistência, através de fluxos previamente pactuados. O acolhimento com avaliação de risco é também uma ferramenta de orientação da população, pois estabelece diretrizes para o fornecimento de informações ao paciente e familiares sobre o provável tempo de espera para o primeiro atendimento médico (BRASIL, 2004).

A Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, contempla a classificação de risco e intervenções adequadas e necessárias aos diferentes agravos de saúde. A organização da Rede de Atenção às Urgências tem o propósito de articulação e integração de seus entes, a fim de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários de forma ágil e oportuna. Neste sentido, o acolhimento com classificação de risco compõe a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede,

sendo requisito primordial dos pontos de atenção. É a linguagem única que favorece a comunicação entre todos os pontos de atenção a saúde na Rede.

O Ministério da Saúde reforça a importância da classificação de risco também na Portaria nº 1.601/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede.

7.2 O Protocolo de Classificação de Risco Manchester

O termo triagem teve a sua origem na guerra, durante a Revolução Francesa e tinha o papel de avaliar com agilidade os soldados feridos, realizar a separação daqueles que necessitavam de atenção médica urgente e dar prioridade ao tratamento com vistas a recuperá-los o mais rápido possível e retorná-los ao campo de batalha. Esse processo de triagem foi aperfeiçoando no decorrer dos anos até chegar particularmente à década de 90 como uma prática de triagem classificatória. O desenvolvimento e utilização de vários protocolos de classificação de risco visavam priorizar o atendimento médico do usuário por meio de uma definição de cunho clínico e não baseado em critérios administrativos ou por ordem de chegada ao serviço (COUTINHO, 2010).

Surgiram então, a partir da década de 90, vários tipos de protocolos de classificação de risco diferentes entre si. Há modelos que utilizam apenas dois níveis de gravidade e outros com até cinco níveis, sendo estes os mais aceitos na atualidade.

Os modelos mais avançados de cinco níveis e que passaram a ter uma concepção sistêmica, sendo utilizados por uma rede de serviços como forma de garantia de uma linguagem única são:

- Modelo Australiano (Australasian Triage Scale - ATS) - foi o pioneiro e usa tempos de espera de acordo com gravidade;
- Modelo Canadense (Canadian Triage Acuity Scale - CTAS) - muito semelhante ao modelo australiano, é mais complexo e está em uso em grande parte da rede de atenção a saúde canadense. O mecanismo de entrada é uma situação pré-definida;
- Modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS) - Trabalha com algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores. Está sistematizado em vários países da Europa. O mecanismo de entrada é uma queixa ou

situação de apresentação do paciente;

- Modelo Americano (Emergency Severity Index - ESI) - trabalha com um único algoritmo que foca mais na necessidade de recursos para o atendimento e não é usado em todo o país;
- Modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) - baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado, com tempo médio de 8 minutos (JUNIOR *et al*, 2010).

Estes sistemas apresentam coincidem em seus princípios, diferenciando-se radicalmente no modelo de entrada da queixa e em um deles (ESI) na necessidade de recursos, que influencia na decisão final. O Quadro 1 mostra a comparação entre os modelos:

Quadro 1 - Comparação entre os protocolos de Classificação de Risco que possuem cinco níveis de gravidade

CARACTERÍSTICAS	ATS	CTAS	MTS	ESI	MAT
Escala de cinco níveis	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Utilização universal no país	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
Baseado em categorias de sintomas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Baseado em discriminantes chave	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
Baseado em algoritmos clínicos	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
Baseados em escalas de urgência pré-definidas	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM

Fonte: Jimenez, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. *Emergencias* 2003;15:165-174.

A análise do quadro acima permite afirmar que o Sistema Manchester de Classificação de Risco apresenta as vantagens: conhecimento internacional, confiabilidade, sistema passível de auditoria, conceito com possibilidade de expansão para outros de serviços de emergência com características diferentes, pacote sistemático e lógico que auxilia na tomada de decisão e de treinamento dos profissionais classificadores para aplicação do sistema (COUTINHO, 2010).

Conforme Mackway-Jones, Marsden e Windle (2010), o Sistema Manchester de

Classificação de Risco foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester na Inglaterra, em 1994, visando estabelecer o consenso entre os médicos e enfermeiros para o atendimento às emergências. Esse Sistema de Classificação visa assegurar que os usuários sejam atendidos por ordem de necessidade e não por ordem de chegada, sendo essa uma medida acertada quando se trata da situação em que, de modo geral, a necessidade clínica ultrapassa a capacidade do serviço de saúde. Em 2008, o Estado de Minas Gerais optou pela utilização do Protocolo de Classificação de Risco Manchester em suas portas de entradas à urgência para a garantia de uma linguagem única.

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) é o representante oficial do Protocolo de Manchester no Brasil, estando o mesmo autorizado pelo Manchester Triage Group (MTG) e pelo British Medical Journal, detentores dos direitos autorais, a utilizar o protocolo. Já o Grupo Português de Triagem (GPT) possui a licença do MTG para a tradução em língua portuguesa (COUTINHO, 2010).

A implantação do Sistema Manchester no Estado de Minas Gerais conferiu pioneirismo no território brasileiro, e a justificativa para a sua adoção se deve ao fato do sistema não ser baseado em presunção diagnóstica e centrar na queixa apresentada, já que nem sempre um diagnóstico define uma situação de urgência de atendimento (COUTINHO, 2010).

A classificação de risco do Protocolo de Manchester consiste na aplicação de 52 (cinquenta e dois) fluxogramas, sendo que 07 (sete) são específicos para crianças e 02 (dois) são aplicados em situação de catástrofes/múltiplas vítimas. Os fluxogramas possuem discriminadores, que correspondem aos sinais e sintomas e levam à escolha entre as prioridades possíveis, amparados na avaliação de parâmetros clínicos e na percepção visual de sinais de gravidade. A aplicação da metodologia baseada nos fluxogramas e discriminadores, conforme a queixa principal de cada paciente, permite o estabelecimento de cores e tempo resposta máximo em minutos para o atendimento do mesmo (MACKWAY-JONES, MARSDEN, WINDLE, 2010; COUTINHO, 2010). O paciente é classificado em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial, conforme Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Definição das prioridades do Protocolo de Manchester por cor e tempo de espera para o atendimento.

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: JUNIOR *et al.*, 2010.

No Brasil, assim como em Portugal, a cor branca é utilizada para categorizar os pacientes que não se enquadram na categoria de urgência, mas buscam o serviço para os diversos atendimentos de cunho eletivo e os óbitos que necessitam de registro administrativo para permanecer no necrotério.

7.2.1 Estrutura Mínima para a Realização da Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester

Deve haver no mínimo uma sala para a classificação de risco, sendo que, dependendo do volume de pacientes a serem atendidos, seja necessária a disponibilização de um segundo ponto para a realização da classificação de risco, uma vez que é recomendável a abertura de novo posto de classificação quando houver mais de 10 pacientes aguardando para serem classificados.

Para cada sala de classificação de risco é necessária a seguinte relação de materiais:

- Manual de classificação de risco (manual do serviço adquirido do GBCR);
- Termômetro (timpânico ou digital infravermelho);
- Glicosímetro;
- Monitor (para medição de saturação de oxigênio e frequência cardíaca);
- Relógio;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Material para identificação da prioridade clínica do usuário (ex: pulseiras, adesivos, etc); e

- Ficha de registro da classificação de risco.

Recomenda-se que esta sala esteja próxima à porta de entrada do serviço para possibilitar que o profissional classificador tenha uma visão dos usuários que aguardam a classificação e/ou atendidos, preservando, entretanto, a privacidade do paciente (JUNIOR *et al*, 2010).

7.2.2 Capacitação dos Profissionais para a Realização da Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester

Para realizar a classificação de risco, o profissional de nível superior (enfermeiro ou médico) deverá realizar o curso para classificador e ter um aproveitamento mínimo de 60% na prova. O profissional poderá realizar o curso presencial com duração de 8 horas ou pela modalidade ensino à distância (EAD). Atualmente o curso EAD é disponibilizado pelo Ministério da Saúde através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz.

7.2.3 Auditoria da Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester

A auditoria do Sistema Manchester pode ser definida como uma análise sistemática e independente com o objetivo de determinar se as atividades e resultados satisfazem os requisitos previamente estabelecidos e se estes estão efetivamente implementados.

A direção da instituição deve garantir condições para a implementação da auditoria interna e utilização dos resultados para melhor gestão do serviço de urgência. A composição mínima da equipe de auditoria por instituição deve ser de um médico e um enfermeiro, sendo que essa equipe deverá realizar o curso presencial de auditoria interna do Manchester, com duração de 5 horas, distribuídas em aulas teóricas e estudos de casos clínicos. Este curso tem como objetivos sistematizar as orientações para a auditoria interna, uniformizar a metodologia e orientar a execução das auditorias. Para se tornar auditores internos os profissionais deverão ser previamente certificados pelo GBCR como classificadores.

7.3 Considerações

A melhoria na qualidade da assistência deve englobar não apenas um sistema de classificação de risco estruturada, mas também a pactuação e construção de redes de atendimento com demais pontos de atenção (MINAS GERAIS, 2010).

É fundamental a gestão da clínica na urgência tendo como princípio a gestão dos tempos, assegurando que o tempo entre a chegada do paciente ao serviço até a classificação de risco não seja maior que dez minutos, e que os tempos alvos preconizados pelo Protocolo de Manchester para a primeira avaliação médica estejam sendo cumpridos de acordo com a gravidade clínica do doente. Para tanto, é necessário e fundamental que a instituição defina fluxos de encaminhamentos dos pacientes a partir da classificação e que os fluxos e áreas para o primeiro atendimento médico dos pacientes de menor gravidade estejam separados dos fluxos e áreas dos pacientes de maior gravidade. Dependendo do perfil de atendimento e da estrutura da instituição, pode ser necessária e benéfica a disponibilização de profissionais médicos específicos para o primeiro atendimento para cada uma das áreas acima referidas, conforme a prioridade clínica. O fluxo interno a partir da classificação de risco deve ser elaborado pela equipe multiprofissional da unidade, validado pela direção e plenamente divulgado e sinalizado tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes (JUNIOR *et al*, 2010).

A Classificação de Risco e a gestão da clínica baseada nesta classificação são consideradas alternativas possíveis para a melhoria e a qualificação das “portas de urgência e emergência” e a intervenção positiva no modo de produção do cuidado, porém, a realização dos mesmos ainda se mostra um desafio para os serviços de saúde (COUTINHO, 2010).

REFERÊNCIAS

BELLUCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Implantação do Sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e Uso do Fluxograma Analisador. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis/SC, 2012, jan.-mar., v. 21, n. 1, p. 217-225. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf>> Acesso em: 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Urgências. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Diário da União**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso: 4 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Urgências. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário da União**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso: 4 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Urgências. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário da União**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso: 4 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário da União**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 4 mar. 2016

COUTINHO, A. A. P. **Classificação de risco no serviço de emergência**: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial. 2010. 206 folhas. Tese de Doutorado como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Ciência da Saúde, do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG.

JIMENEZ, J. G. **Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias**: Hacia un modelo de triaje estruturado de urgencias y emergências. *Emergencias*. 2003;15:165-174.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 1ª Edição. Setembro de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de (SES-MG). **Rede de Urgência e Emergência Minas Gerais**. 2010, 70 p.

CORDEIRO-JR, W.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: comparando modelos. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2014. Disponível em: <<http://gbc.org.br/downloads>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

Capítulo 8 - Cenário Atual da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Estado de Minas Gerais

Alexandre Viana de Andrade
Bárbara Campolina Barbosa
Felipe Leandro Batista
Luciana Aparecida Soares Penna
Stefânia Mereciana Gomes Ferreira

8.1 Contextualização

A Portaria Ministerial nº 1.600, de sete de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), traz em seu artigo quarto todos os componentes que constituem a Rede de Atenção às Urgências, bem como detalha o objetivo destes para consolidação da Rede. O Quadro 1, a seguir, ilustra de forma sucinta o objetivo de cada componente.

Tendo como premissa as diretrizes ministeriais para organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE), o Estado de Minas Gerais publicou a Resolução SES nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010, que aprovou as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência e discorre sobre seus componentes e a integração entre os vários pontos de atenção, sendo eles:

- I – Atenção Primária à Saúde;
- II - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h);
- III - Hospitais;
- IV - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional;
- V - Complexo Regulador; e
- VI – Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências.

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção às Urgências e seus objetivos

Componente	Objetivo
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde	Estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais.
Atenção Básica em Saúde	Ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências	Chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.
Sala de Estabilização	Ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.
Força Nacional de Saúde do SUS	Aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.
Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas	Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
Hospitalar	Constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
Atenção Domiciliar	Conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Fonte: Portaria nº 1.600, de sete de julho de 2011. Adaptado pelos autores, 2016.

A organização da rede às condições agudas tem como fundamentais critérios:

- Utilização de protocolo único de classificação de risco;
- Fluxo de encaminhamento, após a classificação de risco, desenhado e pactuado internamente por cada instituição e responsabilizados nominalmente, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se co-responsabilizam pelos serviços desta rede;
- Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços (de todos os níveis de atenção), compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte do paciente, se necessário, até o destino pactuado;
- Compartilhamento das “regras” com a estruturas de logística, de coordenação da rede e os pontos assistenciais que se co-responsabilizam pelos resultados;
- Informatização dos processos e
- Comando único.

A partir disso foi desenhada a matriz de referência para a Rede de Urgência e Emergência com a definição dos pontos de atenção por nível de atenção à saúde e suas respectivas competências.

Da mesma maneira, a análise dos fluxos de atendimento ao trauma, ao infarto agudo do miocárdio e ao acidente vascular encefálico complementa a matriz, definindo também os respectivos pontos de atenção de referência. Os Quadros 2 e 3 a seguir ilustram a forma como Minas Gerais tem se organizado para o atendimento ao usuário na urgência e emergência.

Quadro 2 - Competências dos pontos de atenção à saúde, segundo nível de atenção

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA MANCHESTER	COMPETÊNCIA TRAUMA	COMPETÊNCIA DCV - IAM	COMPETÊNCIA CDV - AVE	DEMAIS URGÊNCIAS CLÍNICAS
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	UBS	<ul style="list-style-type: none"> 1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo Atendimento para verde e azul 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento trauma de muito baixo adensamento tecnológico (contusões, suturas) 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação, diagnóstico (ECG), O2, AAS, nitrato Chamar SAMU 	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita diagnóstica, AAS Chamar SAMU 	<ul style="list-style-type: none"> Primeiro atendimento às U/E clínicas e cirúrgicas Chamar SAMU
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	UPA	<ul style="list-style-type: none"> 1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento para amarelo e verde Acolhimento de azul e encaminhamento se pactuado 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento ao trauma menor e trauma que requer menor densidade tecnológica 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação, diagnóstico (ECG), O2, AAS, nitrato Chamar SAMU Trombolítico no IAM 	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita diagnóstica, AAS Chamar SAMU 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento às demais U/E clínicas que requerem menor densidade tecnológica
	Hospital de Retaguarda	Não porta aberta para U/E	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado continuado Reabilitação Suporte de paciente sem rede social 		<ul style="list-style-type: none"> Cuidado continuado Reabilitação Suporte de paciente sem rede social 	
	Hospital Geral Nível III do Trauma + U/E Clínica	<ul style="list-style-type: none"> 1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento para vermelho e laranja, conforme protocolo Atendimento para amarelo e verde Acolhimento para azul e encaminhamento se pactuado 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Assistência para todos os traumas, exceto neurocirúrgico e vascular 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Trombolítico no IAM 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Atendimento do AVE 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento às demais U/E clínicas
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE	Hospital Nível I do Trauma	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento para vermelho, laranja e amarelo Acolhimento para verde e azul e encaminhamento se pactuado 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Atendimento ao trauma, inclusive neurológico, vascular e de especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Trombolítico no IAM 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Atendimento do AVE 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento às demais U/E clínicas
	Hospital Nível II do Trauma	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento para vermelho, laranja e amarelo Acolhimento para verde e azul e encaminhamento se pactuado 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em UTI Atendimento ao trauma, inclusive neurológico, mas não vascular ou especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Trombolítico no IAM 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Atendimento do AVE 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento às demais U/E clínicas
	Hospital de referência para IAM	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento para vermelho, laranja e amarelo Acolhimento para verde e azul e encaminhamento se pactuado 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento ao trauma se demanda espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> IAM: angioplastia em tempo preconizado, trombolítico Assistência em leitos de UTI (Cardiovascular, Geral, Unidade de Dor Torácica) 	<ul style="list-style-type: none"> AVE: atendimento Assistência em leitos de UTI 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento às demais U/E clínicas
	Hospital de referência para AVE	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento para vermelho, laranja e amarelo Acolhimento para verde e azul e encaminhamento se pactuado 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento ao trauma se demanda espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Trombolítico no IAM 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento do AVE Assistência em leitos de UTI Assistência em Unidade de AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento às demais U/E clínicas

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2010.

Quadro 3 - Principais diretrizes clínicas conforme prioridade

CÓDIGO	COMPETÊNCIA	DESCRIÇÃO
VERMELHO	1º atendimento	Medidas para manutenção da vida. Ex. intubação orotraqueal, linha de acesso venoso, glicose hipertônica, diazepam.
	Estabilização	1º atendimento seguido de tratamento inicial. Ex. sutura, cristalóide, ventilação mecânica, hemotransfusão.
	Atendimento	Completa abordagem propedêutica e terapêutica.
LARANJA	1º atendimento	Medidas para sofrimento intenso ou para evitar rápida deterioração. Ex. linha de acesso venoso, sintomáticos, cristalóide, sutura.
	Estabilização	1º atendimento seguido de tratamento inicial Ex. estreptoquinase.
	Atendimento	Completa abordagem propedêutica e terapêutica.
AMARELO	1º atendimento	Medidas para sofrimento ou para evitar deterioração. Ex. linha de acesso venoso, sintomáticos, cristalóide, sutura.
	Atendimento	Completa abordagem propedêutica e terapêutica.
	Encaminhamento	Conforme e se pactuado.
VERDE	Atendimento	Propedêutica e terapêutica.
	Encaminhamento	Conforme e se pactuado.
AZUL	Atendimento	Propedêutica e terapêutica.
	Encaminhamento	Conforme e se pactuado.

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2010.

São princípios a serem contemplados na estruturação dos pontos de atenção:

- Tempo de acesso;
- Distribuição regional do recurso;
- Economia de escala e
- Qualidade.

O tempo é a principal variável na “elasticidade” da conformidade de algumas estruturas que deverão ter apoio e investimento do estado na sua estruturação.

Neste capítulo, será abordado o cenário dos componentes SAMU 192, Hospitalar e Unidades de Pronto Atendimento 24h, com o objetivo de ilustrar a atual situação destes componentes na Rede de Urgência e Emergência de Minas Gerais.

8.2 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em Minas Gerais

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação das Urgências (CRU) são componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) (BRASIL, 2011).

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (representado pelo SAMU 192) deve estar vinculado a uma Central de Regulação das Urgências, com recursos humanos e logísticos correspondentes às necessidades da região sob jurisdição do serviço, contando com acesso gratuito através do número 192 (BRASIL, 2002) e com caráter regionalizado (BRASIL, 2011; JORGE *et al*, 2014).

É neste contexto que o Estado de Minas Gerais deu início ao processo de implantação do SAMU 192 em um contexto Regional, ou seja, abrangendo minimamente uma Região Ampliada de Saúde (RAS), em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde e expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2006).

Neste sentido, o Estado aprovou em instância deliberativa a divisão territorial de Minas Gerais em treze Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) e setenta e sete Regiões de Saúde (RS). Detalha-se no Quadro 4, a seguir, o cenário territorial de Minas, correlacionando as RAS, RS, e os municípios, população e extensão territorial de cada Região Ampliada de Saúde para melhor compreensão sobre a abrangência do componente SAMU 192 Regional.

Desde a publicação da Resolução SES nº 2.607 de 2010, que aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, o Estado de Minas Gerais busca consolidar a proposta do SAMU 192 Regional em todas as regiões de Minas, através da articulação entre Estado, Municípios e União. Ressalta-se que a estruturação da RUE de forma supramunicipal se faz necessária tendo em vista que as urgências e emergências ultrapassam as fronteiras clássicas geopolíticas.

Quadro 4 - Território estadual, segundo PDR 2014

Região Ampliada de Saúde	Nº de Regiões de Saúde	Nº de Municípios	População	Extensão Territorial
Centro	10	104	6.480.169	58.120
Centro Sul	3	50	780.011	15.105
Jequitinhonha	2	23	296.870	20.567
Leste	7	86	1.532.984	32.447
Leste do Sul	3	53	694.964	15.169
Nordeste	8	63	931.946	57.348
Noroeste	3	33	691.080	79.594
Norte	9	86	1.661.130	122.880
Oeste	6	54	1.254.944	28.552
Sudeste	8	94	1.651.433	24.665
Sul	12	153	2.745.220	53.766
Triângulo do Norte	3	27	1.260.398	42.784
Triângulo do Sul	3	27	752.948	35.535
Total	77	853	20.734.097	586.529

Fonte: PDR, 2014. Elaboração própria, 2016.

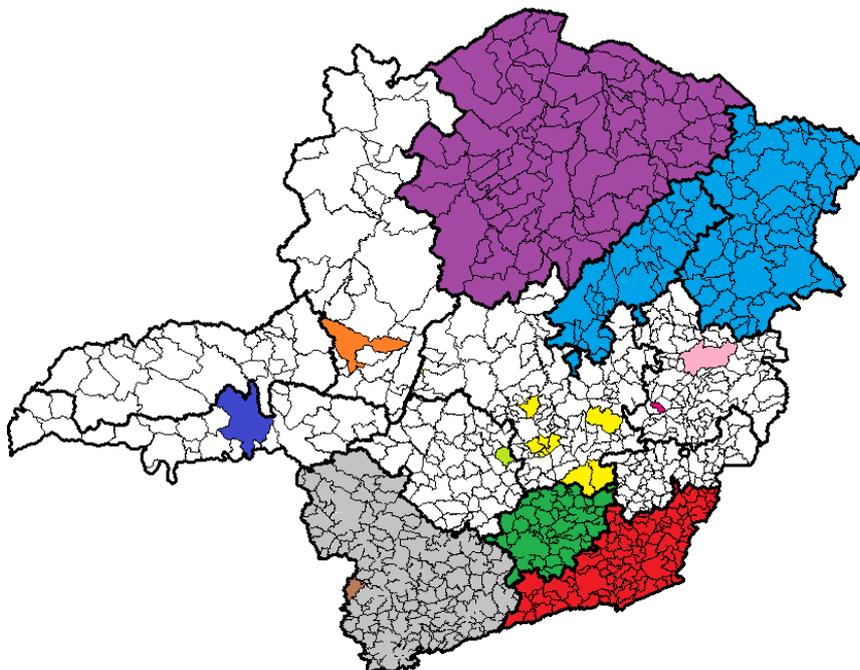
O desenho do SAMU 192 Regional segue as diretrizes da Portaria Ministerial 1.010 de 21 de maio de 2012, que define o parâmetro de tempo resposta. A proposta de reorganização da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais considera que numa região, 90% da população deve ter acesso a um dos pontos de atenção da rede com o tempo máximo de 1 hora, seja este ponto de atenção fixo ou móvel, sendo este um dos fatores que contribui para o dimensionamento do número de ambulâncias e localização das bases descentralizadas.

De forma sucinta, a estrutura do SAMU 192 Regional compreende uma Central de Regulação das Urgências (CRU), bases descentralizadas localizadas de forma estratégica nos municípios da região adstrita para abrigar as Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidades de Suporte Básico (USB), além de um Núcleo de Educação Permanente (NEP), responsável por manter a alta qualidade do serviço por meio da educação continuada das equipes e realizar treinamento/capacitação de novos funcionários.

Atualmente o Estado de Minas Gerais conta com o SAMU 192 tanto em um contexto municipal quanto no contexto regional e, para aqueles que ainda estão limitados a um único município, tem-se estudado e pactuado com os gestores municipais de saúde a regionalização do serviço para ampliação do acesso, otimização do processo de trabalho,

economia de escala/escopo e, conseqüentemente, melhoria na qualidade dos serviços ofertados. O Mapa 1 ilustra a atual cobertura do SAMU 192 no Estado.

Mapa 1 - Cobertura atual do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado de Minas Gerais (2015).



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Legenda:

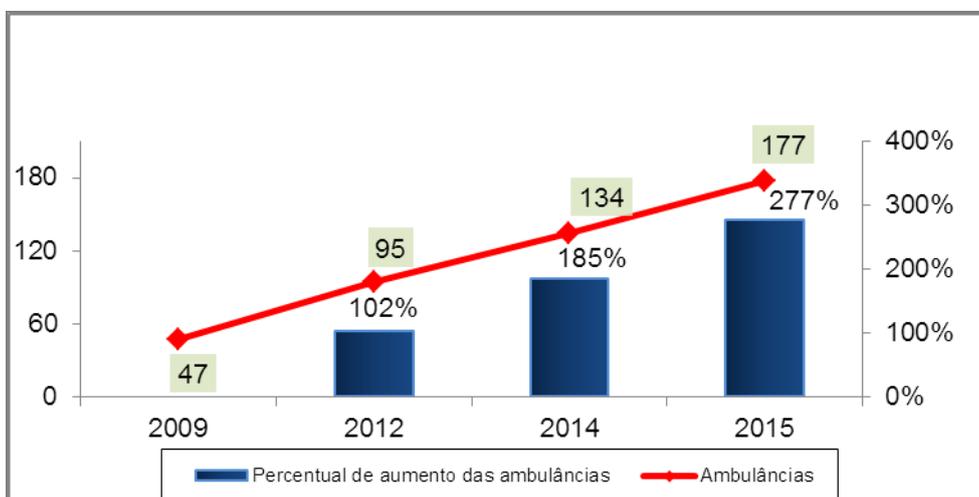
- Roxo: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Norte
- Azul claro: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Nordeste/Jequitinhonha
- Verde escuro: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Centro Sul
- Vermelho: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Sudeste
- Cinza: SAMU 192 Regional da Região Ampliada de Saúde Sul
- Marrom: SAMU 192 Municipal de Poços de Caldas
- Amarelo: SAMU 192 Municipal de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Itabira, Sete Lagoas, Ouro Preto e Mariana
- Verde claro: SAMU 192 Municipal de Itaúna
- Rosa escuro: SAMU 192 Municipal de Ipatinga
- Rosa claro: SAMU 192 Municipal de Governador Valadares
- Laranja: SAMU 192 Municipal de Patos de Minas
- Azul escuro: SAMU 192 Municipal de Uberaba

Levando-se em consideração a extensão territorial e as particularidades de cada Região Ampliada de Saúde, o estado de Minas Gerais adota como forma de planejamento, execução e gestão das atribuições referentes ao SAMU 192 Regional a modalidade de Consórcio Intermunicipal de Saúde Pública, de natureza pública, atrelando aos mesmos a gestão do serviço. Os Consórcios Intermunicipais são parcerias entre municípios para a

realização de ações conjuntas, objetivando recobrar escalas produtiva e financeira viáveis, com foco na qualidade dos serviços públicos prestados à população (MINAS GERAIS, 2012).

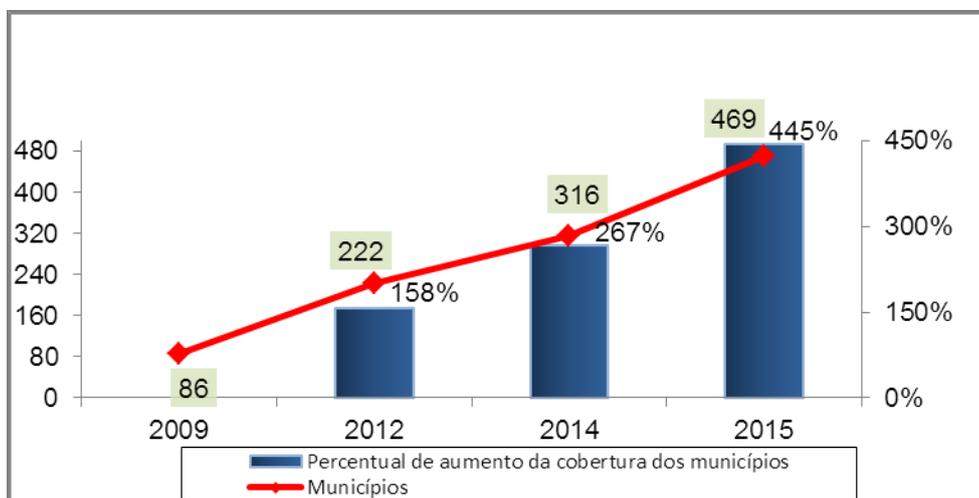
Em termos de aumento de cobertura e de capacidade instalada do SAMU 192 Regional em Minas, pode-se dizer que o Estado, entre o período de 2009 a 2015, aumentou em 277% o número de ambulâncias (de 47 a 177 veículos), 386% o número de habitantes cobertos (de 1.661.130 para 8.066.610) e 445% o quantitativo de municípios (de 86 para 469), conforme detalhado nos Gráficos 1, 2 e 3 a seguir.

Gráfico 1 - Evolução do aumento do número de ambulâncias do SAMU 192 Regional entre 2009 e 2015



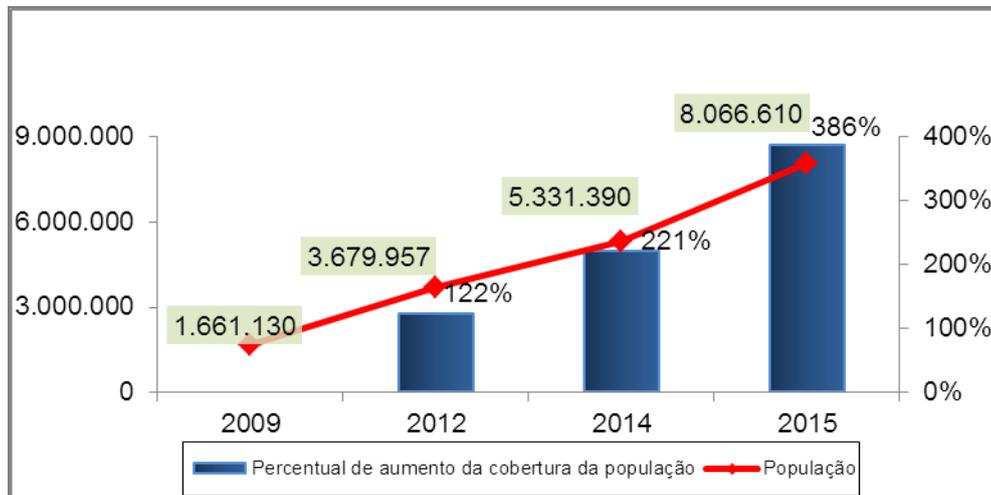
Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Gráfico 2 - Evolução do aumento da cobertura de municípios com SAMU 192 Regional, entre 2009 e 2015



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Gráfico 3 - Evolução do aumento do número de habitantes cobertos pelo SAMU 192 Regional entre 2009 e 2015



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Considerando o cenário estadual, pode-se afirmar que os 8.066.610 habitantes cobertos pelo SAMU 192 Regional correspondem a 38,91% da população total de Minas Gerais (20.734.097) e a cobertura de municípios equivale a 54,98% (469 dos 853 municípios). Assim, somando-se a esta os 5.794.222 de habitantes que residem nos 17 municípios que tem o serviço do SAMU 192 municipal, tem-se a população coberta no estado equivalente a 66,85%.

8.3 Descrição do SAMU 192 Regional por Região Ampliada de Saúde

O primeiro SAMU 192 Regional foi implantado na Região Ampliada de Saúde Norte, no ano de 2009, cobrindo 86 municípios e uma população de 1.661.130 habitantes. Este conta com uma equipe de dois médicos reguladores, três Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e dois operadores de frota por plantão 24 horas na Central de Regulação, 40 USB e 7 USA, distribuídas em bases descentralizadas.

No ano de 2012, as Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste/Jequitinhonha foram contempladas pelo SAMU 192 Regional cobrindo também 86 municípios e uma população de 1.228.816. A equipe da Central de Regulação é composta por dois médicos reguladores, dois operadores de frota por plantão 24 horas, três TARM durante o dia e dois no período noturno. Possui 5 USA e 21 USB, também distribuídas em bases descentralizadas. Destaca-se que a Secretaria de Estado de Saúde, seguindo diversos princípios para

organização das Redes, dentre eles o de economia de escala e escopo, optou-se por vincular as duas RAS em uma única Central de Regulação e, conseqüentemente, a um único Consórcio.

No mesmo ano, a RAS Centro Sul iniciou o serviço cobrindo 50 municípios e 780.011 habitantes. Na central de regulação há dois médicos reguladores, três TARM e rádios operadores por plantão 24 horas e possui 4 USA e 18 USB.

A Região Ampliada de Saúde Sudeste deu início ao SAMU 192 Regional em 2014, cobrindo os 1.651.433 residentes nos 94 municípios. Conta com uma equipe de três médicos reguladores durante o dia e dois a noite, cinco TARM durante o dia e três a noite, além de um rádio operador por plantão 24 horas na Central de Regulação. Sua frota é composta por 8 USA e 31 USB.

A última Região Ampliada de Saúde que teve o SAMU 192 Regional inaugurado foi a Sul, em fevereiro de 2015, sendo atualmente a maior cobertura em termos populacionais e de território, abrangendo 153 municípios e uma população de 2.745.220. Conta com 9 USA e 34 USB. Na Central de Regulação há seis médicos reguladores no plantão diurno e cinco no noturno, oito TARM de dia e sete à noite, além de dois rádios operadores por plantão 24 horas.

Os Quadros 5, 6 e 7, a seguir, resumem os dados que caracterizam a capacidade instalada, a localização, população e municípios cobertos, com o objetivo de ilustrar de forma didática o panorama do SAMU 192 no Estado, tanto no contexto regional, quanto municipal.

Quadro 5 - Cobertura atual do SAMU 192 Regional no Estado de Minas Gerais

Região Ampliada de Saúde	Consórcio Intermunicipal de Saúde (nome completo)	Consórcio Intermunicipal de Saúde (sigla)	Ano de Implantação	Total de municípios cobertos	População coberta	Central de Regulação	Ambulâncias		
							Total	USA	USB
Nordeste/Jequitinhonha	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Nordeste/Jequitinhonha	CISNORJE	2012	86	1.228.816	Teófilo Otoni	26	5	21
Norte	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas	CISRUN	2009	86	1.661.130	Montes Claros	47	7	40
Sudeste	Consórcio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste	CISDESTE	2014	94	1.651.433	Juiz de Fora	39	8	31
Centro Sul	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Centro Sul	CISRU	2012	50	780.011	Barbacena	22	4	18
Sul	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas	CISSUL	2015	153	2.745.220	Varginha	43	9	34
Total							177	33	144

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Quadro 6 - Cobertura do SAMU 192 Municipal

Município	População	Ambulâncias		
		Total	USA	USB
Belo Horizonte	2.479.165	28	6	22
Belo Horizonte (Caeté)*	43.036	Municípios cobertos pelo SAMU de Belo Horizonte		
Belo Horizonte (Nova Lima)*	87.391			
Belo Horizonte (Ribeirão das Neves)*	315.819			
Betim	406.474			
Contagem	637.961	9	2	7
Contagem (Ibirité)*	169.908	Municípios cobertos pelo SAMU de Contagem		
Contagem (Sarzedo)*	28.625			
Governador Valadares	275.568	4	1	3
Ipatinga	253.098	4	1	3
Itabira	115.817	3	1	2
Mariana	57.639	1	0	1
Ouro Preto	73.349	3	1	2
Patos De Minas	146.416	3	1	2
Poços De Caldas	161.025	3	1	2
Sete Lagoas	227.571	3	1	2
Uberaba	315.360	4	1	3
Total	5.794.222	69	17	52

(*) Os municípios de Belo Horizonte e Contagem realizaram acordo de cooperação para operacionalização do SAMU 192 em outros municípios, estando todas as ambulâncias sob regulação dos municípios polos.

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Quadro 7 - Cobertura total do SAMU 192 no Estado

	Ambulâncias			Municípios	População
	Total	USA	USB		
SAMU 192 Regional	177	33	144	469	8.066.610
SAMU 192 Municipal	69	17	52	17	5.794.222
Total Bruto Final	246	50	196	486	13.860.832
Cobertura em percentual				56,98%	66,85%

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

8.4 Perfil Assistencial do SAMU 192 Regional no Estado de Minas Gerais

Com o objetivo de ilustrar os dados assistenciais por meio de alguns indicadores de saúde do componente SAMU 192 monitorados pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência por meio de sistema informatizado, realizou-se análise do desempenho assistencial dos cinco SAMU 192 Regionais implantados atualmente e posteriormente consolidou os achados para chegar ao resultado final no contexto do Estado, compreendendo o período entre janeiro a dezembro de 2015. Os resultados serão detalhados a seguir, por indicador.

8.4.1 Tempo Médio de Resposta ao Chamado

O tempo médio de resposta ao chamado compreende o período entre a entrada da ligação e a chegada da ambulância ao local de destino. Logo, considera-se o tempo entre o atendimento feito pelo TARM, posteriormente pelo médico da Central de Regulação, o despacho da ambulância pelo rádio operador e o tempo de deslocamento da ambulância até o local da ocorrência.

Tabela 1 - Tempo médio de resposta ao chamado do SAMU 192 Regional no Estado em 2015

USA	00:26:49
USB	00:19:35
Média (USA e USB)	00:23:12

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Levando em consideração a Tabela 1, pode-se inferir que o tempo médio de resposta ao chamado no Estado é de 23 minutos e que o tempo resposta das USB é menor quando comparado ao das USA. Um dos fatores que devem ser considerados é o fato das Unidades de Suporte Básico estarem dispersas em maior volume em todo o estado, além de serem responsáveis pelo maior número de atendimentos, conforme Tabela 2 a seguir.

8.4.2 Total de atendimentos por USA e USB no Ano de 2015

Considera-se para este indicador o total de atendimentos (com saída de ambulâncias) realizados pelas Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida pelos

cinco SAMU 192 Regionais, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Número de atendimento por USA e USB no Estado em 2015

USA	26449	15%
USB	149861	85%
Total	176310	100%

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Considerando os estudos internacionais que enfatizam que em torno de 0.7% dos pacientes atendidos em serviços de urgência são classificados como vermelhos e 15,2 % laranjas, baseado no Protocolo de Classificação de Risco Manchester (STORM-VERSLOOTET *et al*, 2011) esses dados são ratificados para a realidade do Estado de Minas Gerais, conforme estudo realizado na microrregião de Januária no ano de 2009 pela SES-MG, onde 0,6% dos pacientes atendidos foram classificados como vermelhos e 0,7% laranjas, justificando também o número de atendimento por USB ser consideravelmente maior do que por USA (CORDEIRO-JR, 2014).

É importante ressaltar ainda que compete à USA o atendimento de paciente com risco eminente de vida e o transporte inter-hospitalar de paciente grave (BRASIL, 2002).

8.5 Perfil Assistencial do SAMU 192 Regional por Região Ampliada de Saúde

As Tabelas 3 e 4 a seguir apresentam o perfil assistencial de cada SAMU 192 Regional já implantado no Estado, tendo como base os indicadores Tempo Médio de Resposta ao Chamado e Atendimento por USA e USB.

Tabela 3 - Tempo médio de resposta ao chamado por SAMU 192 Regional em 2015

SUDESTE	00:27:27
NORDESTE/ JEQUITINHONHA	00:22:10
CENTRO SUL	00:23:14
NORTE	00:22:53
SUL	00:19:55
Total Geral	00:23:12

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

Tabela 4 - Total de atendimento por USA e USB por SAMU 192 Regional em 2015

Regiões	USA	USB	Total
SUDESTE	5161 14%	32394 86%	37555 21%
NORDESTE/ JEQUITINHONHA	3502 15%	19949 85%	23451 13%
CENTRO SUL	4897 19%	16981 65%	21878 12%
NORTE	6201 13%	40777 87%	46978 27%
SUL	6688 15%	39760 85%	46448 26%
Total Geral	26449 15%	149861 85%	176310 100%

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

8.6 As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Componente Hospitalar

Como forma de garantir a continuidade da assistência prestada aos usuários do SUS, o Estado de Minas Gerais tem buscado efetivar a implantação da Rede de Urgência e Emergência em sua totalidade de componentes. Conforme exposto na seção anterior, os componentes Hospitalar e UPA 24h estão amparados pela Resolução SES nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010. Entretanto, considerando a evolução dos citados Programas bem como a inserção e alteração de elenco, outros instrumentos legais já foram publicados para fornecer as diretrizes regionais para estes componentes.

A proposta é que o usuário dos serviços de urgência possa ter acesso tanto às estruturas pré-hospitalares fixas (neste caso, nas UPA 24h), móveis (SAMU 192) e unidades hospitalares sempre que necessário. Como forma de garantir o efetivo funcionamento, os componentes contam com custeio tripartite (União, Estado de Municípios).

As instituições hospitalares inseridas na Rede de Urgência e Emergência possuem características diversas e busca-se contemplar hospitais com níveis de complexidade distintos, que sejam capazes de prestar atendimento em procedimentos de média e alta complexidade, respeitando a necessidade regional, a disponibilidade dos serviços e a estrutura das instituições. Além do atendimento às clínicas básicas, existem prestadores na RUE que são referência para as linhas de cuidado prioritárias do Trauma, Infarto Agudo do

Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral/Encefálico (AVC). O recurso financeiro varia conforme a tipologia do prestador na Rede, bem como os recursos humanos e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

Desde o ano de 2015 a discussão da Política Hospitalar tem sido pauta constante da Secretaria de Estado de Saúde e os critérios para este componente vêm sendo reformulados, tais como recursos tecnológicos, humanos, área de abrangência e escopo de atuação. A Resolução SES-MG nº 5.052, de 09 de dezembro de 2015, que estabelece as Diretrizes, Objetivos e a Tipologia Hospitalar da Política Estadual de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais é o instrumento pelo qual se propõe novos direcionamentos para o componente hospitalar no Estado.

Já em relação ao componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), pode-se afirmar que também houve alteração na Política Estadual, a partir da publicação da Resolução SES-MG nº 4.884, de 19 de agosto de 2015, que estabelece as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) no Estado de Minas Gerais e o incentivo financeiro de custeio mensal das UPA 24h, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Soma-se ainda a Resolução SES-MG nº 5.064, de 09 de dezembro de 2015.

De forma sucinta, antes desta alteração, o Estado custeava um número limitado de UPA 24h (11). Com a nova diretriz:

Todos os municípios fazem jus ao recebimento do incentivo de custeio após o Parecer Favorável pela área técnica do Ministério da Saúde, mediante aprovação no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, e com funcionamento comprovado pelo gestor municipal, mediante o envio de atesto mensal à Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. (MINAS GERAIS, 2015).

Esta mudança fez com que o número de UPA 24h custeadas pelo Estado aumentasse em cerca de 300%, uma vez que até o mês de fevereiro de 2016, 43 Unidades de Pronto Atendimento recebem incentivos de custeio.

De acordo com a referida Resolução, a contrapartida estadual equivale a 25% do incentivo financeiro mensal previsto pela Portaria GM/MS nº 342, de 4 de março de 2013, para as Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h habilitadas e qualificadas pelo Ministério como Porte I, II ou III.

Sobre os leitos de retaguarda, o Estado segue as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme estabelecido na Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o

Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Quadro 8 ilustra os componentes UPA 24h, Leitos de Retaguarda (leitos clínicos, de longa permanência e de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI) e Hospitais (Porta Aberta) contemplados atualmente na Rede de Urgência e Emergência e que, conseqüentemente, recebem incentivo financeiro de custeio.

Quadro 8 - Componentes da RUE, por Região Ampliada de Saúde

Região Ampliada de Saúde	Componentes		
	Porta Aberta ¹	Leitos de Retaguarda ²	UPA 24h ³
Centro	31	29	24
Centro Sul	12	6	1
Leste	20	1	2
Leste do Sul	3	-	1
Nordeste-Jequitinhonha	25	1	1
Noroeste	3	-	2
Norte	22	8	-
Oeste	18	-	3
Sudeste	20	14	3
Sul	29	-	3
Triângulo do Norte	5	-	1
Triângulo do Sul	4	-	2
Total	192	59	43

(^{1,2,3}) Detalhamento do número de prestadores que recebem incentivo financeiro para custeio dos serviços de urgência e emergência.

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

8.7 Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências

O Grupo Condutor Estadual (GCE) da Rede de Atenção às Urgências foi constituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Deve ser constituído pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), além de contar com o apoio institucional do Ministério da Saúde.

O GCE tem como objetivo acompanhar, monitorar e apoiar a operacionalização de todas as fases de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Tem em vista mobilizar os dirigentes políticos do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada fase;

apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. Deve ser constante e é responsável pela negociação do Plano de Ação Regional (PAR), desde a sua elaboração até o direcionamento da pactuação final ao Ministério da Saúde.

O Estado de Minas Gerais, em consonância com as diretrizes nacionais, publicou a Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.211, de 21 de outubro de 2015, aprovando a reformulação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências que já existia desde 2011. O objetivo foi alterar a composição do GCE, com a inclusão de representantes da Subsecretaria de Gestão Regional, bem como de representantes efetivos do Ministério da Saúde. O Grupo é composto por:

I - 07 (sete) representantes da Secretaria de Estado de Saúde/SES-MG, sendo:

- a) 02 (dois) representantes da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde/SUBPAS/SES-MG;
- b) 01(um) representante da Subsecretaria de Regulação em Saúde/SUBREGS/SES-MG;
- c) 04 (quatro) representantes da Subsecretaria de Gestão Regional/SUBGR/SES-MG, tendo como representantes efetivos e titulares seus superintendentes regionais, que participarão em regime de revezamento;

II - 07 (sete) representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde/COSEMS, sendo:

- a) 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/SMS-BH (capital);
- b) 01 (um) representante de cada Macro, totalizando 06 (seis) representantes efetivos e seus suplentes;

III - 02 (dois) representantes do Ministério da Saúde.

A Coordenação Estadual de Urgência e Emergência é a responsável pela organização dos encontros e programação, em conjunto com os integrantes, das pautas pertinentes à organização da Rede de Urgência e Emergência em todo Estado. Conta

atualmente com uma agenda anual, com encontros bimestrais (em sua maioria).

De forma sucinta, as reuniões se pautam nas discussões do cenário da RUE, a necessidade de novas diretrizes, continuidade na elaboração dos Planos de Ação Regionais para as demais Regiões Ampliadas de Saúde que ainda não contam com o instrumento, expansão dos componentes da RUE. Além disso, todo e qualquer assunto afeto à organização da Rede de Urgência e Emergência, advindos ou não dos Comitês Gestores Regionais, podem ser tratados nas reuniões.

Entende-se a extrema importância dessas discussões no SUS para a melhoria, manutenção e expansão da Rede de Urgências e Emergências no Estado, de forma colegiada, tendo a melhoria dos serviços de saúde aos usuários como o eixo norteador.

8.8 Considerações

Considerando todo contexto apresentado, pode-se inferir que a Rede de Urgência e Emergência tem se construído dia a dia em uma realidade para os usuários do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais e que diversas foram as evoluções dos componentes desde a primeira implantação, como a reformulação da Política Hospitalar que contemplará toda organização de urgência, bem como a expansão de custeio do componente UPA 24h.

Em relação ao SAMU 192 Regional apresentado, é possível afirmar que este componente da RUE está efetivamente implantado em seis Regiões Ampliadas de Saúde, embora as RAS Nordeste-Jequitinhonha estão contempladas sob regulação de uma mesma Central.

Outro ponto de destaque é que os dados assistenciais do SAMU 192 permitem traçar um perfil (inclusive epidemiológico) do Estado de Minas no tocante ao componente SAMU 192 e subsidiar no redesenho das Redes já implantadas e na estruturação das demais redes a serem implantadas. Salienta-se que a análise assistencial não se esgota nos indicadores apresentados e que a organização da Rede de Urgência e Emergência tem sido pauta contínua de discussão da Secretaria de Estado de Saúde para permitir cobertura integral da população.

Destarte, a expectativa do Estado de Minas Gerais é de cobrir 100% do território mineiro até o ano 2018, buscando garantir o acesso ao serviço para toda população residente. Um dos passos para efetivar a expansão do acesso já foi dado, com a aprovação para implantação do SAMU 192 Regional em todas as Regiões Ampliadas de Saúde do

Estado, por meio de Deliberação, que contempla os municípios que contarão com base descentralizadas e as respectivas ambulâncias (USA e USB).

Destaca-se que para o ano de 2016, existe a expectativa de regionalização do SAMU 192 da Região Ampliada de Saúde Centro, ampliando a cobertura atual de 4.642.755 para 6.480.169. Uma nova estratégia para efetivar a regionalização nesta Região Ampliada foi utilizar da estrutura já existente dos SAMU municipais e ampliar a cobertura, buscando otimizar o tempo, o recurso público e reconhecer os serviços pioneiros no Brasil e no Estado, que antecederam à lógica de implantação em um modelo regional.

Na mesma perspectiva, o SAMU Municipal de Governador Valadares e de Ipatinga também estão em processo de regionalização, buscando aumentar a cobertura dos referidos serviços para todos os 1.532.984 de habitantes que residem na Região Ampliada de Saúde Leste.

Na lógica de implantação do componente SAMU 192 Regional, as Regiões Ampliadas Oeste e Triângulo do Norte são outras duas regiões com previsão para contar com o serviço ainda no ano de 2016, com uma Central de Regulação no município de Divinópolis e Uberlândia, respectivamente.

O Quadro 9 a seguir detalha os SAMU 192 Regionais já aprovados e seu escopo de atuação, com perspectiva de cobertura populacional e demais informações inerentes ao serviço.

Quadro 9 - Perspectiva de implantação do SAMU 192 Regional no Estado

Região Ampliada de Saúde	Consórcio Intermunicipal de Saúde (SIGLA / nome completo)	Total de municípios a serem cobertos	Total da população a ser coberta	Central de Regulação	Previsão de ambulâncias		
					Total	USA	USB
Centro	CIAS / Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde	104	6.480.169	Belo Horizonte, Betim Cougagem, Itabira Sete Lagoas	98	21	77
Oeste	CISURGE / Consórcio Intermunicipal de Urgência e Emergência Macro Oeste	54	1.254.944	Divinópolis	31	7	24
Leste	CONSURGE* / Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macro Leste de Minas	51	694.485	Governador Valadares	22	5	17
Leste do Sul	CISVALES** / Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Vales	35	838.499	Ipatinga	15	3	12
Noroeste	CISLESTESUL / Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada Leste Sul	53	694.964	A definir	23	4	19
Triângulo do Norte	CISREUNO / Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada do Noroeste	33	691.080	Patos de Minas	28	4	24
Triângulo do Sul	CISTRI / Consórcio Público Intermunicipal da Rede de Urgência e Emergência da Macroregião do Triângulo do Norte	27	1.260.398	Uberlândia	31	5	26
	CISTRISUL / Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macroregião do Triângulo do Sul	27	752.948	Uberaba	24	5	19
Total					272	54	218

(*) Contempla as Regiões de Saúde de Governador Valadares, Mantena, Resplendor, Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista.

(**) Contempla as Regiões de Saúde de Ipatinga, Coronel Fabriciano/Timóteo e Caratinga.

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Elaboração própria, 2016.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Alterado pela Portaria nº 104/GM/MS de 15.01.2014). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 25 fev. 2016.

CORDEIRO-JR, W.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. Sistema Manchester de

Classificação de Risco: comparando modelos. Belo Horizonte, 2014. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://gbc.org.br/downloads>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

JORGE, A. O. *et al.* Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 125-145, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES-MG nº 2607, de 07 de dezembro de 2010**. Aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_%202607.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016

_____. **Resolução SES-MG nº 4.884, de 19 de agosto de 2015**. Estabelece as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) no Estado de Minas Gerais e o incentivo financeiro de custeio mensal das UPA 24h, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_4884.pdf>. Acesso em 20 fev. 2016.

_____. **Resolução SES-MG nº 5.064, de 09 de dezembro de 2015**. Altera o art. 9º da Resolução SES-MG nº 4.884, de 19 de agosto de 2015, que estabelece as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) no Estado de Minas Gerais e o incentivo financeiro de custeio mensal das UPA 24h, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o_5064.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES-MG nº 5.052, de 09 de dezembro de 2015**. Estabelece as Diretrizes, Objetivos e a Tipologia Hospitalar da Política Estadual de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_5052.pdf>. Acesso em: 17 de fev. 2016.

_____. Secretaria de Saúde de Estado. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.211, de 21 de outubro de 2015. Aprova a reformulação do Grupo Condutor da Estadual da Rede de Atenção às Urgências, nos termos da Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011. **Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte. 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Kit Legislativo para a implantação do Consórcio Intermunicipal**. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Material Guia das Oficinas de Implantação da**

Rede de Urgência e Emergência. Belo Horizonte, SES-MG, 2010.

STORM-VERSLOOT M.N; UBBINK, D.T; CHIN A CHOI, V; LUISE, J.S. **Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study.** Emerg Med J; 26(8):556-60, 2009 Aug.

Capítulo 9 - Atendimento Pré-Hospitalar e Transporte Inter-Hospitalar de Urgência²⁷

Cesar Augusto Soares Nitschke

9.1 Histórico dos Atendimentos Móveis de Urgência e da Regulação Médica de Urgência

9.1.1 No Mundo

Século VI - Imperador Mauricius - Cria um corpo de cavaleiros encarregado da remoção do ferido.

Século XVIII - Napoleão Bonaparte designa o Barão Dominique-Jean Larrey para desenvolver um sistema de cuidados médicos para o exército francês. Barão Larrey desenvolve todos os preceitos do cuidado médico de emergência utilizados atualmente:

- 1) rápido acesso ao paciente por profissional treinado;
- 2) tratamento e estabilização no campo;
- 3) rápido transporte aos hospitais apropriados; e
- 4) cuidados médicos durante o transporte.

1859 - Henri Dunant, pleiteia o estabelecimento da convenção de Genebra da qual será originado a Cruz Vermelha.

1864 - Sistema organizado de socorro à população civil (Railway Surgery - USA) foi implantado, com o objetivo de prestar cuidados médicos às vítimas do trauma durante as viagens de trem.

1865 - Serviço de ambulância nos Estados Unidos da América foi instituído pelo Exército Americano.

1869 - Criado serviço de ambulância (carruagem puxada por cavalos) em Nova York.

1870 - Primeiro registro de transporte aeromédico, por meio de balão de ar quente, pelo exército prussiano em Paris.

²⁷ Texto extraído da Apostila “Curso de capacitação: suporte básico de vida. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.”.

1899 - Primeira ambulância motorizada operada pelo Hospital Micheal Reese Hospital de Chicago; alcançava 30 km/hora.

1924 - Chefe Cot - Cria o "Serviço de Emergência para os Asfixiados", dentro do regimento de Bombeiros de Paris, que é o primeiro exemplo de postos de emergência móvel avançados, distintos dos serviços hospitalares.

Durante a I e II Grandes Guerras Mundiais, os serviços médicos militares provaram sua eficácia no acesso e manejo precoce das pessoas feridas. Entretanto, embora o sistema militar médico tornara-se bem desenvolvido, o desenvolvimento do sistema civil estava atrasado.

1956 - Professor Cara em Paris - Cria o primeiro Serviço Móvel de Urgência e Reanimação (SMUR), com a finalidade de assegurar o transporte inter-hospitalar de pacientes em insuficiência respiratória séria, principalmente no momento da epidemia de poliomielite.

Final dos anos 50 - J.D. Farrington, e outros, questionaram quais as lições aprendidas pelos serviços médicos militares poderiam ser aplicadas aos civis para melhorar o cuidado civil.

1962 - Professor Larcan - Abre em Nancy, um serviço de emergência médica urbano.

1965 - Ministério de Saúde Francês impõe a certos centros hospitalares que se dotem de meios móveis de socorro de emergência. Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) são criados para administrar as chamadas médicas que apresentam um caráter de emergência assim como o funcionamento do SMUR (UTI Móveis).

Os SAMU, inicialmente centrados nos atendimentos de estrada, estendem seu campo de ação inclusive para intervenções não traumatológicas, transportes inter-hospitalares e chamadas da população por ansiedade, quer se trate de uma urgência vital ou simplesmente sentida como tal.

Tendo em conta o grande número de intervenções, da diversidade de situações encontradas e das respostas oferecidas, a realização de uma coordenação médica revela-se rapidamente necessária. Assim nasceu o princípio da regulação médica.

Para melhorar a organização e a regulação da emergência médica-cirúrgica, ao término dos anos 1970, cria-se progressivamente o Centro 15 Regional (departamental).

1969 - Comissão sobre EMS (Emergency Medical Service) é criada pela Associação Médica Americana.

1970 - Registrado o Treinamento Médico de Emergência.

1975 - ACLS desenvolvido pela Associação Americana de Cardiologia 1978 - Curso piloto de ATLS desenvolvido em Auburn, Nebraska 1979 - Comitê de acreditação em EMT-Paramedic é formado.

1981 - Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) aprovado 1981 - BTLS desenvolvido por Alabama Chapter.

1983 - Curso piloto de PHTLS em Iowa, Connecticut, and Louisiana.

9.1.2 No Brasil

No ano de 1893, o Senado da jovem República Brasileira, aprova a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública.

O Rio de Janeiro, capital do país, contava na época com uma população em torno de 522 mil habitantes (dados de 1890). Em 1904, foram instalados postos de Pronto Socorro e em 1907, o Prefeito Pereira Passos encomendou na Europa várias ambulâncias. O veículo, destinado a transporte de pacientes, havia sido criado em 1792, por Dominique Larrey, o cirurgião chefe da Grande Armada de Napoleão Bonaparte, as ambulâncias móveis. Nesta ocasião criou-se também a palavra ambulância (do latim Ambulare – “deslocar”) designando uma ambulância móvel para ser fixada no campo de batalha, para funcionar como estrutura correspondente a um hospital de campanha. Larrey atendia aos feridos (“debaixo do fogo inimigo”), iniciando no local o tratamento precoce, com suturas, incisões de partes lesadas, imobilizações e quando necessárias amputações. Optando pelo tratamento no local, era observada maior chance de sobrevivência.

No Rio de Janeiro, os serviços de urgência, sempre contaram com grande participação dos estudantes de medicina. Existiam concorridos concursos, para a função de Acadêmicos Bolsistas, que atuavam nos Prontos Socorros, como nas ambulâncias. Não eram apenas as bolsas que atraíam os acadêmicos, mas a experiência que vivenciavam e o peso curricular, por terem sido aprovados no concurso. Hoje, o Rio de Janeiro, onde se iniciou no Brasil a primeira organização de urgência, vive uma militarização deste atendimento no que se refere ao “socorro médico de urgência na via pública”, talvez em função do caos tanto da rede pública e privada da saúde, como a violência e a dificuldade “civil” de acesso. Grande número de médicos foi incorporado à carreira do Corpo de Bombeiros.

Na assistência médica, as ambulâncias foram consideradas durante muito tempo, mais como um Sistema de Transporte do que como unidade de atendimento e cuidados precoces, diferente da utilização que teve principalmente nas guerras. Frequentemente a gerência das frotas de ambulâncias, sequer estavam ligadas diretamente a Serviços de Saúde, aos Serviços Municipais de Transporte, quando não diretamente aos gabinetes do Executivo.

Década de 50 - "SAMDU" - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência Podemos considerar, do ponto de vista histórico, esta atividade como um embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil. Por uma série de motivos, incluindo a não introdução do método de regulação médica das urgências, esta atividade foi sendo desativada progressivamente e terminou.

Década de 60 e 70 – Vários Serviços privados de atendimento domiciliar de urgência foram inaugurados no Brasil

A partir de 1975, com a Lei 6.229, quando o município ficou com a responsabilidade do atendimento às urgências, através de serviços próprios, conveniados ou transferidos para localidades com recursos, a distribuição de ambulâncias transformou-se em moeda política, distribuída com grande alarde, pois se constituíam em “outdoor móvel”, com grande identificação do doador e também do governante local que a havia conseguido. A profusão de informação exterior era sempre inversamente proporcional aos recursos no seu interior, maca e sirene. Os veículos escolhidos, em sua grande maioria não eram apropriados para o transporte de pacientes em boas condições, pois a altura e o espaço físico, não permitiam sequer que o paciente pudesse fazer uso de “soro fisiológico E.V. ou uso de O₂”, no caso de paciente crítico. A função de transporte foi a que cumpria até recentemente, independente do estado do paciente, pois com recurso humano, contava-se apenas, com um motorista “ágil” no volante. Fica difícil se ter ideia de quantas vidas foram “salvas” ou “ceifa- das” no transporte por ambulância.

1987 _ O primeiro serviço de atendimento pré-hospitalar, sem a presença de médico, foi implantado pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar, em Blumenau, em parceria com outras entidades. Sete anos após já atuava em 15 cidades catarinenses, contando apenas com a participação de socorristas e sem pessoal médico.

1989 - Cooperação SAMU de Paris - São Paulo para introdução do pré-hospitalar com início do SAMU e Paramédicos de São Paulo.

1990 - Início do atendimento pré-hospitalar pelos corpos de bombeiros no Brasil.

1990 - Projeto Pró-Trauma em Minas Gerais e início do trabalho pré-hospitalar em Florianópolis.

1991 - Início do SIATE em Curitiba 1994 - Início do Belém 192 urgente.

1995 - Início do SAMU de Porto Alegre e início da rede 192 1996 - Início do SAMU de Campinas.

1996 - Rede 192 transformada em Rede Brasileira de Cooperação em Emergências.

1997 - Primeira resolução sobre pré-hospitalar e transportes sanitários pelo CREMESC.

1998 - Resolução do CFM 1999 - Portaria Ministerial 824.

2001 - Portaria Ministerial 814.

1996-2002 - Início e desenvolvimento de diversos SAMU no Brasil: "SOS Fortaleza", o "SAMU-RESGATE" da região metropolitana de São Paulo, Ribeirão Preto, Araraquara, São José do Rio Preto, Santos, região do Vale do Ribeira, Belo Horizonte, Recife, etc.

Atualmente no Brasil, nas grandes cidades, o conceito de ambulância, deixa de ser o de Sistema de Transporte e Remoção e se incorpora, como parte do Sistema de Saúde, com a função de diminuir o intervalo terapêutico nas urgências.

2003 – Portarias Ministeriais 1863 e 1864 tornam o SAMU – 192 um serviço nacional.

2003 – 2008 – Vários SAMU são inaugurados no Brasil, ultrapassando a cobertura de 100 milhões de cidadãos brasileiros em junho de 2008.

9.1.3 Modelos²⁸

O modelo francês nasceu da necessidade sentida dos médicos “anestesistas – reanimadores”, responsáveis pelo atendimento às urgências, que começaram a sair nas ambulâncias, pois perceberam que tanto nos casos clínicos como no trauma, se medidas terapêuticas fossem tomadas no local, as chances de sobrevivência e redução de sequelas aumentavam.

Este tem como pilar o médico, tanto na Regulação do Sistema como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar e é um serviço ligado

²⁸ Extraído de “Manual de Regulação Médica de Urgências. Ministério da Saúde. Em fase de publicação. Outubro de 2005.

ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado, sempre ligado aos Centros Hospitalares.

O modelo americano trabalha com paramédicos, que tem um programa de formação extenso (3 anos após o término do 2º grau). A guerra do Vietnã, resultou em uma grande experiência para os EUA na formação de paramédicos, por ser uma guerra de guerrilha, e ser, portanto impossível contar com profissionais em todas as frentes de combates. Soldados foram treinados no primeiro atendimento, foram delegadas ações até então exclusivamente médicas, e equipamentos de fácil transporte também foram desenvolvidos.

No Brasil, a “atenção pré-hospitalar” foi exercida de forma incipiente, fragmentada e desvinculada da saúde, tradicionalmente pelos profissionais bombeiros, que foram historicamente reconhecidos como responsáveis por esta prática, em decorrência da inexistência de política pública da área da saúde nesta área.

Para a população leiga e infelizmente também profissionais de saúde, os termos “resgate”, “ambulância”, “atendimento pré-hospitalar”, “socorro”, entre muitos outros, são utilizados indiscriminada e aleatoriamente, evidenciando não uma confusão meramente semântica, mas um total desconhecimento sobre como, o que, e quem procurar em determinadas situações de segurança ou agravos à saúde.

A ação de resgatar, ou seja, de ocupar-se em libertar as pessoas de algo que as prende como acidentes automobilísticos, ou situações ameaçadoras e na prevenção de situações que podem piorar sua segurança individual, assim como aos demais que se encontram a sua volta, exercida de forma constitucional pelos bombeiros, profissionais da segurança pública, é frequentemente confundida com as ações dos profissionais da saúde, que trabalham no que diz respeito à saúde do indivíduo e coletividade, sendo o atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência aquele realizado por profissionais da saúde com determinados equipamentos e, capacitados assim como autorizados a realizarem determinados procedimentos, que procuram levar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, sendo necessário prestar-lhe atendimento e transporte adequados até um serviço de saúde que possa dar a continuidade ao atendimento devido.

Analisando estas ações, diferenciadas, porém complementares, entendemos que devam atuar de forma integrada em benefício do cidadão, respeitados os distintos papéis de cada um.

O papel de um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar pode ser entendido em duas

dimensões: Uma primeira, enquanto Unidade de produção de serviços de saúde, portanto, num papel assistencial, e uma segunda, enquanto instância reguladora da assistência às urgências, portanto num papel regulatório, do Sistema de urgência, abrangendo o conceito de “observatório de saúde”.

Ele tem por missão prestar assistência pré-hospitalar a pacientes vítimas de agravos agudos à saúde, de natureza clínica ou traumática, além das parturientes, no momento e no local da ocorrência do agravo, transportando estas vítimas, segundo critérios técnicos internacionalmente aceitos, de forma segura, até aqueles serviços de saúde, que possam melhor acolher cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutiva às suas necessidades, dando continuidade à assistência. Trata-se, portanto, de uma atenção cuja abordagem é individualizada, ou seja, contempla prestação de serviços a pacientes assistidos individualmente. Constitui-se num importante elo de ligação entre os diferentes níveis de atenção do Sistema.

Missão

Os Sistemas de Atendimento pré-hospitalar têm por missão, diminuir o intervalo terapêutico para os pacientes vítimas do trauma e urgências clínicas, possibilitando maiores chances de sobrevivida, diminuição das sequelas, e garantir a continuidade do tratamento encaminhando os pacientes nos diferentes serviços de saúde de acordo com a complexidade de cada caso, de forma racional e equânime. Utiliza-se para tal de uma frota de ambulâncias devidamente equipadas, com profissionais capacitados capaz de oferecer aos pacientes desde medicações e imobilizações até ventilação artificial, pequenas cirurgias, monitoramento cardíaco, desfibrilação, que permitam a manutenção da vida até a chegada nos serviços de destino, distribuindo os pacientes de forma organizada e equânime dentro do Sistema regionalizado e hierarquizado.

Atividades desenvolvidas pelos serviços:

- Regulação de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde; do local da ocorrência até os diferentes serviços da rede regionalizada e hierarquizada;
- Regulação dos fluxos entre os serviços existentes no âmbito municipal e/ ou regional.
- Atendimento pré-hospitalar de Urgência (primários ou transferências inter-hospitalares)
- Cobertura de Eventos de Risco
- Elaboração de planos de atendimento e realização de simulados c/ Defesa Civil, Bombeiros, Infraero e demais parceiros.

- Capacitação De Recursos Humanos (Participação na estruturação dos Núcleos formadores de urgência do SUS).
- Ações Educativas para a Comunidade
- Participação no desenvolvimento de programas preventivos junto a serviços de segurança pública e controle de trânsito.

Princípios operativos

- O médico regulador é responsável por todos os atendimentos recebidos no SAMU, desde o acionamento, mesmo que abortado durante a ligação, até o encerramento do caso.
- A grande “urgência” está em chegar até o paciente. Uma vez no local da ocorrência, o médico intervencionista deve utilizar o tempo necessário para realizar todos os procedimentos que possibilitem estabilização do doente para um transporte em segurança devido a maior dificuldade técnica na realização de procedimentos em trânsito.
- Nos casos onde exista dúvida quanto ao recurso a ser enviado, sempre deve ser enviado o de maior complexidade possível.
- Nos casos de explícita falta de recursos, gerando as indesejáveis “filas”, o médico regulador deverá constantemente reavaliar o conjunto dos casos pendentes e proceder com priorizações tantas vezes quanto sejam necessárias, não se esquecendo de monitorizar a solicitação através de contatos sucessivos com os solicitantes, informando-os sobre a situação e dando perspectiva quanto ao tempo de espera.
- Nunca se deve encaminhar um paciente para um serviço de destino sem comunicação prévia. Nos casos em que houver dificuldades operacionais para cumprir tal determinação em tempo hábil, o médico deverá entrar em contato com o receptor o mais brevemente possível, justificando-se.
- Nem sempre o melhor local para ser encaminhado um paciente num determinado momento é aquele que se encontra geograficamente mais próximo ou foi pré-estabelecido como serviço de referência pela grade de regionalização pactuada. Sempre deve prevalecer a necessidade do paciente em função da complexidade do caso e a disponibilidade real do recurso mais adequado a esta necessidade.
- Os médicos plantonistas ao chegarem ao plantão, deverão imediatamente, inteirar-se dos recursos internos (viaturas, equipamentos e profissionais) e recursos externos existentes, inclusive das Centrais de Vagas.

As fichas de regulação e as fichas de atendimento são documentos equivalentes aos

prontuários médicos de qualquer serviço de saúde. São utilizadas também para fins estatísticos, pedidos judiciais, auditorias. Quando devidamente preenchidas, servem ainda de proteção ao médico responsável pela regulação.

Chamamos de “Ferramentas de regulação” os instrumentos gerenciais que possibilitam o acompanhamento da situação em tempo real de todos os Hospitais, incluindo as Salas de emergência dos Prontos Socorros e os próprios leitos, através da articulação com Centrais de Leitos que instrumentalizam o médico regulador no processo de trabalho. Esta integração com as Centrais de Vagas possibilita também uma adequada referência e contrarreferência dos pacientes no Sistema a partir da rede assistencial básica ou da Rede Hospitalar.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de regulação médica de urgências**. out. 2005. (texto em fase de publicação).

SANTA CATARINA. **Apostila do SAMU**. Disponível em: <<http://samu.sc.gov.br>>. 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. **Curso de capacitação**: suporte básico de vida. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.

Capítulo 10 - Destaques da American Heart Association 2015: atualização das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar²⁹

Norberto Machado

10.1 Contextualização

A atualização das diretrizes da *American Heart Association* para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), ocorrida em outubro de 2015, foi baseada na ciência da ressuscitação e nas recomendações mais importantes na área, a partir de um processo internacional de avaliação de evidências que envolveu 250 revisores de 39 países. Neste processo, o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) priorizou tópicos controversos e desatualizados, resultando em 166 revisões, número inferior ao apresentado em 2010.

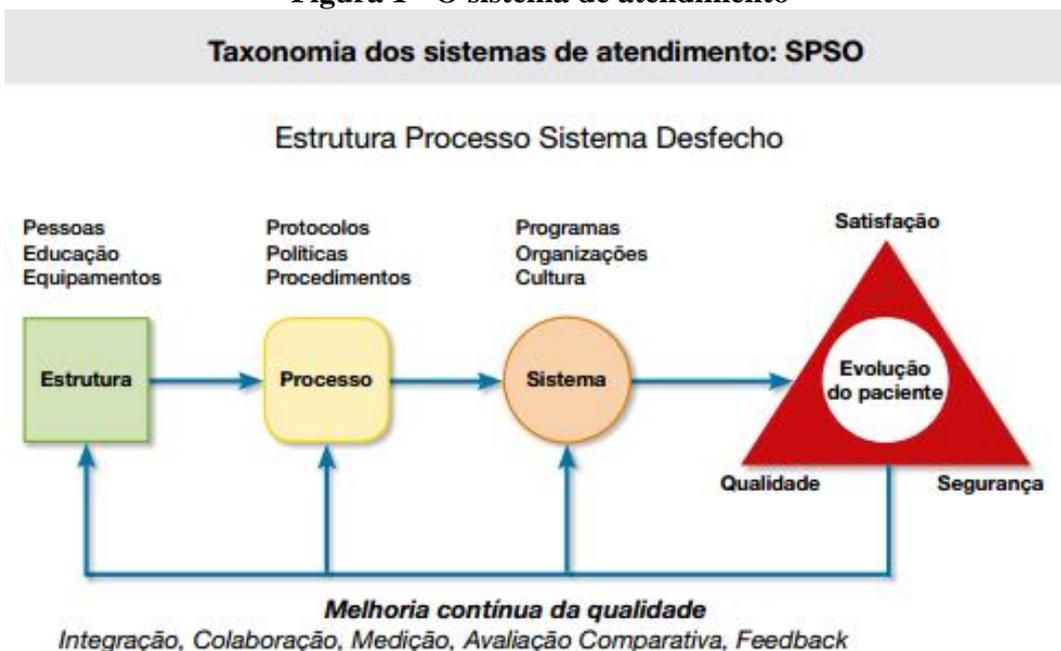
Um dos pontos revisados nessas diretrizes foram as questões éticas que envolvem a decisão sobre o início e término RCP, por tratar-se de um tema complexo e que sofre variações em diferentes contextos (dentro ou fora do hospital), entre profissionais (suporte básico ou avançado de vida) e conforme a faixa etária do paciente (neonatal, pediátrico e adulto).

10.2 Sistema de Atendimento

A atualização das diretrizes de 2015 apresenta uma nova perspectiva para os sistemas de atendimento, definidos como a estrutura necessária (recursos humanos treinados e equipamentos) e o processo de trabalho (protocolos, procedimentos operacionais padrão (POP) e fluxo de atendimento) que deverão ser integrados para a otimização do desfecho do atendimento (sobrevivência e segurança do paciente). A Figura 1 a seguir representa o fluxograma de um sistema de atendimento.

²⁹ Resumo da obra “Destaques da American Heart Association 2015: atualização das diretrizes de RCP e ACE - Guidelines 2015/CPR & ECC”.

Figura 1 - O sistema de atendimento



Fonte: American Hearth, 2015³⁰

10.3 Cadeias de Sobrevivência

Para que o sistema de atendimento seja eficiente, as diretrizes de 2015 recomendam o uso de cadeias de sobrevivência distintas para pacientes que sofrem PCR (Parada Cardio Respiratória) no hospital (PCRIH - Intra-Hospitalar) ou no ambiente extra-hospitalar (PCREH - Extra-Hospitalar). Essa definição é necessária, pois uma PCR ocorrida fora do ambiente hospitalar depende, primeiramente, do apoio da comunidade para: reconhecimento da PCR, solicitação de ajuda, início da RCP e aplicação de desfibrilação através de um DEA (Desfibrilador Externo Automático), se disponível em locais públicos até a chegada de uma equipe de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Após esses cuidados iniciais o paciente será então encaminhado a um pronto-socorro ou serviço de hemodinâmica.

Já os pacientes que apresentam a PCR dentro do hospital dependem de uma vigilância adequada e dispõem assim de maiores chances recuperação, uma vez que o evento poderá até mesmo ser prevenido. A Figura 2 a seguir demonstra a diferenciação da Cadeia de Sobrevivência de uma PCRIH da PCREH.

³⁰ As figuras e quadros utilizados neste resumo, item 9.2, foram retirados da obra “Destaques da American Heart Association 2015: atualização das diretrizes de RCP e ACE - Guidelines 2015/CPR & ECC”.

Figura 2 - Cadeias de sobrevivência de PCRIH e PCEH



Os elementos necessários e o processo são diferentes para os ambientes intra-hospitalar e extra-hospitalar, havendo convergência dos dois nos cuidados pós-PCR, quando o paciente atendido fora do hospital for transferido para algum local como, por exemplo, um Centro de Terapia Intensiva (CTI).

10.4 Formação de Times de Resposta Rápida (TRR) ou Times de Emergência Médica (TEM)

As diretrizes de 2015 recomendam a implantação de TRR ou TEM em setores de internações, principalmente para a Pediatria. Esses times são formados por uma equipe multiprofissional treinada, acionadas ao leito de uma unidade de internação após a identificação de um sinal de deteriorização aguda. Seu objetivo é prevenir a PCRIH e aumentar a chance de sobrevivência do paciente.

10.5 Revisão do Algoritmo de Suporte Básico de Vida para Adultos e Qualidade da RCP

10.5.1 Revisão do Algoritmo de Suporte Básico de Vida para Adultos e Qualidade da RCP realizada por Socorrista Leigo

A seguir estão relacionados os pontos revistos do algoritmo de SBV adulto:

- Acionamento do serviço médico de emergência pelo socorrista, por meio do uso do celular, sem que ele tenha que sair do lado da vítima.
- Realização de estudos epidemiológicos nas comunidades, sendo que nas que possuem um grupo significativo de pessoas com risco de PCR deve-se implantar programas de acesso público à desfibrilação (DEA), com ênfase na rápida identificação de possível PCR por parte dos socorristas leigos.
- Exposição da importância da ajuda do telefonista de órgãos que atendem chamados de urgência (SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, outros) em relação à identificação de pacientes em gasping, no sentido de: identificar uma PCR e orientar o socorrista leigo, ajudar as pessoas presentes no evento a entender que o gasping é um sinal de PCR e que convulsões breves e generalizadas podem ser a primeira manifestação da PCR.
 - Confirmação da sequência recomendada para atuação de um único socorrista: iniciar as compressões torácicas antes de aplicar as ventilações de resgate (CAB Circulação, Abertura de vias aéreas, Breath - respiração, em vez de ABC), para reduzir o tempo até a primeira compressão. Um único socorrista deve iniciar a RCP com 30 compressões torácicas de profundidade e frequência adequadas, havendo o retorno total do tórax após cada compressão, seguidas por duas respirações. Deve-se minimizar as interrupções das compressões e evitar a ventilação excessiva.
- Recomendação da velocidade das compressões torácicas de **100 a 120 compressões/min** e com profundidade das compressões torácicas em adultos de, pelo menos, 5 cm, mas não superior a 6 cm.
- Considerar a administração de naloxona por transeuntes, em caso de suspeita de emergências potencialmente fatais associadas à opioides.
- Definição da atuação dos socorristas leigos sem treinamento: devem fornecer

compressões torácicas somente com as mãos em adultos vítimas de PCR. O socorrista deve continuar a RCP somente com compressão torácica até a chegada de um DEA ou de socorristas com treinamento adicional. Se o socorrista leigo puder realizar ventilações de resgate, as compressões e as ventilações devem ser aplicadas na proporção de 30 compressões para cada 2 ventilações. A RCP deve ser realizada até a chegada e a preparação de um DEA para uso, até que os profissionais do SAMU assumam o cuidado ou que a vítima comece a se mover.

10.5.2 Revisão do Algoritmo de Suporte Básico de Vida para Adultos e Qualidade da RCP Realizada por Profissionais de Saúde

Abaixo estão relacionados os pontos revistos do algoritmo de SBV adulto:

- Ênfase em RCP de alta qualidade, utilizando metas de desempenho (frequência e profundidade de compressão torácica adequadas, retorno total do tórax entre as compressões e socorrista não se apoiar no tórax entre elas, minimizando assim as interrupções nas compressões e evitando ventilação excessiva).
- Encorajamento de execução simultânea de algumas etapas, pelo socorrista treinado, sendo elas: checagem de pulso e respiração ao mesmo tempo, ativação do serviço médico de emergência, compressões torácicas, ventilação, busca do dispositivo bolsa-válvula-máscara e preparo do desfibrilador.
- Recomendação de aplicação de uma frequência de ventilação simplificada de 1 respiração a cada 6 segundos (10 respirações por minuto), em pacientes com RCP em curso e uma via aérea avançada instalada.
- Utilização o mais rápido possível de um DEA, em PCR presenciada de adultos, quando o mesmo estiver disponível. Em adultos em PCR sem monitoramento ou quando não houver um DEA prontamente disponível, deve-se iniciar a RCP enquanto o dispositivo é providenciado e preparado para uso. Não deve-se interromper a RCP até que as pás do DEA sejam aplicadas e o mesmo esteja pronto para analisar o ritmo.
- Recomendação de aplicação de compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120 compressões/min, em vítimas adultas de PCR. A frequência mínima recomendada para as compressões continua sendo de 100 compressões/min, sendo que o limite superior de 120 compressões/min foi adicionado após a análise de uma ampla série de registros, que mostraram que à medida que a frequência das compressões aumenta e ultrapassa

120/min, a profundidade das compressões diminui.

- Recomendação de aplicação de compressões torácicas com profundidade de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade dessas compressões (superiores a 2,4 polegadas - 6 cm). Os socorristas devem evitar apoiar-se sobre o tórax entre as compressões, para permitir o retorno total da parede do tórax de adultos em PCR.
- Orientação de que os socorristas minimizem a frequência e a duração das interrupções das compressões, para otimizar o número de compressões aplicadas por minuto. Para adultos em PCR que recebem RCP sem via aérea avançada, pode-se realizar a RCP com a intenção de obter uma fração de compressão torácica tão alta quanto possível, tendo como meta pelo menos 60%. A adição de uma meta na fração das compressões visa limitar as interrupções das compressões e maximizar a perfusão coronária e o fluxo sanguíneo coronário durante a RCP.

No Quadro 1 a seguir estão presentes os pontos divergentes para o atendimento de uma PCR em adulto, crianças e neonatos.

Quadro 1 - Resumo dos componentes de uma RCP de alta qualidade para profissionais de SBV

Componente	Adultos e adolescentes	Crianças (1 ano de idade à puberdade)	Bebês (menos de 1 ano de idade, excluindo recém-nascidos)
Segurança do local	Verifique se o local é seguro para os socorristas e a vítima		
Reconhecimento de PCR	<p>Verifique se a vítima responde</p> <p>Ausência de respiração ou apenas gasping (ou seja, sem respiração normal)</p> <p>Nenhum pulso definido sentido em 10 segundos</p> <p>(A verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, em menos de 10 segundos)</p>		
Acionamento do serviço médico de emergência	<p>Se estiver sozinho, sem acesso a um telefone celular, deixe a vítima e acione o serviço de médico de emergência e obtenha um DEA, antes de iniciar a RCP</p> <p>Do contrário, peça que alguém acione o serviço e inicie a RCP imediatamente; use o DEA assim que ele estiver disponível</p>	<p>Colapso presenciado</p> <p>Sigas as etapas utilizadas em adultos e adolescentes, mostradas à esquerda</p> <p>Colapso não presenciado</p> <p>Execute 2 minutos de RCP</p> <p>Deixe a vítima para acionar o serviço médico de emergência e buscar o DEA</p> <p>Retorne à criança ou ao bebê e reinicie a RCP; use o DEA assim que ele estiver disponível</p>	
Relação compressão-ventilação sem via aérea avançada	1 ou 2 socorristas 30:2	<p>1 socorrista 30:2</p> <p>2 ou mais socorristas 15:2</p>	
Relação compressão-ventilação com via aérea avançada	<p>Compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120/min</p> <p>Administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações/min)</p>		
Frequência de compressão	100 a 120/min		
Profundidade da compressão	No mínimo, 2 polegadas (5 cm)*	Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax Cerca de 2 polegadas (5 cm)	Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax Cerca de 1½ polegada (4 cm)
Posicionamento das mãos	2 mãos sobre a metade inferior do esterno	2 mãos ou 1 mão (opcional para crianças muito pequenas) sobre a metade inferior do esterno	<p>1 socorrista</p> <p>2 dedos no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar</p> <p>2 ou mais socorristas</p> <p>Técnica dos dois polegares no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar</p>
Retorno do tórax	Espere o retorno total do tórax após cada compressão; não se apoie sobre o tórax após cada compressão		
Minimizar interrupções	Limite as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos		

*A profundidade da compressão não deve exceder 2,4 polegadas (6 cm).

Abreviações: DEA, desfibrilador automático externo; AP, anteroposterior; RCP, ressuscitação cardiopulmonar.

10.6 Revisão do Suporte Avançado de Vida Cardiovascular para Adulto

As principais alterações feitas nas atualizações das diretrizes de 2015 para o suporte avançado de vida foram:

- Retirada da vasopressina do Algoritmo de PCR em adultos, pois em combinação com a epinefrina essa medicação não oferece nenhuma vantagem como substituto da dose padrão de epinefrina em PCR. A análise das evidências disponíveis mostra que a eficácia das 2 drogas é semelhante e que não há benefício comprovado de administrar a epinefrina junto com a vasopressina, em comparação com a epinefrina isoladamente.
- Utilização da epinefrina após o início da PCR causada por um ritmo não chocável.
- O baixo teor de dióxido de carbono ao final da expiração (ETCO²) em pacientes intubados, após 20 minutos de PCR, está associado a uma baixa probabilidade de ressuscitação. Mas este fator não pode ser analisado isoladamente para definir o momento de cessar a ressuscitação.
- Em PCRIH a administração de esteróides pode gerar algum benefício quando realizada junto com vasopressina e epinefrina.
- Para pacientes em PCR, com ritmo não chocável e que esteja sendo administrada epinefrina, recomenda-se a utilização do período de intervalo de uma dose a outra para a preparação da medicação.
- Recomendação do uso de lidocaína imediatamente após o retorno da circulação espontânea em uma PCR por FV/TVSP (Fibrilação Ventricular, Taquicardia Ventricular Sem Pulso), mesmo não havendo evidências adequadas que respaldem o uso rotineiro da lidocaína pós-PCR.
- É recomendado o uso de betabloqueadores orais ou endovenosos imediatamente após a hospitalização por PCR com FV/TVSP.

10.7 Cuidados pós-PCR

As principais questões e alterações realizadas na atualização das diretrizes de 2015 para cuidados pós-PCR são:

- A angiografia coronária de emergência é recomendada para todos os pacientes que apresentem supradesnivelamento do segmento ST e para pacientes hemodinâmica ou

eletricamente instáveis sem supradesnivelamento do segmento ST, para os quais haja suspeita de lesão cardiovascular.

- São recomendadas no período imediato pós-PCR a identificação e a correção da hipotensão (pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, pressão arterial média inferior a 65 mmHg) .
- Todos os pacientes adultos comatosos (sem resposta sensata a comandos verbais) com Retorno Circulatório Espontâneo (RCE) após a PCR devem ser submetidos ao CDT (Controle Direcionado de Temperatura), tendo como temperatura-alvo valor entre 32°C e 36°C, devendo ser mantida constante durante um período mínimo de 24 horas.
- É aconselhável evitar ativamente a febre em pacientes comatosos após o controle direcionado da temperatura.
- Não é recomendado o resfriamento pré-hospitalar rotineiro de pacientes com infusão rápida de fluidos frios EV, após retorno da circulação espontânea.

10.8 Prognóstico após PCR

O período mínimo para avaliar o prognóstico de um desfecho neurológico ruim em pacientes não tratados com CDT, por meio de exame clínico, é de 72 horas após a PCR, mas esse período pode ser ainda maior caso haja suspeita de efeito residual da sedação ou paralisia que possa confundir o exame clínico. Nenhuma constatação física ou exame pode prever, com 100% de certeza, a recuperação neurológica após a PCR.

10.9 Doação de Órgãos

Todos os pacientes que são ressuscitados de uma PCR, mas que posteriormente evoluam para morte ou morte cerebral devem ser avaliados como possíveis doadores de órgãos.

10.10 Síndromes Coronarianas Agudas

A atualização das Diretrizes de 2015 define uma alteração no escopo das diretrizes da AHA para a avaliação e tratamento da SCA. Neste documento estão às recomendações para o atendimento pré-hospitalar e no serviço de pronto atendimento.

A) Exame de ECG Pré-Hospitalar e Respectiva Interpretação

O ECG pré-hospitalar de 12 derivações deve ser realizado imediatamente em pacientes com possível SCA, sendo que profissionais não médicos treinados estão autorizados a realizar a interpretação do ECG e determinar se o traçado mostra evidência de infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST (IAMST) (Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST). Pode-se utilizar a interpretação do ECG assistida por computador em conjunto com a interpretação realizada por um médico ou profissional treinado para reconhecer o IAMST. A notificação do hospital receptor e/ou a ativação pré-hospitalar do laboratório e da hemodinâmica devem ocorrer para todos os pacientes com IAMST identificado por meio de ECG pré-hospitalar. Uma revisão da literatura mostra que, quando a fibrinólise não é administrada no cenário pré-hospitalar, o acionamento imediato do hospital sobre a chegada iminente de um paciente com quadro de supradesnivelamento do segmento ST ou a ativação pré-hospitalar do laboratório e da hemodinâmica geram redução do tempo de reperfusão, mortalidade e morbidade.

B) Reperusão

Quando a fibrinólise pré-hospitalar estiver disponível nas unidades de tratamento do IAMST e for possível realizar o transporte do paciente direto a um centro de Unidade Coronariana (UCO), deve-se dar preferência à triagem pré-hospitalar e ao transporte direto a UCO, por haver uma pequena relativa redução na incidência de hemorragia intracraniana nos casos. Não há, contudo, nenhuma evidência de benefícios de uma terapia sobre a outra em termos de mortalidade.

Em pacientes adultos que apresentam IAMST no serviço de emergência de um hospital sem capacidade de realizar Intervenção Coronária Percutânea (ICP) recomenda-se a transferência imediata, sem fibrinólise, para uma UCO, ao invés da fibrinólise imediata no hospital inicial com posterior transferência para UCO. Quando não for possível realizar a transferência de pacientes com IAMST para um hospital com capacidade de realizar ICP em tempo hábil, o tratamento fibrinolítico com posterior transferência de rotina para angiografia deve ser uma alternativa aceitável comparada à transferência imediata para ICP primária.

Ao administrar o tratamento fibrinolítico em um paciente com IAMST em um hospital sem capacidade de realizar ICP, aconselha-se transportar todos os pacientes após a

fibrinólise para a realização imediata de uma angiografia de rotina nas primeiras 3 a 6 horas e até 24 horas, e não somente transportá-los quando for necessária uma angiografia motivada por isquemia.

10.11 Troponina para Identificar Pacientes que Possam Receber Alta com Segurança do Serviço de Emergência

A Troponina T e a Troponina I de alta sensibilidade, medidas no início e duas horas após a ocorrência do evento (sem realizar a estratificação de risco clínico), não devem ser usadas isoladamente para excluir o diagnóstico de SCA, mas as medidas de Troponina I de alta sensibilidade inferiores ao 99º percentil podem ser utilizadas em conjunto com escores de estratificação de baixo risco (TIMI com Escore de 0 ou 1, ou de baixo risco) para prever uma chance inferior a 1% de evento cardíaco adverso maior (*major adverse cardiac event*, MACE) em 30 dias.

A administração de um inibidor de difosfato de adenosina no ambiente pré-hospitalar não proporciona nenhum benefício adicional nem danos, comparando-se com a espera para administrá-lo em instituição hospitalar.

Recomenda-se que o oxigênio seja suspenso de pacientes com possível SCA e que apresentem saturação de oxigênio normal (ou seja, que não apresentem hipoxemia).

Em pacientes com IAMST, aconselha-se a administração pré-hospitalar de Heparina Não Fracionada (HNF).

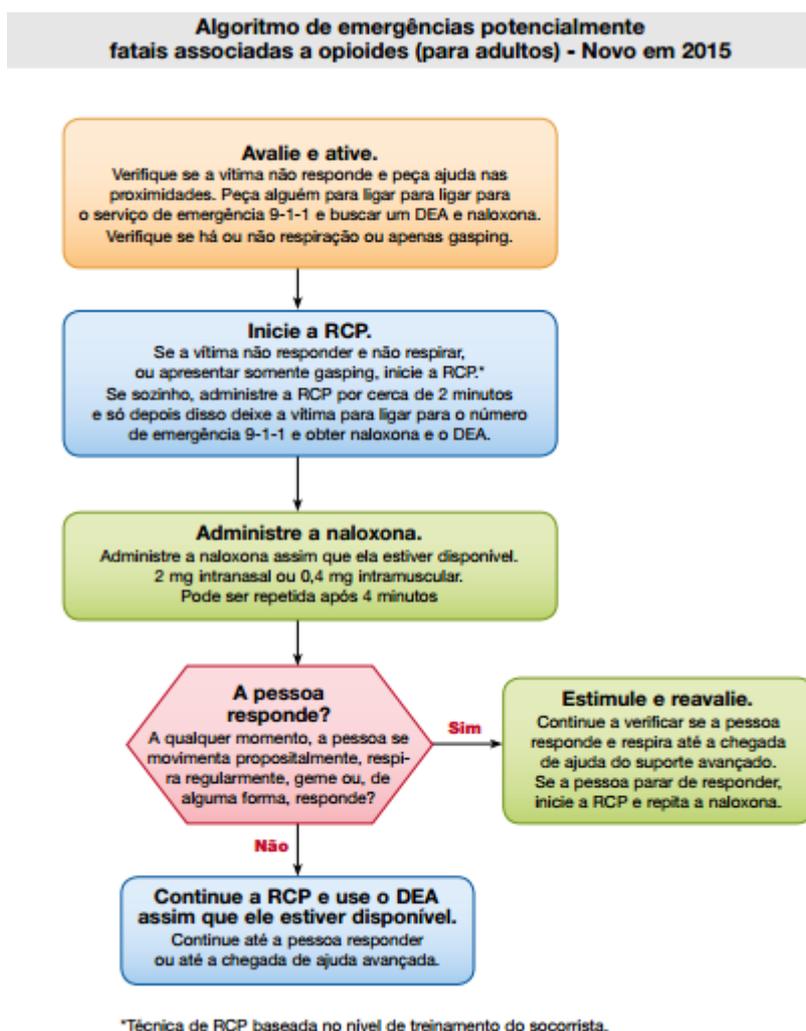
Em casos de pacientes com suspeita de IAMST e que sejam transferidos para intervenção coronária percutânea primária, a enoxaparina é uma alternativa à HNF.

10.12 Situações Especiais em Ressuscitação

A) PCR em pacientes com suspeita ou diagnóstico de overdose por opioides

Nesta versão das diretrizes foi aprovada a administração de naloxona por socorristas leigos, por ser difícil a distinção entre a PCR e a depressão respiratória intensa em vítimas de overdose de opioides. Apesar de existirem evidências de que a administração de naloxona não auxilie o paciente em PCR, nos casos de pacientes em uso de opioides essa administração pode, no entanto, auxiliar em quadros de intensa depressão respiratória, com manifestação semelhante a uma PCR. A Figura 3 a seguir mostra o algoritmo de emergências potencialmente fatais associadas à opioides.

Figura 3 - Algoritmo de emergência associadas à opióides



B) RCP em gestante

São prioridades para as mulheres grávidas em PCR: a realização de RCP de alta qualidade e o alívio da compressão aortocava. Se a altura do fundo uterino for igual ou superior ao nível do umbigo, o deslocamento manual do útero para a esquerda pode ser benéfico para o alívio da compressão aortocava durante as compressões torácicas.

Quando realizar uma cesariana de emergência?

Em situações com trauma materno sem chance de sobrevivência ou ausência prolongada de pulso materno, em que os esforços de ressuscitação da mãe sejam inúteis, não há razão para retardar a realização de uma cesariana perimorte, devendo ser considerada aos 4 minutos após o início da PCR materna ou dos esforços de ressuscitação (para PCR não presenciada), se não houver retorno circulatório espontâneo da mãe. A

decisão clínica de realizar uma cesariana de emergência, tendo como base o tempo de PCR materna, é complexa devido à variabilidade do nível de treinamento da equipe, dos recursos do sistema e fatores relativos à paciente (etiologia da PCR, idade gestacional do feto, entre outros).

É importante frisar que a oportunidade de ressuscitação da mãe quando esta estiver separada do feto e o alívio da compressão aortocava podem melhorar também os desfechos de ressuscitação materna.

C) Suporte Básico de Vida (SBV) em Pediatria

As principais alterações para o SBV na Pediatria são semelhantes às SBV adulto:

- Confirmação da sequência C-A-B como sequência recomendável para RCP pediátrica.
- Definição de novos algoritmos de RCP pediátrica realizada por profissionais de saúde ou vários socorrista, com a presença do telefone celular.
- Limite máximo de 6 cm de profundidade para as compressões torácicas em adolescentes.
- Adoção da velocidade recomendada para as compressões torácicas no SBV adulto de 100 a 120 compressões/min.

Nas Figuras 4 e 5 a seguir estão presentes os algoritmos de PCR em Pediatria com um e mais socorristas, respectivamente.

Figura 4 - RCP em Pediatria com UM socorrista

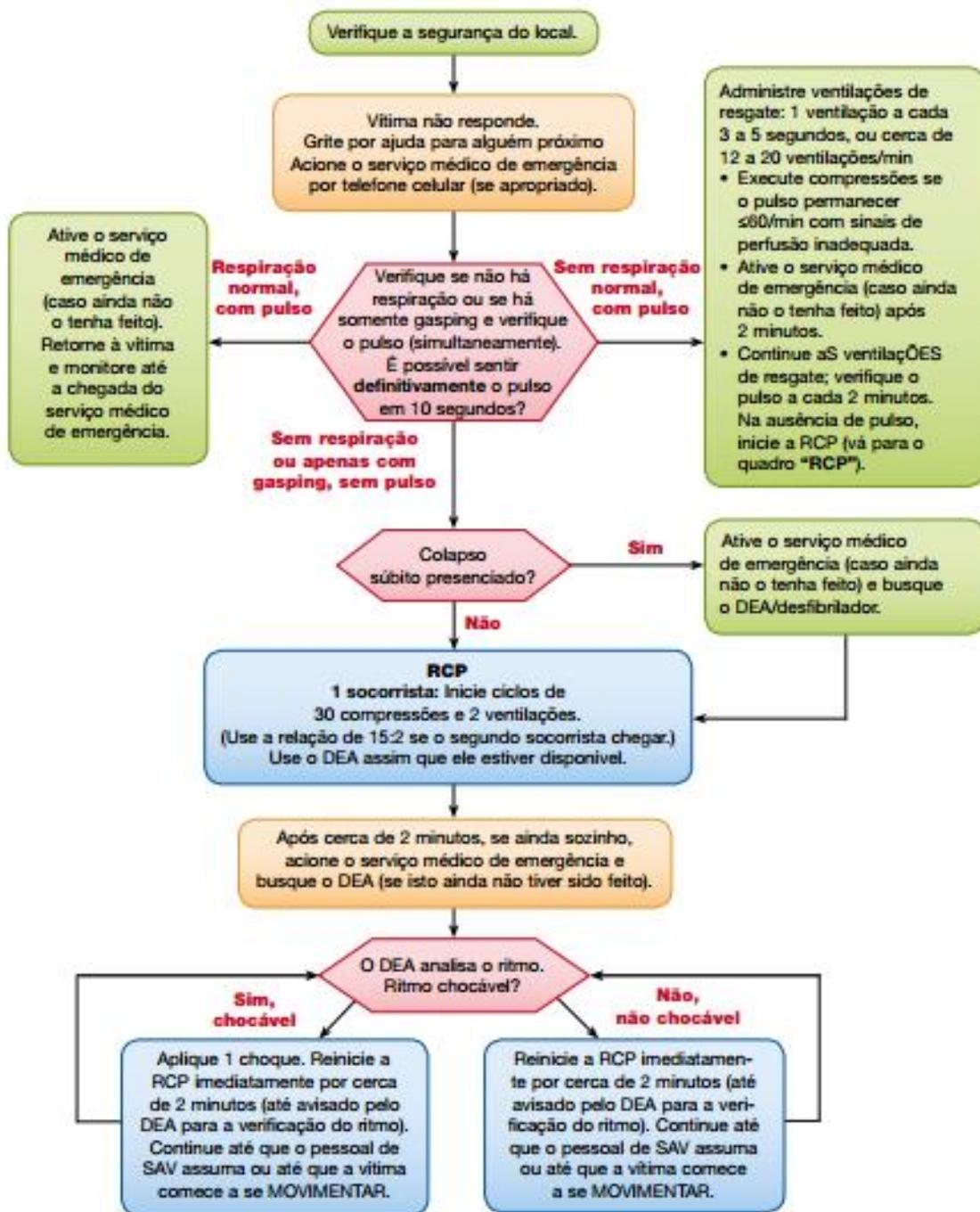
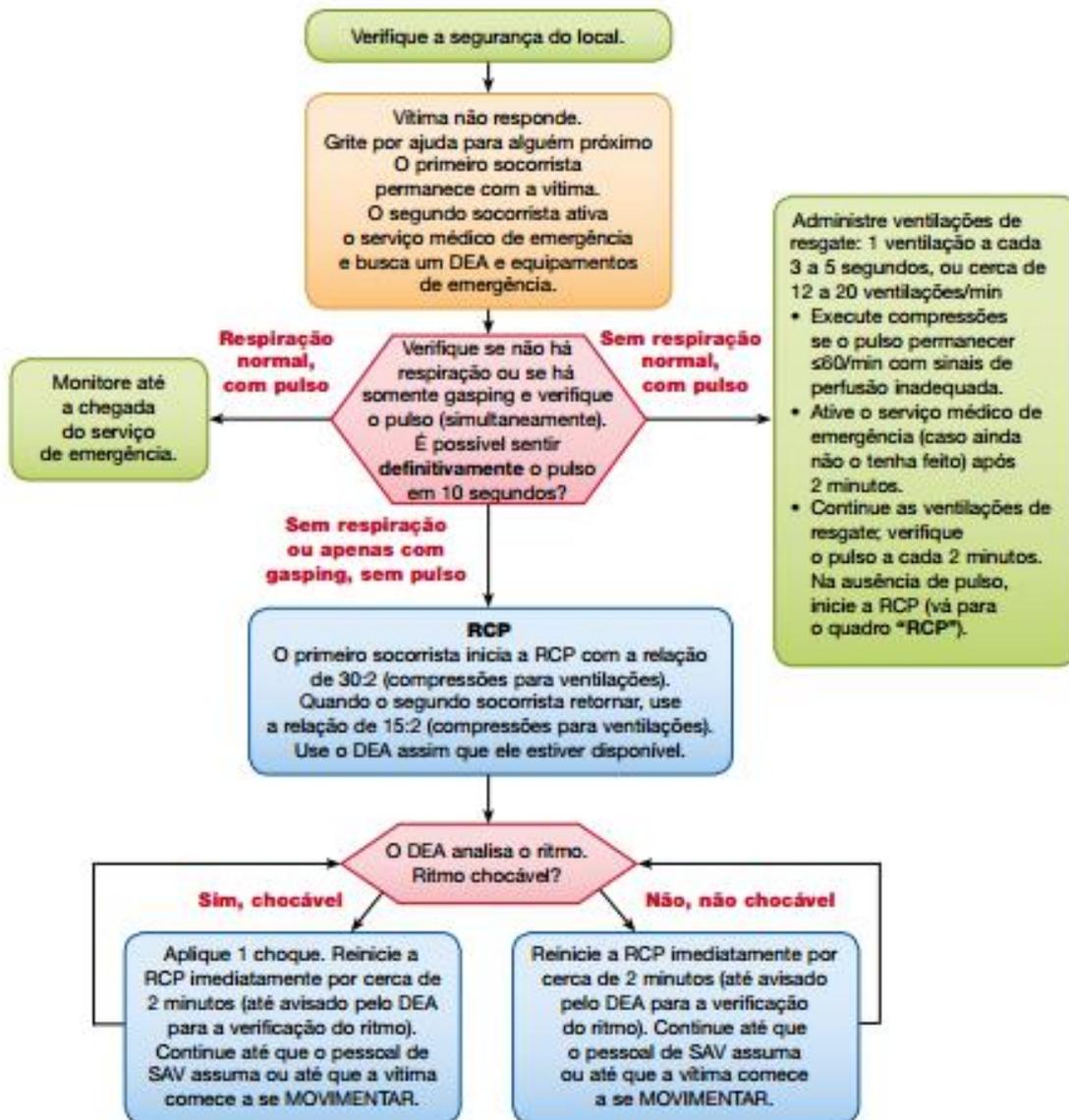


Figura 5 - RCP em pediatria com MAIS DE UM socorrista



Observação: A RCP convencional (ventilação de resgate e compressões torácicas) deve ser realizada em bebês e crianças em PCR. A asfixia comum à maioria das PCR pediátricas exige ventilação como parte de uma RCP eficaz, entretanto, se os socorristas forem incapazes de realizar as ventilações, recomenda-se que a RCP somente com compressão seja aplicada em bebês e crianças em PCR.

D) Suporte Avançado de Vida em Pediatria

- Situações de choque: aconselha-se realizar um bolus de fluido inicial de 20 mL/kg. No entanto, em crianças com doença febril que estejam em locais com acesso limitado a recursos de cuidados intensivos, a administração de bolus de fluido EV deve ser feita com extremo cuidado, pois pode ser prejudicial. É importante enfatizar que o tratamento

deve ser individualizado e com reavaliações clínicas frequentes.

- Utilização de atropina para intubação endotraqueal: pode ser utilizada em situações com maior risco de bradicardia, no entanto não há evidência que respalde o uso rotineiro de atropina como pré-medicação para evitar bradicardia em intubações pediátricas de emergência.
- Monitoramento hemodinâmico invasivo durante a RCP: caso seja possível o monitoramento hemodinâmico invasivo no momento da PCR em uma criança, este pode ser usado para a garantia da qualidade da RCP.
- Medicamentos antiarrítmicos para FV refratária ao choque ou TV sem pulso: a amiodarona ou a lidocaína são igualmente aceitáveis para o tratamento da FV refratária ao choque ou da TVSP em crianças. No entanto, nem a administração de lidocaína nem a de amiodarona foi associada a uma melhor sobrevivência.
- Vasopressores para ressuscitação: é aconselhável administrar epinefrina durante uma PCR.
- Controle direcionado da temperatura: em crianças comatosas nos primeiros dias após a PCR (intra-hospitalar ou extra-hospitalar), recomenda-se o monitoramento da temperatura continuamente e tratamento da febre. Os responsáveis pelo tratamento de crianças comatosas ressuscitadas de uma PCREH devem manter 5 dias de normotermia (36° C a 37,5° C) ou 3 dias de hipotermia contínua inicial (32°C a 34°C), seguido de 3 dias de normotermia. Para crianças que permanecerem comatosas após uma PCRIH, não há dados suficientes para que se possa recomendar a hipotermia sobre a normotermia.
- Utilização de fluidos e inotrópicos pós-PCR: após o retorno circulatório espontâneo, recomenda-se utilizar fluidos e inotrópicos/vasopressores para manter a pressão arterial sistólica acima de 5º percentil para idade e utilizar o monitoramento da pressão intra-arterial para controlar continuamente a pressão arterial e identificar e tratar a hipotensão.
- PaO₂ e PaCO₂ pós-PCR: após o retorno circulatório espontâneo em crianças, os socorristas podem titular a administração de oxigênio para atingir a normoxemia (saturação de oxi-hemoglobina de 94% ou superior). Se o equipamento necessário estiver disponível, deve-se reduzir o oxigênio até atingir uma saturação de oxi-hemoglobina de 94% a 99%. O objetivo é evitar estritamente a hipoxemia, mantendo a normoxemia. Da mesma forma, as estratégias de ventilação após o retorno circulatório

espontâneo em crianças devem procurar atingir um PaCO₂ adequado a cada paciente, evitando extremos de hipercapnia ou hipocapnia.

E) Ressuscitação Neonatal

Os principais pontos de discussão e alterações para as diretrizes de 2015 foram:

- Sabendo-se que a PCR neonatal é predominantemente por asfixia recomenda-se a ventilação contínua, que deve ser o foco da ressuscitação inicial.
- A ordem das três perguntas para a avaliação do neonato mudou para: (1) gestação a termo? (2) bom tônus? e (3) respira ou chora?
- Foi mantida a marca do minuto de ouro (60 segundos) para concluir os passos iniciais de reavaliação e início da ventilação (se necessária) como forma de enfatizar a importância de evitar atrasos desnecessários no início da ventilação.
- Uma nova recomendação afirma que o atraso na clipagem do cordão por mais de 30 segundos é aceitável para bebês a termo e prematuros que não necessitam de ressuscitação ao nascimento, mas não há evidências suficientes para recomendar uma abordagem para clipagem do cordão para bebês que necessitam de ressuscitação ao nascimento. Há também uma sugestão contra o uso rotineiro da ordenha do cordão umbilical (fora de um cenário de pesquisa) para bebês nascidos com menos de 29 semanas de gestação, até que se saiba mais sobre os riscos e benefícios.
- Recomenda-se o registro da temperatura como fator de previsão dos desfechos e como indicador de qualidade.
- A temperatura de bebês recém-nascidos não asfisiados deve ser mantida entre 36,5°C e 37,5°C, desde a admissão até a estabilização.
- Várias estratégias (berços aquecidos, colchão térmico, gases umedecidos aquecidos e aumento da temperatura ambiente) podem ser utilizadas para evitar a hipotermia em bebês prematuros. A hipertermia (temperatura superior a 38°C) deve ser evitada, pois apresenta possíveis riscos associados.
- Em ambientes com recursos limitados, medidas simples para prevenir a hipotermia nas primeiras horas de vida (uso de capas plásticas, contato pele a pele e até mesmo colocar o bebê, depois de seco, em um saco plástico para alimentos, até o pescoço) podem reduzir a mortalidade.
- Se o bebê nascer com líquido meconial, apresentar tônus muscular insatisfatório e esforços respiratórios inadequados deve-se colocá-lo em um berço aquecido e iniciar

ventilação de pressão positiva, se necessário. A intubação de rotina para aspiração traqueal não é indicada. O início da intervenção adequada para auxiliar a ventilação e a oxigenação é específico para cada bebê e pode incluir intubação e aspiração, se a via aérea estiver obstruída.

- A avaliação da frequência cardíaca permanece sendo fundamental durante o primeiro minuto de ressuscitação. O uso de ECG com três derivações é aconselhável, pois os profissionais podem não conseguir avaliar com precisão a frequência cardíaca através da ausculta ou palpação, e a oximetria de pulso pode subestimar a frequência cardíaca. A utilização do ECG não elimina a necessidade de oximetria de pulso para recém-nascido.
- Recomenda-se iniciar a reanimação do recém-nascido prematuro com menos de 35 semanas de gestação com pouco oxigênio (21% a 30%). A titulação de oxigênio deve ser feita até se atingir a saturação pré-ductal e essa aproximar-se do intervalo alcançado em bebês saudáveis nascidos a termo.
- A máscara laríngea é recomendada durante a ressuscitação de recém-nascidos com 34 semanas ou mais de gestação, quando a intubação traqueal for inviável.
- As recomendações da técnica de compressão torácica (técnica dos dois polegares) e a relação compressão-ventilação (3:1 com 90 compressões e 30 respirações por minuto) permanecem inalteradas. Como nas recomendações de 2010, os socorristas podem considerar relações mais altas (por exemplo, 15:2), caso acreditem que a PCR tenha origem cardíaca.
- Recomenda-se o uso de oxigênio a 100% sempre que forem aplicadas compressões torácicas. É aconselhável reduzir gradativamente a concentração de oxigênio, logo que a frequência cardíaca se recupere.
- As recomendações sobre o uso de epinefrina durante a RCP, a administração de volume e a hipotermia terapêutica induzida em bebês com mais de 36 semanas de gestação, com evolução moderada ou intensa para encefalopatia hipóxico-isquêmica, não foram revisadas em 2015, de modo que as recomendações de 2010 permanecem em vigor.
- Recomenda-se que o treinamento de ressuscitação neonatal ocorra com mais frequência do que o intervalo atual de 2 anos.

OBS: Para saber mais sobre todas as revisões sistemáticas realizadas pelo ILCOR, acesse www.ilcor.org/seers.

REFERÊNCIA

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Atualização das diretrizes de RCP e ACE, 2015**. Guidelines 2015/CPR & ECC. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

Capítulo 11 - Rotinas Básicas do Serviço³¹

11.1 Rotina de Serviço Número 01 - Prioridades de acionamento, tempo para iniciar deslocamento e forma de deslocamento

As Prioridades de acionamento serão transmitidas pela central de regulação de urgências e deverão, por parte da equipe da unidade ativada ter as seguintes respostas:

- **Prioridade Vermelha** (prioridade máxima – emergência):

Ativação através de rádio, telefone e campainha contínua.

Tempo máximo para iniciar deslocamento da unidade: 30 segundos

Forma de deslocamento: Ambulância com sinais luminosos (iluminação vermelha intermitente - giroflex) e sinais sonoros (sirenes) ligados, em deslocamento rápido, sendo que a prioridade de passagem na via e no cruzamento deverá se dar com velocidade reduzida e com os devidos cuidados de segurança, obedecidas as demais normas do Código Nacional de Trânsito.

- **Prioridade Amarela** (prioridade média – urgência):

Ativação através de rádio e/ou telefone.

Tempo máximo para iniciar deslocamento da unidade: 60 segundos

Forma de deslocamento: Ambulância com sinais luminosos (iluminação vermelha intermitente - giroflex) ligados, em deslocamento normal, devendo obedecer às normas do Código Nacional de Trânsito.

- **Prioridade Verde** (prioridade baixa):

Ativação através de rádio e/ou telefone

Tempo máximo para iniciar deslocamento da unidade: de acordo com a regulação, mas preferencialmente, se houver disponibilidade, em 60 segundos.

Forma de deslocamento: Ambulância com sinais luminosos (iluminação vermelha intermitente - giroflex) ligados, em deslocamento normal, devendo obedecer às normas do Código Nacional de Trânsito.

³¹ Texto extraído da Apostila “Curso de capacitação: suporte básico de vida. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.”.

11.2 Rotina de Serviço Número 02 - Uso de sinais luminosos (giroflex, etc) e sirenes

Sinais luminosos deverão obrigatoriamente ser utilizados em: todos os deslocamentos (ida) para o atendimento a vítimas e pacientes (tanto prioridades vermelha como amarela e verde), assim como quando pacientes estão sendo conduzidos dentro da ambulância.

Nota: Os sinais luminosos deverão estar desligados no retorno à base operacional ou quando utilização em outra atividade diferente da urgência ou do transporte de paciente.

Sirene contínua ou intermitente será utilizada:

- quando a ocorrência for prioridade vermelha (emergência-prioridade máxima) caracterizada pelo médico regulador (e apenas por ele);
- a necessidade de ativar sinal sonoro (sirene) deverá sempre ser autorizada pelo médico regulador, devendo estar justificada e ser gravada em sistema de gravação digital de chamadas para posterior comprovação legal junto às autoridades de trânsito.

A mudança de tom de sirene poderá ser utilizada para alertar os condutores da necessidade de abertura de fluxo quando o tipo utilizado não está surtindo efeito.

Nota 1: Os sinais sonoros (sirenes) em nenhuma eventualidade poderão ser autorizados apenas pela equipe da ambulância, devendo ser obrigatoriamente autorizados pela regulação. Não será encaminhada aos órgãos de trânsito a justificativa para liberação de multas quando a prioridade dada pela regulação for outra que não seja a vermelha;

Nota 2: O uso abusivo do sinal sonoro leva ao descrédito da instituição quanto a real necessidade de seu uso;

Nota 3: A partir das 22:00h e até às 06:00h deve-se evitar, na medida do possível, a utilização dos sinais sonoros (sirenes) visto perturbar o descanso das pessoas e o fluxo de veículos ser menor.

11.3 Rotina de Serviço Número 03 - Uso de uniformes e equipamentos de proteção individual

O Uniforme do SAMU consiste em:

- **Equipamento de uso cotidiano e exclusivo em serviço**
 - Macacão (fornecido a cada profissional).

- Sapato preto fechado.
- Camiseta (camiseta branca, gola redonda, do próprio profissional, sem identificação alguma, sendo permitido apenas as camisetas com o logotipo do SAMU).
- **Equipamentos de Proteção individual e para situações especiais (resgate, locais com barro)**
- Óculos de proteção
- Luvas descartáveis
- Bota (para situações onde haja necessidade, estando disponível dentro da unidade).
- Capacete (para situações onde haja necessidade, estando disponível dentro da unidade)
- Capa de chuva (disponível na unidade)

O Uniforme, além de dar uma identidade visual a todos os que trabalham no SAMU, tem o objetivo igualmente de proteção da equipe.

O uniforme é de uso obrigatório para as equipes das unidades móveis, durante todo o turno de trabalho, devendo o mesmo estar fechado;

O uniforme poderá ser aberto ou rebaixado apenas quando as unidades estiverem na base, fora do atendimento;

Não será permitido, em nenhuma situação, o uso de calçados abertos, sandálias, chinelos assim como calçados esportivos (tênis, sapatênis) .

11.4 Rotina de Serviço Número 04 - As transferências inter-hospitalares e o SAMU

Conforme documento técnico da Comissão Intergestores Bipartite de abril de 2006, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves e daqueles que se encontram em situação de urgência são mediados pelo SAMU. Entretanto é necessário diferenciar alguns itens para fins de esclarecimento.

1) O SAMU é responsável pelo atendimento de urgência e assume, através da regulação, os casos onde haja a caracterização de quadro urgente grave que necessite o atendimento em um hospital de referência garantindo para isto através da autoridade sanitária do médico regulador, que a situação de urgência seja esclarecida e/ou resolvida no Hospital de Referência, onde utiliza inclusive do conceito de "vaga zero" quando necessário. A Portaria Ministerial 2048 em seu capítulo II coloca como uma das atividades gestoras da regulação de urgência: "decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a

melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada "vaga zero" para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas; sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência".

2) Nas situações em que há necessidade de transferência entre UTI, mas que não está caracterizada uma urgência, a busca de leito deve ser sempre realizada pelo médico assistente do hospital de origem e, após obtenção disto, entrando em contato com a Regulação Médica do SAMU e solicitando a execução do transporte especializado. Após esta solicitação feita pelo médico assistente, caberá ao SAMU confirmar o leito e proceder ao transporte do paciente grave, direcionando a unidade móvel mais adaptada à situação.

3) Nos casos em que for necessária a remoção com cuidados em UTI Móvel (USA), o médico assistente deverá passar o caso ao médico da UTI Móvel (USA) juntamente com a ficha de transferência detalhada. A responsabilidade, a partir deste momento é do médico da Unidade Móvel, encerrando-se quando da passagem do caso ao médico da unidade receptora.

4) Nos casos em que for necessária a remoção com cuidados de enfermagem, que possam ser realizados em Unidade de Suporte Básico de Vida, a responsabilidade do médico assistente acabará apenas após a recepção do paciente/vítima pelo médico do hospital/unidade de destino.

5) Após regulação/julgamento do médico regulador, caracterizado que o caso necessite apenas remoção simples, social, não havendo urgência que justifique o envio de um recurso maior, este transporte permanece como responsabilidade dos municípios.

11.5 Rotina de Serviço Número 05³² - Protocolo de Transporte Aeromédico (helicóptero)

Em virtude das especificidades do transporte aeromédico (helicóptero) a regulação médica deve atentar para os seguintes aspectos:

³² Extraído da obra: "Curso de capacitação: suporte básico de vida. Rotinas de Serviço Número 05 - Texto de autoria de Aldinéia Walckof. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.

Regulação

1. Dados do paciente:

- i. Nome, idade, CPF ou RG (para guia de internação no hospital destino).
- ii. Quadro clínico e indicação do transporte aeromédico.
- iii. Suporte necessário durante o transporte:

2. Sinais vitais

- a. FR
- b. FC
- c. PA
- d. SaO₂
- e. Tax
- f. GLASGOW

3. Vias aéreas/respiração

- a. Oxigenoterapia
 - i. Via cateter nasal
 - ii. Com máscara
- b. Ventilação mecânica
 - i. PEEP
 - ii. FiO₂
 - iii. Volume corrente
 - iv. Pressão de vias aéreas
 - v. FR

3. Circulação

a. Acesso venoso – central ou periférico.

Solicitar no mínimo 2 vias periféricas de acesso venoso puncionadas para a realização do transporte.

- b. Terapia medicamentosa em uso
- c. Sedação
- d. Eletrocardiografia

4. Dispositivos

- a. SNG
- b. S Vesical
- c. Drenos
- d. Cateteres

5. Imobilização

- a. Maca rígida
- b. Imobilização cervical
- c. Imobilização de membros
- d. Tração/ tipo
- e. KED

Dados relativos à transferência (telefone/endereço/contactante):

- 1. Origem:
- 2. Médico contactante na origem
- 3. Local de pouso, especificar pontos de referência.
- 4. Apoio terrestre na origem.
- 5. Destino:
- 6. Médico contatado no local de destino
- 7. Local de pouso no destino.
- 8. Apoio terrestre no local de destino.

Informações à equipe médica e familiares:

- 1. Paciente com idade acima de 18 anos: não é permitido acompanhante.
- 2. Pacientes abaixo de 18 anos: deve ser acompanhada de pai ou responsável, mediante avaliação da equipe.
- 3. Bagagem permitida: Bolsa ou sacola de mão. Peso máximo: 3kg.
- 4. Critérios para a realização do transporte: a equipe de transporte aeromédico avaliará as condições clínicas do paciente e climáticas dos locais de origem e destino e, considerando o risco/benefício, poderá considerar inviável o transporte.
- 5. Em situações de condições climáticas desfavoráveis que inviabilizem o prosseguimento do voo pode haver o regresso ao local de origem dentro da primeira hora, devendo as equipes da origem disponibilizar meios de retorno do paciente por via terrestre.

6. Informações repassadas à equipe de destino: constarão na ficha de atendimento do paciente e no encaminhamento feito pela origem.

11.6 Rotina de Serviço Número 06 - Códigos de radiocomunicação

Com a finalidade de facilitar e homogeneizar a comunicação via rádio os códigos abaixo devem ser observados.

Códigos de radiocomunicação

CÓDIGOS MAIS UTILIZADOS
QAP - Estou na escuta
QRK - Qualidade da mensagem
QRL - Canal ocupado.
QRM - Qualidade ruim de mensagem
QRS - Transmitir mais lentamente.
QRU - Mensagem urgente.
QRV - A disposição
QSA – Legibilidade
QSL – Entendido
QSM - Devo repetir a mensagem?
QSO - Contato.
QSQ - Tem médico abordo?
QSY - Mudar para outra frequência
QTA - Cancelar a mensagem.
QTC - Qual a mensagem
QTH – Localização
QTO - Sanitário.
QTQ - Transmitir mais rapidamente.
QTR - Horário.
QTY - A caminho do local do acidente.
QUD - Receber sinal de urgência.
TKS – Obrigado

Códigos para deslocamentos das unidades móveis

CÓDIGOS PARA DESLOCAMENTOS DAS UNIDADES MÓVEIS
J9 - Saída (da base ou do local do atendimento quando em deslocamento com paciente/vítima)
J10 - Chegada ao local do atendimento ou ao destino
J11 - Unidade liberada e pronta para ocorrência
J12 - Chegada na base

Extras

EXTRAS
J3 - Troca de equipe
J4 – Almoço
J5 – Abastecimento
J7 - Viatura quebrada
J8 - Ir ao banheiro

Fonéticos: geográfico

A. AMÉRICA	J. JAPÃO	S. SANTIAGO
B. BRASIL	K. KENIA	T. TORONTO
C. CANADA	L. LONDRES	U. URUGUAI
D. DINAMARCA	M. MÉXICO	V. VENEZUELA
E. EUROPA	N. NOROEGA	W. WASHINGTON
F. FRANÇA	O. OCEANIA	X. XINGU
G. GUATEMALA	P. PORTUGAL	Y. YUCATAN
H. HOLANDA	Q. QUEBEC	Z. ZANZIBAR
I. ITALIA	R. ROMA	

Internacional

A. ALPHA	J. JULIETTE	S. SIERRA
B. BRAVO	K. KILO	T. TANGO
C. CHARLIE	L. LIMA	U. UNIFORM
D. DELTA	M. MIKE	V. VICTOR
E. ECHO	N. NOVEMBER	W. WISKEY
F. FOXTROT	O. OSCAR	X. X-RAY
G. GOLF	P. PAPA	Y. YANKEE
H. HOTEL	Q. QUEBEC	Z. ZULU
I. INDIA	R. ROMEU	

11.7 Rotina de Serviço Número 07 - Modelo de Ficha de Atendimento



DATA:/...../..... Nº...../20.....

Código da Saída ? Vermelho ? Amarelo ? Verde

UNIDADE:

Tipo ? Urgência ? T. inter-hospitalar

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

J9 J10

J9 J10

J11 J12

I D E N T I F I C A Ç Ã O	Cidade:	Bairro		Nº		COMP	
	Rua	IDADE		SEXO		FONE	
CONTATO		FAM	AMI	T ET	MED	SOC	POL
MOTIVO DA ATIVAÇÃO		FONE					

TIPO DE OCORRÊNCIA	? TRAUMA	? CLÍNICO ADULTO	? OBSTÉTRICO	? CLÍNICO PEDIÁTRICO	? PSIQUIÁTRICO	? OUTROS
<i>Acidentes de Trânsito</i>	? FAB _____	? Afogamento	? Queda da própria altura	? Queda de Altura (+ de 2m)	? Queimadura	? Eletrocussão
? Moto	? FAF _____	? Desabamento / Soterramento	? Hipertensão Arterial	? Hipotensão	? Agressão Animal	? Outros: _____
? Carro	? Agressão física	? Intoxicação exógena	? Hipoglicemia			
? Atrópelamento	? Agressão sexual					
? Bicicleta	? Embriaguez					
? Ac. de Trabalho	? Usava Cinto	? Conductor	? Garupa			
? Ac. de Trajeto	? Usava Capacete	? Banco Dianteiro	? Outros _____			
	? Não observado	? Banco Traseiro				

<i>Principais Sintomas / Queixas</i>	? Agitação / agressividade	? Convulsão	? Febre	? Sangramento
	? Alergia	? Diarréia	? Incosciente / Desmaio	? Vômito
	? Ausência de pulso	? Dificuldade Respiratória	? Palidez	? Sudores e intensa
	? Cianose	? Dor Local (_____)		? Outros: _____

<i>Início dos Sintomas</i>	Horas	? Menos de 1 hora	? 1 a 3 horas	? Mais de 4 horas	? Mais de 24 horas	? Não sabe
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO INICIAL						
		VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL

<i>Dados Vitais</i>	Glasgow		
	PA		
	Pulso		
	FR		
	Sat O2		
	Tax		
	Glicemia		

PROCEDIMENTOS			
? Desobstrução Vias Aéreas	? Inalação O2 (Cateter)	? Controle Hemorragia	? Sedação
? Intubação Nasotraqueal	? Toracocentese com Agulha D	? Curativo	? Sonda Vesical
? Intubação Orofaríngea (Guedel)	? Toracocentese com Agulha E	? Punção Venosa Superficial	? Imobilização Membros
? Cricotireoidotomia	? Drenagem Torácica D	? Punção Venosa Profunda	? Colar Cervical
? Ventilação Mecânica Ambu	? Drenagem Torácica E	? Sonda Gástrica	? Prancha Longa
? Respirador	? Compressão Torácica		? KED
? Inalação O2 (Máscara)	? Desfibrilação / Cardioversão		? Tracionador de Fêmur
			? Outros:

TERAPÊUTICA (Medicamentos) _____

EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS		
? Encaminhamento	? Liberado após atendimento	? Recusa Atendimento
? Óbito no local	? Óbito durante atendimento	? Óbito durante o transporte

RECUSA EU POR MEIO DESTA DOCUMENTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA RECUSA AO ATENDIMENTO E/OU TRANSPORTE PELA EQUIPE DO SAMU, MESMO QUE ESTE OTRAGA DANO A MINHA SAÚDE, ISENTANDO A MESMA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE.

Assinatura/RG _____ CID 10 _____

Hipótese(s) _____ CID 10 _____
 Diagnóstico(s) _____

Observações Importantes _____

DESTINO	HORÁRIO	ESTADO ATUAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
MÉDICO RECEPTOR			INSTÁVEL		ESTÁVEL	
ASSINATURA RESPONSÁVEL UNIDADE			CREMESC/COREN:			
ASSINATURA MÉDICO RECEPTOR			CREMESC:			

11.8 Rotina de serviço número 08 - Informações do quadro de grade de referência

Pré-requisitos (banco de dados) necessários para as centrais:

Unidades de saúde fixas, na região de abrangência do SAMU 192

- 1- Listagem dos hospitais próprios e conveniados e de toda a rede de saúde da região de abrangência com telefones gerais de contato;
- 2- Listagem e área de abrangência das equipes de saúde da família com telefones de contato, ou de pelo ou menos do Coordenador da Atenção Primária do Município;
- 3- Referências ambulatoriais na região de abrangência (busca por especialidade e tipo de referência - tipo I, II, III);
- 4- Referências hospitalares na região de abrangência por especialidade e tipo de referência (tipo I, II, III);
- 5- Especialidades em regime de plantão e sua localização (unidade) na região de abrangência (macrorregião);
- 6- Especialistas de plantão e sua localização (unidade) na região de abrangência;
- 7- Telefones dos especialistas de plantão (especialidade, nome e sobrenome);
- 8- Especialidades em regime de sobreaviso e sua localização;
- 9- Telefones dos especialistas de sobreaviso;
- 10- Telefones comercial, residencial, celular, *fax* e *e-mails* dos diretores gerais de cada unidade de saúde;
- 11- Telefones comercial, residencial, celular, *fax* e *e-mails* dos diretores técnicos de cada unidade de saúde;
- 12- Leitos disponíveis (especialidade, unidade e cidade).

Unidades de saúde móveis, na região de abrangência

- 1- Localização das USB do SAMU 192
- 2- Localização das unidades de suporte básico dos Bombeiros
- 3- Localização das unidades de suporte básico da Polícia Militar
- 4- Localização das unidades de suporte básico da Polícia Rodoviária Estadual
- 5- Localização das unidades de suporte básico da Polícia Rodoviária Federal
- 6- Localização das USA do SAMU
- 7- Localização das unidades de resgate dos Bombeiros

- 8- Localização das unidades de atendimento em situações perigosas
- 9- Localização das unidades de remoção simples distribuídas na região

Telefones, fax, e e-mails estratégicos:

Secretaria de Estado de Saúde

- 1- Coordenador Estadual de Urgência e Emergência
- 2- Diretor de Políticas Hospitalares do Estado

SAMU 192 Regional

- 1- Diretor/gerente técnico do SAMU 192 da Região
- 2- Gerente de enfermagem do SAMU 192 da Região
- 3- Gerente administrativo do SAMU 192 da região
- 4- Médicos do SAMU 192 da região
- 5- Enfermeiros do SAMU 192 da região

Central de Captação de Órgãos

1. Número geral
2. Diretor/gerente Estadual
3. Gerente administrativo Estadual

Central de Informações Toxicológicas

- 1- Número geral
- 2- Diretor/gerente Estadual
- 3- Gerente administrativo Estadual

Comando do Corpo de Bombeiros

- 1- Número geral
- 2- Comandante
- 3- Sub-comandante
- 4- Oficial do dia

Comando da Polícia Militar

- 1- Número geral
- 2- Comandante
- 3- Sub-comandante

4- Oficial de dia

Comando da Polícia Rodoviária Estadual

1- Número geral

2- Comandante

3- Sub-comandante

4- Oficial de dia

Comando da Polícia Rodoviária Federal

1- Número geral

2- Comandante

3- Sub-comandante

4- Oficial de dia

Comando do Exército

1- Número geral

2- Comandante

3- Sub-comandante

4- Oficial de dia

Comando da Aeronáutica

1- Número geral

2- Comandante

3- Sub-comandante

4- Oficial de dia

Comando da Marinha

1- Número geral

2- Comandante

3- Sub-comandante

4- Oficial de dia

Conselhos Tutelares, Promotoria Pública Estadual, Promotoria Pública Federal

Serviços privados:

Pré-hospitalar (com número geral e nome e telefones do diretor/gerente técnico):
Exemplos: SOS, UNIMED, HELP, etc.

Serviços privados de diagnóstico e imagem
(com número geral e nome e telefones do diretor/gerente técnico)

Hospitais privados (com número geral, especialidades atendidas e nome e telefones do diretor/gerente técnico)

REFERÊNCIA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. **Curso de capacitação:** suporte básico de vida. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.

Capítulo 12 - Ética e Bioética no Atendimento Pré-Hospitalar

Júlio César Batista Santana
Ana Maria Pueyo Blasco Magalhães

12.1 Contextualização

A assistência às vítimas no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) envolve uma abordagem de valores bioéticos, humanos e legais que direcionam a palavras e atitudes dos profissionais de saúde, refletindo na qualidade de uma assistência humanizada, pautado na ética do exercício profissional, e essa visão deve ser sempre trabalhada com toda a equipe (FISCHER; AZEVEDO; FERNANDES; 2006).

Os profissionais que lidam no APH precisam desenvolver um adequado controle emocional, para que se contenha em momentos nos quais o outro ser humano assistido pode estar nervoso, irritado, agindo de forma social inadequada, com oscilações de temperamento; e que cabe à equipe manter uma relação adequada, harmônica, ética e terapêutica (SILVA; 2009).

Uma assistência ética e humanizada visa integrar o conhecimento técnico-científico, o respeito, a sensibilidade, a responsabilidade, a ética e a solidariedade no cuidado com o paciente e seus familiares e na integração das relações de trabalho com a equipe de profissionais (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA; 2010).

A ética na relação profissional, paciente e familiares torna-se a “alma” da profissão, visto que esta relação fundamenta-se nos princípios do respeito à pessoa humana, atendendo os modelos culturais, visão pessoal, convicções decorrentes de crenças, reflexões e ideais. Assim, percebe-se que a ética profissional não é pensada e desarticulada do mundo real, mas constitui também uma representação do viver humano com seus valores e crenças (SELLI; 2005).

Lidar com as situações de assistência às vítimas de agravos clínicos e traumáticos no APH, requer um repensar no modelo de um cuidar que equacione todos os avanços tecnológicos com um discernimento ético nas ações dos profissionais na área da saúde e nos momentos de decisões que culminam em conflitos éticos.

Nesse sentido a bioética é o alicerce para o enfrentamento dessas situações, uma

vez que esta disciplina perpassa todos os níveis da vida e nos setores mais distintos da sociedade, tais como as áreas da saúde, da política, da sociologia, da religião, da economia, da ecologia, dentre outras. Por isso, faz parte do nosso cotidiano, e a sua reflexão começa a interferir sempre em nossas vidas, como uma ciência que combina responsabilidade, humildade e uma competência interdisciplinar e intercultural, potencializando o senso de humanidade (BARCHIFONTAINE; PESSINI; 2002; SANTANA, 2014).

A fim de estabelecer um caráter transversal à cultura de humanização, para atingir todos os níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde, estabeleceu em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH), esta proposta contempla e aprimora o programa anterior, agregando a necessidade de melhora dos aspectos organizacionais do atendimento a população. Os dispositivos e estratégias visam a implementação de melhorias na comunicação entre gestores e usuários nos diversos níveis de atenção a saúde (BRASIL; 2004).

Nota-se a necessidade de fomentar novas reflexões e discussões sobre os aspectos éticos e legais no APH. O discurso de humanização, trabalho em equipe, a comunicação eficaz, os limites de intervenções e as condutas éticas no ambiente pré-hospitalar, suscitam-se a mediação do cuidar, da troca, do contato humano, respeitando a dignidade e integridade da pessoa humana, pautando-se nos princípios da ética da vida (SANTANA *et al*, 2012).

Este capítulo propõe discorrer sobre o processo da humanização e da ética no atendimento pré-hospitalar, com foco a integrar os grandes avanços tecnológicos na medicina moderna, o conhecimento científico, a responsabilidade social, a ética, os preceitos legais da profissão e do atendimento, as recomendações na comunicação para profissionais baseadas na solidariedade no cuidados às vítimas e seus familiares, em um cenário de violência que infelizmente atinge todas as esferas sociais.

12.2 Princípios da Bioética e o Processo do cuidar no Atendimento Pré-Hospitalar

Os princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, são os pilares para assegurar uma assistência que busca a dignidade do paciente, da família e da própria equipe. Estes princípios irão nortear a integralidade da assistência, possibilitando uma visão reflexiva desse processo em situações mais complexas e vulneráveis na área da urgência e emergência.

Beauchamp e Childrens (2002) definem estes princípios:

- **Autonomia** – A palavra *autonomia*, derivada do grego *autos* ("próprio") e *nomos* ("regra", "governo" ou "lei"), foi primeiramente empregada como referência à autogestão ou ao autogoverno das cidades-estados independentes gregas. A partir de então, o termo *autonomia* estendeu-se *aos indivíduos* e adquiriu sentidos muito diversos, tais como autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo.
- **Não maleficência** – O princípio de não maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica, ele esteve intimamente associado à máxima *Primum non nocere*: "Acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano". Essa máxima é frequentemente invocada pelos profissionais da área de saúde, embora suas origens sejam obscuras e suas implicações não claras.
- **Beneficência** – Na linguagem comum, a palavra *beneficência* significa atos de compaixão, bondade e caridade. Algumas vezes, o altruísmo, o amor e a humanidade são também considerados formas de beneficência.
- **Justiça** – Os termos *equidade*, *merecimento* (que é merecido) e prerrogativa (aquilo a quem alguém tem direito) foram empregados por vários filósofos na tentativa de explicar o que é justiça. Todas essas concepções interpretam a justiça como um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas.

A agregação dos princípios da bioética em situações do processo da assistência no APH almeja um significado mais humano e solidário às vítimas e seus familiares. Percebe-se que as situações de urgência e emergência, envolvem um cenário complexo, com possibilidades de diversos conflitos éticos e legais, que geram inquietações perante a equipe, pacientes e seus familiares. Aprender com a experiência e ser prudente ao projetar as decisões e intervenções no APH, são alertas importantes que favorecem um atendimento de qualidade, humano, ético e legal (SANTANA,2014).

O respeito aos princípios da bioética, poderá instrumentalizar os profissionais na área da saúde para uma assistência mais digna e humana, voltada para um modelo menos curativista e mais humano, em sintonia com a autonomia do paciente e seus entes queridos (SANTANA, 2014).

12.3 Aspectos Éticos e Legais no Atendimento Pré-Hospitalar

Os agravos à saúde de natureza clínica, traumática e psiquiátrica, podem demandar um atendimento pré-hospitalar, o qual muitas vezes é nortado por eventos que apresentam desafios éticos e legais à equipe envolvida no processo da assistência (DOLOR, 2008).

O atendimento em casos de emergência pode ser comprometido pelos aspectos institucionais do serviço de saúde, que ultrapassam as ações e desejos dos profissionais. Estes podem vivenciar situações de conflito, dilemas e sofrimento, devido à complexidade das relações estabelecidas nos locais do atendimento, com repercussão ética na assistência ao paciente (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

É de extrema relevância abordar também os aspectos legais que envolvem o atendimento as urgências e emergências no nosso país. O trabalho dos profissionais desse setor é respaldado pela legislação vigente, que estrutura e organiza o serviço em âmbito nacional.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência é aprovado através da Portaria GM nº 2048. Um fator considerado nessa legislação é a ampliação dos serviços públicos e privados de APH móvel e a necessidade de integração desses serviços a estrutura dos sistemas de urgência. Deve-se ter uma equipe de saúde qualificada para o atendimento, sendo que a regulação é realizada pelo profissional médico (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, governos estaduais e municipais implanta a Política Nacional de Atenção às Urgências, através da Portaria GM/MS nº 1.863 (BRASIL, 2003). Esta política pública de saúde é pautada em diretrizes como a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, concomitante com a humanização (BRASIL, 2006). Observa-se que os princípios que regem o SUS são reafirmados nesse nível de atenção a saúde.

O APH brasileiro alcança uma conquista importante, ao implantar por meio da Portaria GM nº 1.864 o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, através da introdução de Serviços de Atendimento Móveis de Urgência, SAMU-192, em todo território do país. Além do SAMU, são instituídas suas Centrais de Regulação (Central SAMU – 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2003).

Faz-se necessária uma reflexão constante do SAMU como uma ação ética e

política, com o intuito de elevar a cobertura do serviço e de um atendimento pré-hospitalar qualificado. As autoras enfatizam o reconhecimento do direito do cidadão a ter acesso a um serviço que ofereça condições de garantir com competência e dignidade a sua chance de sobrevivência (VIEIRA; MUSSI, 2008).

A eficácia do SAMU para atender as demandas de urgência e emergência correlaciona-se a uma série de fatores, como a competência técnico-científica, ética e humanística da equipe, recursos materiais disponíveis, educação pública e avaliação constante do atendimento (VIEIRA; MUSSI, 2008).

As políticas públicas de saúde instituídas visam aprimorar a assistência aos usuários. Porém sabe-se que apesar dos avanços obtidos na atenção às urgências e emergências, o sistema apresenta fragilidades. De acordo com Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008), a equipe enfrenta desafios relacionados à burocratização do serviço e do enrijecimento das questões organizacionais com repercussões éticas como, a superlotação dos serviços, sobrecarga de trabalho, déficit de recursos humanos e materiais, a postura da sociedade mediante a uma situação de conflitos, dentre outros.

Diante das considerações feitas, observa-se que para solucionar os dilemas éticos que a equipe envolvida no APH vivencia, é preciso preparação técnica e psicológica, para que a decisão seja pautada na ética. É identificado também que diversas políticas públicas de saúde interligadas ao APH já foram instituídas. Contudo, para se continuar obtendo resultados satisfatórios, essas ações políticas devem estar em constante construção.

12.4 Atendimento de Emergência: Uma Visão Ética e Humanitária

A humanização estabelece uma forte relação com a ética. Humanizar é compreender a individualidade e as necessidades peculiares de cada ser, e, dessa forma, propiciar condições para que tenha maiores possibilidades para exercer seu desejo de maneira autônoma (FORTES; 2004). Já a ética possui a finalidade de se expressar através de grandiosos valores como, a nobreza de caráter, justiça, respeito e bondade (CHALITA, 2009).

Leite e Strong (2006) acreditam na necessidade do resgate de valores que de certa forma se perderam com as inovações tecnológicas. Para essas autoras, os valores humanos devem ser agregados às relações que acontecem nos serviços de saúde e de educação, na busca de uma integração embasada nos preceitos éticos.

A Política Nacional de Humanização (PNH) contempla a atenção na urgência e emergência, o que engloba o APH. Ressalta-se o comprometimento com a referência e contrarreferência, melhorando a resolutividade da urgência e emergência, o que dispõe de acesso aos hospitais e uma transferência segura de acordo com a demanda dos clientes. Além disso, a política pública define protocolos clínicos, assegurando intervenções adequadas e respeito às singularidades de cada indivíduo. Destaca-se também o acolhimento por intermédio da avaliação de risco, o que colabora para o acesso referenciado aos outros níveis de atendimento (BRASIL, 2004).

Sob a visão de Fortes (2004) humanizar atribui à possibilidade de uma mudança na cultura da gestão e das atividades realizadas nas organizações de saúde, assegurando uma conduta ética de respeito ao próximo, de acolhimento e um olhar para compreender o usuário do serviço de saúde como um cidadão.

O ato de humanizar pressupõe uma reflexão a respeito dos valores e princípios que orientam a prática dos profissionais de saúde, o que requer uma assistência digna ao ser humano que se encontra fragilizado e uma postura ética (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

É relevante o conhecimento advindo do olhar biomédico, sendo tão importante quanto o estudo do indivíduo na sua totalidade, sendo visto de forma holística (LEITE, STRONG, 2006). Deve-se compreender o ser humano de forma integral, percebendo - o como um sujeito histórico, político e social, vinculado à família, ao meio ambiente e à sociedade (MACHADO *et al*, 2007).

Para Oliveira, Collet e Vieira (2006), para a implementação do cuidado com atos humanitários é necessário à valorização do caráter subjetivo e social na atenção e gestão da saúde, o fortalecimento do trabalho em equipe e do controle social na dimensão participativa e a democratização das relações de trabalho.

Com base no que foi exposto, é fundamental a promoção contínua de políticas públicas de humanização, preconizando atingir de forma efetiva todos os níveis de atenção a saúde. Assim, na urgência e emergência, as ações e condutas da equipe envolvida no atendimento também devem ser pautadas em preceitos éticos e humanitários.

12.5 Os Postulados dos Códigos de Ética Médica e dos Profissionais de Enfermagem

Todas as profissões estão submetidas ao controle da conduta moral de quem as

exerce, com base em código de comportamento ético-profissional e mecanismos de fiscalização. São regras que explicitam direitos e deveres. Assim, num tempo em que o cidadão tem cada vez mais acesso à tecnologia da informação e consciência das possibilidades legais de questionar o que lhe é oferecido, o Código exige da sociedade sobretudo dos gestores, médicos, pesquisadores e professores o compromisso com a qualificação do ensino médico (CEM, 2010).

A entrada em vigor do Código de Ética Médica revisado, em 13 de abril de 2010, representa a introdução da medicina brasileira no século XXI. Nos princípios fundamentais deste Código são referenciadas questões importantes na assistência ética e legal dos profissionais, que foram descritos alguns:

- A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.
- O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
- Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.
- O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.
- O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.
- O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.
- O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.
- As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

- O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.
- O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.
- No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.
- Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (CEM, 2010).

No preâmbulo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE, 2007), ressalta-se:

A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político.

O (CEPE) norteia os membros dessa categoria acerca dos princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições relacionadas à conduta ética. Um dos princípios que fundamenta a profissão é realizar o trabalho com competência para a promoção da pessoa na sua integralidade, respeitando a ética e bioética.

Nos princípios fundamentais do CEPE, discute os postulados do exercício de enfermagem pautados na ética e na qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, descritos a seguir:

- A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade;
- O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais;

- O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde;
- O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões; e
- O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integridade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (CEPE, 2007).

Em relação à assistência as urgências e emergências, o CEPE no Art. 26, atribui ser expressamente proibido que o profissional negue esse tipo de atendimento de Enfermagem (COFEN, 2007).

No artigo 12 do CEPE, que reza que equipe de enfermagem deve: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. Ainda nesse sentido, o artigo 38 é categórico: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

Evidentemente, os códigos – sejam quais forem – não eliminam a possibilidade da falha, do erro. Mas oferecem ao profissional e ao paciente a indicação da boa conduta, amparada nos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça, da dignidade, da veracidade e da honestidade. O Código de Ética Médica traz em seu bojo o compromisso voluntário, assumido individual e coletivamente, com o exercício da medicina, representado em sua gênese pelo juramento de Hipócrates (CEM, 2010).

Neste contexto, é fundamental que os profissionais do APH se norteiam por um trabalho pautado nos postulados dos Códigos de Ética, pois possibilita decisões assertivas da equipe em momentos difíceis que perpassam as situações no ambiente da urgência e emergência e encontra-se em interface com os princípios da bioética.

12.6 Trabalho em Equipe no Atendimento Pré-Hospitalar

O APH envolve um trabalho conjunto dos profissionais inseridos nesse serviço.

Assim, para se obter uma abordagem integrada, na qual exista colaboração mútua em prol do paciente, é imprescindível um trabalho articulado. A atuação e interação dos profissionais da área da saúde são essenciais para que ocorra uma resposta adequada às demandas biopsicossociais do cliente (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe multiprofissional é baseado em uma modalidade de trabalho coletivo que se representa na associação entre os inúmeros procedimentos técnicos e a interação dos profissionais de diferentes categorias, sendo promovido, através da comunicação e de atitudes articuladas.

A dimensão humana no trabalho da equipe é, às vezes, contemplada em discussões devido a sua importância, porém ainda pouco treinada em habilidades de liderança, dinâmica de funcionamento da equipe e nas habilidades de comunicação.

A comunicação no atendimento pré-hospitalar é um processo interacional complexo que envolve a utilização de tecnologias e relações interpessoais com diversos atores sociais (MAGALHAES, 2007).

Com relação às interações na equipe, o profissional que desempenhe a liderança deve compreender suas funções, bem como as funções de todos os membros da equipe. Também poderá exercitar a comunicação compartilhada e a consciência situacional procurando se antecipar e prever futuras ações a serem executadas (SINZ; NAVARRO, 2011).

A base desse trabalho de liderança está ancorada numa boa comunicação com a equipe em aspectos: interacionais, procedimentais e reflexivos.

Nos aspectos interacionais o líder ao orientar os membros da equipe com relação ao desempenho de funções permitirá o estabelecimento de papéis profissionais e clareza de suas atribuições, fatores fundamentais do que se denomina trabalho de equipe.

Uma das estratégias para treinar a habilidade de tornar-se membro de uma equipe está fundamentada na utilização da técnica de *role playing* visando o desempenho de papéis na equipe, o enfrentamento de situações reais, a troca de experiências e a adequada comunicação (FERNÁNDEZ; VALCÁRCEL, 2013).

Durante a realização de procedimentos padronizados e protocolados o líder e a equipe devem utilizar comunicações em circuito fechado e utilizar também códigos de comunicação sempre que corretamente indicados.

O líder ao transmitir uma mensagem ou atribuição a um membro da equipe deve utilizar um tom de voz controlado e emitir uma mensagem com clareza comunicando de

forma concisa e num discurso em forma direta. Os membros da equipe devem em tom confirmatório repetir a ordem e proceder ao seu cumprimento. Ao terminar devem verbalmente concluir o que foi efetivado e ou encontrado no contato com a pessoa vitimada.

A comunicação com clientes deve ser assertiva, direta, acolhedora e segura, bem como de acordo, com o cenário e contexto de cuidado (GONÇALVES; FIORE, 2011).

De acordo com Campos (1997), o termo acolhimento significa um dispositivo tecnológico para a organização dos serviços visando à garantia de acesso aos usuários objetivando a escuta, prestando esclarecimento e apoio para a resolução de problemas e/ou encaminhando-os se necessário.

O atendimento a vítimas pode ser treinado com resultados importantes, utilizando técnicas que favoreçam o aprendizado efetivo, como a simulação em cenários que reproduzam de forma real os agravos de pessoas vitimadas em acidentes e ou tramas graves.

Destaca-se a importância da equipe após a vivência de um cenário proceder a utilização de espaço ético de aprendizado para rever o que, como, e com que atitudes foram realizados o atendimento a vitima e seus familiares. Essa técnica reflexiva denomina-se *debriefing* e deve ser orientada pelo líder - facilitador e monitorada pela observação de um especialista da área cognitivo comportamental, preferencialmente um psicólogo ou membro de equipe da saúde mental que domine a referida abordagem (FANNING; EFARESI; GABA, 2007).

A comunicação reflexiva visa à consolidação de aspectos do aprendizado que podem ser melhorados e repetidos para realizar o cuidado de forma eficaz e ética.

Um cuidado especial deve ser recomendado em situações de óbito da vitima, quando os socorristas devem comunicar aos familiares a morte ocorrida. As formas de comunicação aos familiares devem considerar algumas etapas como:

1. Manter durante a comunicação a presença da equipe que participou do atendimento;
2. Prover orientação para que o familiar esteja sendo apoiado por parentes no momento de receber a comunicação da equipe;
3. Em geral, o profissional responsável pela comunicação é o médico, mas os demais membros da equipe devem saber como proceder na habilidade de fornecer notícias difíceis;
4. É fundamental ter um tempo, para sentir-se preparado para a comunicação e previamente ter informações sobre: os procedimentos e posteriores contatos e

providencias.

5. Procurar uma área calma, se possível, para conversar com os familiares e ou responsáveis assentados em local com cadeiras.
6. Apresenta-se e explicar o ocorrido pronunciando o nome da pessoa vitimada e suas condições no cuidado realizado lembrando os detalhes pertinentes;
7. Utilizar palavras específicas como ‘Morte ou Morreu’ expressar sentimento de pesar mantendo contato com os olhos. Poderá ser pertinente tocar no ombro ou antebraço do familiar.
8. Aguarde as reações de pesar e perguntas que poderão surgir.
9. Procure se assegurar que os familiares entenderam o que ocorreu.
10. A família poderá solicitar ver o ente querido. Informe as condições em que se encontrava a pessoa falecida ao termino do atendimento identificando sinais de trauma, dentre outros.
11. Ofereça ajuda ou outras informações relativas à comunicação realizada.
12. Verifique se os familiares entenderam os próximos passos a seguir e se necessitarem de apoio psicológico e ou social encaminhe-os aos respectivos profissionais.
13. Em situações de parcial segurança das informações ou percebendo a necessidade de continuidade de esclarecimentos, anote os números de seus telefones e os disponibilize para maiores e ou repetição de informações se for necessário (CHANDRA; HAZINSKI, 1997).

Essas etapas ao serem treinadas, certamente poderão orientar a equipe na comunicação e auxiliar os familiares nesse momento de impacto e pesar do recebimento da notícia de morte. (CAMPBELL, 2011)

Após a comunicação aos familiares uma nova discussão da equipe, visando o entendimento desse momento da terminalidade da vida está indicada para poder encerrar o ocorrido, relatando os fatos e sentimentos vivenciados. A transformação de uma vivencia difícil em algo produtivo para cada membro da equipe poderá ser uma forma resiliente de autocuidado e aprendizado no cuidado da vida (ARROGANT A; PÉREZ-GARCÍA; APARICIO-ZALDÍVARA, 2016).

Cabe destacar que para se alcançar qualidade no cuidado realizado, o diálogo, a reflexão e a tomada de decisão conjunta, devem estar presentes no trabalho coletivo. Por outro lado, caso haja fragmentação das ações dos profissionais da equipe, resultando em certo distanciamento do paciente, haverá uma redução na resolutividade do trabalho e até

mesmo um descaso e desumanização no atendimento (MARQUES; LIMA, 2008).

É interessante observar que no APH há um entendimento entre os membros da equipe, que ultrapassa a relação hierárquica, existente historicamente nas organizações de saúde. Os procedimentos são realizados pelos profissionais, tendo respeito às especificidades, competências e responsabilidades de cada indivíduo envolvido no trabalho. Esta dinâmica e harmonia nas relações promovem um atendimento ágil e satisfatório (PEREIRA; LIMA, 2009).

Assim, Pereira e Lima (2009) afirmam que a essência do atendimento pré-hospitalar é o trabalho em equipe. Estes autores reconhecem as diferenças de cada profissional, seja na formação técnica, e na hierarquização, relativa ao saber, porém não acreditam que tais fatores determinem o espaço de cada um no APH.

Segundo Garlet (2008), um fator relevante no trabalho em casos de emergência, em que é priorizado o atendimento aos pacientes críticos, é a necessidade de uma intervenção precisa, eficaz e integrada. Aspectos como habilidade do profissional, recursos materiais e entrosamento da equipe, interferem na assistência oferecida. Esta autora ressalta ainda, a importância de capacitações permanentes dos profissionais, que devem estar preparados para tomarem decisões pertinentes, individualmente ou em conjunto, sob o comando de um líder resolutivo e confiável.

De acordo com Pereira e Lima (2009), o enfermeiro no pré-hospitalar assume a função de articulador e é fonte de integração da equipe, além de estabelecer um elo entre a gestão e a assistência. Logo, contribui efetivamente na inter-relação entre os diversos profissionais.

É fundamental que o gestor do serviço busque um trabalho humanizado através de uma gestão democrática, flexível e de atividades de valorização pessoal da equipe, para o gestor é desafiante conciliar as necessidades e interesses dos profissionais, dos pacientes e da coletividade (BUENO; BERNARDES, 2010).

O respeito e valorização dos profissionais e fornecimento de condições dignas de trabalho transcendem o significado de humanizar, representando mais do que um simples toque, a escuta, treinamentos específicos ou procedimentos. Dessa forma, a equipe apresentará condições físicas e psicológicas de prestar uma assistência com qualidade e humanizada (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

No contexto do APH, no qual os profissionais lidam com situações conflitantes, em que enfrentam o limiar entre a vida e a morte, é essencial o trabalho em equipe. Portanto,

uma assistência articulada e em conjunto colabora para que os profissionais se sintam seguros e tenham discernimento ético em suas ações.

12.7 Casos Clínicos de Conflitos Éticos no Atendimento Pré-Hospitalar: Como Lidar com este Cenário?

O cenário do APH perpassa por situações éticas conflituosas de diversas complexidades, que envolvem problemas que esbarram na ética, tais como: limites de intervenções, poder de decisão, erros dos profissionais, violência, inequidades sociais, escassez de recursos na área da saúde, relações do trabalho em equipe, dentre outras. Buscamos elucidar em quatro casos hipotéticos, situações que retratam o cotidiano laboral dos profissionais deste serviço, posteriormente com questões norteadoras para reflexão dos leitores, quais sejam:

- **Dilemas éticos e legais: reanimar ou não reanimar?**
- **Quando o agressor se torna vítima. O atendimento deve ser diferente?**
- **Atendimento a vítimas de acidente automobilístico: neste cenário é ético retirar fotos e fazer filmagens do evento?**
- **Atendimento à vítima de Perfuração por Arma de Fogo (PAF).**

Estudo de caso 01: Dilemas éticos e legais: reanimar ou não reanimar?

Vítima de 80 anos, portador de câncer pulmonar em fase avançada, totalmente debilitado, caquético, diversas úlceras por pressão. Solicitado pelos filhos a assistência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) devido à piora do padrão respiratório do pai. A unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) chegou ao local em dez minutos, encontrando o senhor de 80 anos no último suspiro. Os filhos muito ansiosos querem a presença da equipe, mas estão cientes da gravidade da doença do pai. Nesse momento, a enfermeira conversa com o médico e questiona que se não seria injusto reanimar essa vítima, devido às condições clínicas, porém o médico não concorda e inicia as manobras de reanimação (SANTANA; DUTRA; CAMPOS, 2012).

Como lidar com esta situação?

Questões para discussão:

1. Quais as implicações éticas e legais da situação problema em relação à responsabilidade ao compromisso dos profissionais?
2. Estabeleça uma relação da situação problema vivenciada acerca do da situação com os princípios da bioética e o Código de Ética da sua profissão.
3. Como profissional de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, quais as diretrizes estabelecidas para amenizar esses conflitos éticos e legais em um contexto multidisciplinar?
4. No contexto vivenciado, surge o questionamento: como lidar com esta situação? Traçar comentários.

Estudo de Caso 02: Quando o agressor se torna vítima. O atendimento deve ser diferente?

Vítima de 40 anos de idade, ex-presidiário, abusou sexualmente de uma menina de dez anos de idade. Ao ser identificado pelos vizinhos, foi agredido com pedradas, apresentando diversas lesões, com sangramento importante, necessitando de atendimento médico de urgência. Terceiros solicitaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Alguns membros da equipe, ao iniciar o atendimento ao agressor que no momento estava na posição de vítima, discutiam com ele, agrediam verbalmente e até mesmo com intervenções físicas agressivas, **alegando por que havia feito aquilo com a criança [...] e que deveria pagar por isso [...]**. Neste contexto a situação no atendimento foi demorada e provavelmente poderia ter prejudicado a assistência à vítima (SANTANA; DUTRA; VIANA, 2012).

Como lidar com esta situação?

Questões para discussão:

1. Quais as implicações éticas e legais da situação problema em relação à responsabilidade ao compromisso dos profissionais?
2. Estabeleça uma relação da situação problema vivenciada acerca do da situação com os princípios da bioética e o Código de Ética da sua profissão.
3. Como profissional de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, quais as diretrizes estabelecidas para amenizar esses conflitos éticos e legais em um contexto

multidisciplinar?

4. No contexto vivenciado, surge o questionamento: como lidar com esta situação? Traçar comentários.

Estudo de Caso 03: Atendimento a vítimas de acidente automobilístico: neste cenário é ético retirar fotos e fazer filmagens do evento?

Acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atender a um capotamento com múltiplas em uma BR do estado de Minas Gerais. Foi liberado pela regulação médica duas unidades: 01 Unidade de Suporte Avançado (USA) e 01 Unidade de Suporte Básico de Vida (USB). Na abordagem da cena, as equipes deparam com um situação complexa no local, sendo avaliada a presença de 4 vítimas: 02 do sexo masculino, com aproximadamente 30 anos de idade, ejetados do veículo, ambas em óbito com exposição de massa encefálica e múltiplas lesões e duas vítimas também do sexo masculino, de aproximadamente 25 anos de idade, presos nas ferragens, ambas em óbito com múltiplas lesões e esmagadas pelas ferragens.

No local havia diversas pessoas agitadas e alguns registrando o trágico evento com filmagens e fotos pelo celular. As equipes do SAMU realizaram a primeira avaliação e após constatação dos óbitos pelo médico, foi solicitado pelo médico intervencionista e enfermeira do serviço que não fosse retirada fotos e nem filmagem, porém os terceiros presentes no local não respeitaram a solicitação dos profissionais e ainda os criticaram (SANTANA, 2014).

Como lidar com esta situação?

Questões para discussão:

1. Quais as implicações éticas e legais da situação problema em relação à responsabilidade ao compromisso dos profissionais?
2. Estabeleça uma relação da situação problema vivenciada acerca do da situação com os princípios da bioética e o Código de Ética da sua profissão.
3. Como profissional de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, quais as diretrizes estabelecidas para amenizar esses conflitos éticos e legais em um contexto multidisciplinar?
4. No contexto vivenciado, surge o questionamento: como lidar com esta situação? Traçar

comentários.

Estudo de Caso 04: Atendimento à vítima de Perfuração por Arma de Fogo (PAF).

Acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atender a vítima de Perfuração por Arma de Fogo (PAF). Na abordagem da cena a equipe da Unidade de Suporte Avançado (USA), deparou com uma vítima do sexo masculino, 18 anos de idade, já em óbito, com diversos orifícios de entrada na região da cabeça e tórax, além da exposição de massa encefálica. O médico da unidade constatou o óbito e solicitou aos terceiros a não manipular a vítima para não descaracterizar a cena. Porém os solicitantes começaram a agredir a equipe, acusando os profissionais de omissão de socorro e solicitando para investir na vítima e encaminhar para o hospital, foi necessário à intervenção da Polícia Militar (PM) para controlar a situação e preservar a segurança da equipe (SANTANA, 2014).

Como lidar com esta situação?

Questões para discussão:

1. Quais as implicações éticas e legais da situação problema em relação à responsabilidade ao compromisso dos profissionais?
2. Estabeleça uma relação da situação problema vivenciada acerca do da situação com os princípios da bioética e o Código de Ética da sua profissão.
3. Como profissional de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, quais as diretrizes estabelecidas para amenizar esses conflitos éticos e legais em um contexto multidisciplinar?
4. No contexto vivenciado, surge o questionamento: como lidar com esta situação? Traçar comentários.

12.8 Considerações

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, devido as suas particularidades e dinâmica da urgência e emergência, tende a ser tecnicista, devido à falta de tempo, complexidade dos diversos cenários no atendimento ou mesmo por recursos humanos reduzidos. Porém é possível atender com um olhar diferenciado, mais humano e ético, em

interface com os princípios legais do exercício profissional.

O processo da assistência fundamentado nas premissas da humanização e da ética no APH faz-se necessário a partir de uma reflexão das atitudes éticas de toda a equipe e da sociedade como um todo. Ressalta-se a importância do trabalho em equipe, do preparo da equipe multiprofissional no APH, do respeito dos limites quando não existe mais perspectiva de vida, além do respaldo legal para o exercício profissional em situações complexas inerentes do ambiente pré-hospitalar.

Apesar do trabalho e o cuidar ser realizado em um ambiente hostil, causadores de estresse, exposição e riscos dos profissionais e sobrecarga emocional da equipe, a assistência deve ser realizada da melhor maneira possível, fundamentada no conhecimento técnico científico e respaldada na legalidade e nos princípios da bioética. Os profissionais do APH têm o dever de prestar uma assistência livre de imprudência, negligência e imperícia, pautada nos princípios que regem os ditames dos Códigos de Ética.

Identifica-se um cenário complexo no ambiente pré-hospitalar, que coloca a equipe em situações de vulnerabilidade, neste contexto é mister alavancar as discussões que tangem os princípios éticos e legais de cada profissão, amparados pelos Códigos de Ética dos Profissionais, a discussão por parte das diversas profissões e a contribuição das Comissões de Ética vêm agregar novos conhecimentos e valores, com um caráter consultivo, reflexivo e ético, com o intuito de auxiliar nas questões que caracterizam infrações éticas, em busca de minimizar esses problemas e propiciar um diálogo aberto com todos os sujeitos envolvidos. Precisamos urgentemente **REPENSAR** na prática profissional para garantirmos uma assistência **SEGURA**, tanto para o paciente quanto seus familiares e para os profissionais do APH.

É ainda, de fundamental importância, abriremos espaços de discussões com a equipe multiprofissional do APH com o intuito de refletirmos sobre a prática no cotidiano laboral, e na vigência de algum problema ético e legal, é necessário atentarmos para o ocorrido com vistas a uma possível solução em consonância com princípios da bioética: não maleficência, beneficência, autonomia e justiça e a responsabilidade legal dos protagonistas envolvidos neste cenário.

Recomendação de estratégia de capacitação

Deste módulo de capacitação os autores visaram o desenvolvimento de conteúdos relevantes para uma aprendizagem ativa dos participantes considerando: aspectos éticos e

bioéticos contemplando a dimensão humana no atendimento e autocuidado da equipe. Os conceitos, a apresentação de casos clínicos, com questões reflexivas e recomendações nas habilidades de comunicação, focalizaram o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes.

As metodologias atuais de aprendizagem ativa são baseadas em equipes nas quais se utiliza o trabalho em grupo em (TBL), e possivelmente, dependem da interação de estudantes ou profissionais de saúde guiados por um professor, facilitador.

Nesse tipo de metodologia objetivam-se três aspectos importantes: em primeiro lugar, com TBL, o trabalho em grupo é central para melhorar a capacidade do estudante em aplicar o conteúdo em estudo. Segundo, a maior parte do tempo de aula utiliza-se para interação grupal. Terceiro, os conteúdos ministrados normalmente envolvem várias atribuições de grupo que são projetadas para melhorar aprendizagem (MICHAELSEN; SWEET, 2008).

REFERÊNCIAS

ARROGANT, A. O.; PÉREZ-GARCÍA, B; APARICIO-ZALDÍVARA, E.G. Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermeira. **Enfermería Intensiva**. v. 27. n. 1. Enero - Marzo 2016.

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, W.D. Filho. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n, 1, p. 132-135, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2016.

BARCIFICONTAINE, C.P; PESSINI, L. **Bioética: Alguns desafios**. 2 ed. São Paulo. Ed. Loyola, 2002.347 p.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola 2002.

BRASIL. Portaria GM nº. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 01 mar. 2016.

BRASIL. Portaria GM nº. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 1 mar. 2016.

BRASIL. Portaria GM nº. 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em: 1 mar. 2016.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, A. A.; BERNARDES A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 19, n.1, p. 45-53, 2010.

CAMPBELL, M. Nurse to Nurse. **Cuidados paliativos em enfermagem**. Porto Alegre:

AMGH, 2011. Tradução de: Maiza Ritomy.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança**: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 29-87.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007 e seu anexo**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 1 mar 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM 1931, de 17 de setembro de 2010. Brasília: CFM; 2010.

CHALITA G. **Os dez mandamentos da ética**. [S. l.]: Nova fronteira. 2009.

CHANDRA, N. C.; HAZINSKI, M. F. **Suporte Básico de Vida**. Programa de educação profissional da AHA.1997

DOLOR, A. L. T. **Atendimento pré-hospitalar**: histórico do papel do enfermeiro e os desafios éticos legais. Dissertação de mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

FANNING, R. M.; EFARESI, M. B.; GABA, M. D. **The role of debriefing in simulation – based learning**. Simulation in Health, 2007.

FERNÁNDEZ M. S.; VALCÁRCEL, A. C. **Communication skills training in Palliative Care**: experience with nursing undergraduates. 1. ed. Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos. 2013 Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

FISCHER, V. M. R.; AZEVEDO, T.M.V.E.; FERNANDES, M.F.P. O enfermeiro diante do atendimento pré-hospitalar: uma abordagem sobre o modo de cuidar ético. **REME - Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 253-258, 2006.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 30-35, 2004.

GARLET, E. R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento as urgência e emergência** (dissertação de mestrado). Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. M. de. **Vínculo, acolhimento e abordagem**

psicossocial: a prática da integralidade. Módulo psicossocial UNASUS, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf>. Acesso: 1 mar. 2016.

LEITE, T. A. A. F.; STRONG, M. I. **A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar.** O mundo da saúde, São Paulo. 2006; 30:203-14.

MACHADO, M.F.A.S. et.al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=es>. Acesso em: 1 mar. 2016.

MAGALHÃES, A.M.P.B. A equipe do SAMU-BH: aspectos psicossociais no espaço urbano. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, suplemento II, X Congresso Mineiro de Terapia Intensiva. São Paulo, 2007. p. 14.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M.A.D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 42, n. 1 p. 41-47, 2008.

MICHAELSEN, L. K.; SWEET M. **New Directions For Teaching And Learning**, n. 116, Winter 2008. Wiley Periodicals, Inc. Published online in Wiley InterScience <www.interscience.wiley.com>. DOI: 10.1002/tl.330

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2016.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 320-327, 2009.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 509-514, 2008.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p 856-862, 2009.

SANTANA, J. C. B. **A escuta da terminalidade da vida: uma reflexão bioética** (Tese de doutorado). Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2014. 236 p.

SANTANA, J. C. B; DUTRA, B. S.; CAMPOS, A. C. V. **Conflitos éticos na área da**

saúde: como lidar com esta situação? 1. ed. São Paulo: Érica Ltda., 2012. v. 1. 206 p.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem.** São Leopoldo. 2. ed. Unisinos, 2005. 160 p.

SILVA, M. J. P; ARAÚJO, M. M. T; PUGGINA, A. C. G. **Humanização em UTI.** In: Padilha *et al.* **Enfermagem em UTI:** cuidando do paciente crítico. São Paulo. 1. ed. Manole, 2010. p. 1324-1366.

SILVA, M. J. P. **Humanização.** In: SOUZA, R. M. C. *et al.* **Atuação no trauma:** uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009. 113- 127p.

SINZ, E.; NAVARRO, K. (Editores). **Dinâmicas da equipe para uma ressuscitação eficaz.** Parte 3. In: **Suporte avançado de vida cardiovascular:** manual do profissional. [S. l.]: [S. n], 2011. p. 17-23.

VIEIRA, C. M. S; MUSSI, F.C. A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Revista Escola de Enfermagem,** São Paulo, v. 42, p. 793-797, 2008.

ANEXO I - Relação de equipamentos e materiais permanentes utilizados na USB, USA, Central de Regulação e Bases Descentralizadas

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES	
Itens	Local
ASPIRADOR DE SECREÇÃO A VÁCUO PORTÁTIL PARA USO PRÉ-HOSPITALAR	USA e USB
DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO COM CABO DE MONITORIZAÇÃO.	USB
INCUBADORA NEONATAL PARA TRANSPORTE	USA
LARINGOSCÓPIO ADULTO COM CONJUNTO DE LÂMINAS	USA
LARINGOSCÓPIO INFANTIL COM CONJUNTO DE LÂMINAS	USA
MONITOR MULTI-PARÂMETROS E DEFIBRILADOR (MONITORAÇÃO DE ECG, MONITORAÇÃO DE PRESSÃO NÃO INVASIVA, OXIMETRIA DE PULSO, REGISTRADOR, MARCAPASSO EXTERNO E DEFIBRILADOR) PARA USO PRÉ-HOSPITALAR COM CAPNOGRAFIA E OXÍMETRO	USA
OXÍMETRO DE PULSO COM CURVA EPISTEMOGRÁFICA E PROTEÇÃO ANTI CHOQUE E TELA DE CRISTAL LÍQUIDO PARA USO PRÉ-HOSPITALAR	USA e USB
VENTILADOR PULMONAR PARA TRANSPORTE DE PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS E NEONATOS PARA USO PRÉ-HOSPITALAR	USA
ESFIGMOMANÔMETRO ADULTO	USA e USB
ESFIGMOMANÔMETRO PEDIÁTRICO	USA e USB
ESFIGMOMANÔMETRO NEONATAL	USA e USB
ESTETOSCÓPIO ADULTO	USA e USB
ESTETOSCÓPIO PEDIÁTRICO	USA e USB
DETECTOR FETAL (SUGERIMOS PINARD NO PH)	USA e USB
CADEIRA DE RODAS DOBRÁVEL EM ALUMÍNIO	CR
CILINDRO DE O ₂ FIXO COM VÁLVULA, MANÔMETRO, FLUXÔMETRO, MÁSCARA E CHICOTE PARA OXIGENAÇÃO, COM CAPACIDADE PARA 4,0 M ³	USA e USB
CILINDRO DE AR COMPRIMIDO FIXO COM VÁLVULA, MANÔMETRO, FLUXÔMETRO, E CHICOTE PARA OXIGENAÇÃO, COM CAPACIDADE PARA 4,0 M ³	USA e USB
CILINDRO DE OXIGÊNIO EM ALUMÍNIO M6 ULTRALEVE. COM VÁLVULA, MANÔMETRO, FLUXÔMETRO, MÁSCARA E CHICOTE PARA OXIGENAÇÃO, COM CAPACIDADE PARA 1,0 M ³	USA e USB
MANÔMETRO COM FLUXÔMETRO PARA OXIGÊNIO	USA e USB
MANÔMETRO COM FLUXÔMETRO PARA AR COMPRIMIDO	USA e USB
MACA RETRÁTIL EM ALUMÍNIO TUBULAR	USA e USB
PRANCHA DE IMOBILIZAÇÃO PEDIÁTRICA	USA e USB
PRANCHA IMOBILIZADORA LONGA. ADULTO	USA e USB

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES (Continuação do Anexo I)	
Itens	Local
BANDEJA EM AÇO INOX – RETANGULAR 30X20X04 CM	USA
CABO DE BISTURI Nº 4	USA
PINÇA ANATÔMICA 14 CM, COM DENTE	USA
PINÇA ANATÔMICA 14 CM, SEM DENTE	USA
PINÇA DE MAGYLL 20 CM	USA
PINÇA DE MAGYLL 14 CM	USA
PINÇA HEMOSTÁTICA KELLY 18 CM - CURVA	USA
PINÇA HEMOSTÁTICA KELLY 14 CM - RETA	USA
PINÇA HEMOSTÁTICA KOCHER RETA, 16 CM	USA
PORTA AGULHA MAYO HEGAR, 14 CM	USA
TESOURA CIRÚRGICA MATZEMBAUN DELICADA ROMBA FINA 15 CM, CURVA	USA
TESOURA CIRÚRGICA MAYO-HEGAR RETA C/ PONTA ROMBA FINA 17 CM	USA
MICROCOMPUTADOR COMPLETO	CR
MICROCOMPUTADOR COMPLETO (COM 2 MONITORES)	CR
ESTABILIZADORES VOLTAGEM PARA MICROCOMPUTADOR. POTÊNCIA DE SAÍDA DE 1,0 KVA;	CR
NOTEBOOK	CR
PROJETOR MULTIMÍDIA	CR
RELÓGIO BIOMÉTRICO	CR e BD
IMPRESSORA MONOCROMÁTICA A LASER	CR
CELULAR	CR
ARMARIO AÉREO EM AÇO 3 PORTAS MEDINDO APROXIMADAMENTE 55 X 105 X 28 CM	CR e BD
ARMÁRIO ALTO 2 PORTAS / PRATELEIRAS 80 X 50 X 160 MEL ARG EST PRATA	CR e BD
ARMÁRIO ALTO 2 PORTAS ARQUIVO MEL ARG EST PRATA	CR
ARMÁRIO BAIXO 1 PORTAS COM 3 GAVETAS, 1 GRANDE (ARQUIVO) E 2 PEQUENAS COM SOBRETAMPO 80 X 50 X 75 MEL ARGILA EST PRATA	CR e BD
BALCÃO DE ATENDIMENTO CENTRAL COM PAINEL METÁLICO INFERIOR COM 01 PAR DE PÉS MED: 1500.1500.1100/740 COM BALCÃO LD RETO COM PÉ PAINEL LD E PAINEL METÁLICO INFERIOR (SOMENTE P/ CONEXÃO) MED: 1300.700/300.1100/740	CR
BANCO ALTO	CR
BANCO COM 3 LUGARES	CR
BEBEDOURO	CR e BD
CAMA	CR e BD
CADEIRA FIXA EM ESPUMA INJETADA REVESTIDA SEM BRAÇOS TEC LARANJA	CR e BD

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES (Continuação do Anexo I)	
Itens	Local
CADEIRA GIRATÓRIA EM ESPUMA INJETADA REVESTIDA C/ BRAÇOS TEC LARANJA	CR e BD
ESCANINHO PARA VESTUÁRIO COM 08 PORTAS DUPLO	CR e BD
ESTANTES DE AÇO COM 06 PRATELEIRAS	CR e BD
MESA DE CENTRO	CR e BD
MESA COM 4 CADEIRAS REFEITORIO	CR e BD
MESA DE REGULAÇÃO COM 11 POSIÇÕES	CR
MESA 180X75 SEM GAVETAS	CR
MESA DE TRABALHO COM 3 GAVETAS 120 X 75 X 75 MEL ARG EST PRATA	CR e BD
MESA REUNIÃO OVAL 200 X 100 X 75 MEL ARGILA EST PRATA	CR
POLTRONAS RECLINÁVEIS EM 03 POSIÇÕES	CR
SOFÁ EM COURISSIMO 3 LUGARES	CR e BD
FORNO DE MICROONDAS 30 LITROS	CR e BD
TELEVISÃO 32 POLEGADAS	CR e BD
TELEVISÃO 42 POLEGADAS	CR
SUPORTE PARA TV	CR e BD
CAFETEIRA ELÉTRICA	CR e BD
COMPRESSOR DE AR	CR
CONDICIONADOR DE AR 30000 BTU'S	CR
CONDICIONADOR DE AR 9000 BTU'S	CR e BD
ESCADA DE ALUMINIO TIPO PLATAFORMA 12 DEGRAUS	CR e BD
ESCADA DE ALUMINIO TRIANGULAR CINCO DEGRAUS	CR e BD
SELADORA PARA FRACIONAMENTO DE MATERIAL	CR
REFRIGERADOR DOMÉSTICO COM CAPACIDADE ÚTIL APROX. DE 360 LITROS	CR e BD
CARRO FUNCIONAL PARA LIMPEZA	CR

ANEXO II - Relação de materiais de consumo utilizados na USB, USA, Central de Regulação e Bases Descentralizadas

MATERIAIS DE CONSUMO	
Itens	Local
TALA DE TRAÇÃO DE FÊMUR (TTF) TAMANHO ADULTO - TRACIONADOR DE FÊMUR	USA, USB e CR
TALA DE TRAÇÃO DE FÊMUR (TTF) TAMANHO INFANTIL - TRACIONADOR DE FÊMUR	USA, USB e CR
COLETE DE IMOBILIZAÇÃO DORSO-LOMBAR TIPO KED	USA e USB
MOCHILA PARA MATERIAL E EQUIPAMENTO DE VIA AÉREA - AZUL	USA e USB
MOCHILA PARA MATERIAL E EQUIPAMENTO DE PROCEDIMENTO - LARANJA	USA e USB
MOCHILA PARA MATERIAL E EQUIPAMENTO - VERMELHA	USA e USB
LANTERNA DE MÃO DO TIPO RECARREGÁVEL	USA, USB e CR
CONES DE SINALIZAÇÃO DE TRÂNSITO, EM TAMANHO MÉDIO	USA e USB
CONJUNTO DE CINTOS (TIRANTE ARANHA) - TAMANHO ADULTO	USA e USB
CONJUNTO DE CINTOS (TIRANTE ARANHA) - TAMANHO INFANTIL	USA e USB
CONJUNTO DE COLARES CERVICAIS - INFANTIL, NEONATAL, ADULTO (PP,P,M,G)	USA e USB
CONJUNTO DE TALAS, TAMANHO P(53 X 08CM), M(63 X 9CM) G(86 X 10CM) E EXTRA G(1,20 X 12CM) LARGURA 3", CONFECCIONADAS EM TELA ARAMADA, MALEAVEL, RECOBERTO EM "EVA" FLEXIVEL DE POLIURETANO 100% IMPERMEAVEL	USA e USB
FITA PLASTICA ZEBRADA SEM ADESIVO, 70MM X 20M;	USA e USB
LANTERNA DE BOLSO TIPO LAPISEIRA, DE USO MÉDICO, COM DUAS PILHAS DE 1,5V.	USA e USB
GUIA DE INTUBAÇÃO BOUGIE	USA
FIXADOR LATERAL DE CABEÇA E PESCOÇO - BACHAL	USA, USB e CR
FIOS-GUIA PARA ENTUBAÇÃO - ADULTO	USA
FIOS-GUIA PARA ENTUBAÇÃO - PEDIÁTRICO	USA e USB
TELA DE PROJEÇÃO	CR
CD-RW VIRGEM, FUNDO PRETO	CR
PEN DRIVE 16GB	CR
RELÓGIO DE PAREDE	BD e CR
CAIXA TERMICA CAPACIDADE MÍNIMA 40L	BD e CR
PALET	CR
ENGRADADO PLASTICO SEM DIVISORIAS INTERNAS	BD e CR

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
COPO TRANSPARENTE-VIDRO CAPACIDADE MÍNIMA 190 ml	BD e CR
JOGO DE TALHERES C/ MÍNIMO 18 PÇS (CONTENDO 6 COLHERES, 6 GARFOS E 6 FACAS)	BD e CR
SANDUICHEIRA	BD e CR
VENTILADOR	BD
GARRAFA TÉRMICA CAPACIDADE MINIMA 1L	BD e CR
POTES PLÁSTICOS RETANGULARES INCOLORES COM CAPACIDADE DE 1000ml E MÁXIMA DE 2000 ml	BD e CR
POTES PLÁSTICOS RETANGULARES INCOLORES COM CAPACIDADE MÍNIMA DE 8.000mL E MÁXIMA DE 10.000 ml COM TRAVAS	BD e CR
POTES PLASTICOS RETANGULARES INCOLORES COM CAPACIDADE DE 5.000 ml	BD e CR
POTES PLASTICOS RETANGULARES INCOLORES COM CAPACIDADE MINIMA DE 30.000 ml COM TRAVAS	BD e CR
POTES PLASTICOS RETANGULARES INCOLORES COM CAPACIDADE MINIMA DE 50.000 ml COM TRAVAS	BD e CR
DISPENSER PARA COPOS DESCARTÁVEIS - ÁGUA	BD e CR
DISPENSER PARA DESCARTE DE COPOS DESCARTÁVEIS	BD e CR
COBERTOR POPULAR 100% POLIESTER TAMANHO SOLTEIRO	USA e USB
COBERTOR 67% POLIESTER E 33% ALGODÃO, TAMANHO 150X200 CM	CR
COLCHA DE PIQUET, ADULTO, EM TECIDO 100% ALGODÃO	BD e CR
COLCHÃO SOLTEIRO IMPERMEÁVEL	USA, USB e CR
COPO DESCARTÁVEL NA COR BRANCA, CAPACIDADE 200 ml	BD e CR
FRONHA DE CAMA	CR
LENÇOL	CR
TRAVESSEIRO IMPERMEÁVEL	BD e CR
ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100 mg	USA e USB
ADENOSINA	USA
ADRENALINA	USA e USB
AGUA BIDEDESTILADA	USA e USB
AGUA OXIGENADA	USA e USB
ALCOOL 70%	USA e USB
ALCOOL 70% - ALMOTOLIA	USA e USB
BICARBONATO DE SÓDIO	USA e USB
BROMETO DE M-BUTIL ESCOPOLAMINA + DAPIRONA	USA e USB
BROMETO DE VENCURÔNIO	USA

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
CAPTOPRIL 25 mg	USA e USB
CITRATO DE FENTANILA 0,05 mg/ml	USA
CLOPIDOGREL 75 mg	USA
CLORETO DE POTÁSSIO	USA
CLORETO DE SUXAMETÔNIO - SUCCINIL COLINA	USA
CLORIDRATO DE AMIODARONA	USA
CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA	USA e USB
CLORIDRATO DE DEXTROCETAMINA	USA
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% COM VASOCONSTRITOR	USA
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 1% SEM VASOCONSTRITOR	USA
CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 0,5 mg/ml	USA e USB
CLORIDRATO DE ONDANCENTRONA	USA e USB
CLORIDRATO DE ONDANCENTRONA - 8 mg	USA e USB
CLORIDRATO DE PROMETAZINA	USA e USB
CLORIDRATO DE TRAMADOL	USA e USB
DIAZEPAM 10 mg	USA e USB
DINITRATO DE ISOSSORBIDA	USA e USB
DIPIRONA SÓDICA	USA e USB
DOBUTAMINA	USA
CLORIDRATO DE DOPAMINA	USA
ETOMIDATO	USA
FENITOÍNA SÓDICA	USA e USB
FENOBARBITAL	USA e USB
FLUMAZENIL	USA e USB
FUROSEMIDA	USA e USB
GLICOSE HIPERTÔNICA 25%	USA e USB
GLUCONATO DE CÁLCIO	USA
HALOPERIDOL	USA e USB
HEMITARTARATO DE NORADRENALINA	USA
HIOSCINA	USA e USB
LACTATO DE BIPERIDENO	USA
MANITOL	USA
MIDAZOLAM	USA
PVPI TÓPICO	USA
SALBUTAMOL SPRAY 100MCG - FRASCO COM 200 DOSES	USA e USB
SOLUÇÃO ISOTÔNICA CLORETO DE SÓDIO	USA e USB

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	USA e USB
SOLUÇÃO ISOTÔNICA DE CLORETO DE SÓDIO	USA e USB
SOLUÇÃO ISOTÔNICA DE GLICOSE	USA e USB
SOLUÇÃO ISOTÔNICA DE GLICOSE.	USA e USB
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100 mg	USA e USB
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500 mg	USA e USB
SULFATO DE ATROPINA	USA e USB
SULFATO DE MORFINA	USA
TARTARATO DE METOPROLOL	USA
SULFATO DE MAGNÉSIO 50%	USA
TIAMINA 100 mg/ml	USA e USB
AVENTAL DESCARTÁVEL IMPERMEÁVEL MANGA LONGA	USA e USB
AVENTAL IMPERMEÁVEL EM NYLON EMBORRACHADO	BD e CR
CAPA DE CHUVA EM NYLON EMBORRACHADO COM FAIXAS REFLETIVAS PADRÃO SAMU	CR
LUVA DE BORRACHA, PARA LIMPEZA Nº 7	BD e CR
LUVA DE BORRACHA, PARA LIMPEZA Nº 8	BD e CR
MÁSCARAS CIRÚRGICAS DESCARTÁVEIS	USA e USB
MÁSCARA FACIAL N95	USA e USB
ÓCULOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	USA e USB
LUZ/LÂMPADA DE EMERGÊNCIA	USA e USB
APAGADOR PARA QUADRO BRANCO	BD e CR
APONTADOR DE LÁPIS PLÁSTICO	BD e CR
BORRACHA PLÁSTICA	BD e CR
CAIXA DE ARQUIVO (POLIONDA 35X13X24,5)	BD e CR
CANETA ESFEROGRÁFICA COR AZUL, EMBALADAS CAIXA.	BD e CR
CANETA ESFEROGRÁFICA COR VERMELHA, EMBALADAS EM CAIXA	BD e CR
CANETA HIDROGRÁFICA FOSFORESCENTE	BD e CR
CANETA MARCADOR PARA QUADRO BRANCO NA COR AZUL	BD e CR
CANETA MARCADOR PARA QUADRO BRANCO NA COR PRETA	BD e CR
CANETA MARCADOR PARA QUADRO BRANCO NA COR VERMELHO	BD e CR
CLIPS Nº4/0 CROMADO E NIQUELADO DE BOA QUALIDADE	BD e CR
CLIPS Nº8/0 CROMADO E NIQUELADO DE BOA QUALIDADE	BD e CR
COLA BRANCA	BD e CR
CORRETIVO LÍQUIDO	BD e CR
ELÁSTICO EM LÁTEX NÚMERO 18 – EMBALAGEM COM 100 GRAMAS	BD e CR

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
ENVELOPE OFÍCIO BRANCO - 11X22CM	CR
ENVELOPE OFÍCIO BRANCO - 24X34CM	CR
ENVELOPE OFÍCIO PARDO - 24X34CM	CR
ENVELOPE PARDO - 41X31CM	CR
ESPONJA PARA CARIMBO AZUL/PRETA	BD e CR
EXTRATOR DE GRAMPO CROMADO OU DE METAL REVESTIDO COM PLÁSTICO	BD e CR
FITA ADESIVA DE CREPE 2 CM X 20 MTS	BD e CR
FITA ADESIVA TIPO DUREX	BD e CR
FITA ADESIVA, PARA EMPACOTAMENTO 72MM	CR
GRAMPEADOR PEQUENO - PARA GRAMPO 26/6	BD e CR
GRAMPEADOR INDUSTRIAL - PARA GRAMPO 23/6 A 23/13	CR
GRAMPO ENCADERNADOR TIPO TRILHO DE METAL	CR
GRAMPO PARA GRAMPEADOR 26X6 NIQUELADO, FIO REFORÇADO, CARREIRA DE 100 GRAMOS	BD e CR
GRAMPO PARA GRAMPEADOR INDUSTRIAL 23X13	CR
LACRE NUMERADO PARA MALOTE	BD e CR
LÁPIS PRETO	BD e CR
LIXERIA METALICA TELADA MEDIA	BD e CR
LIVRO DE ATA MEDINDO, COM 100 FOLHAS	BD e CR
LIVRO DE PROTOCOLO, COM 100 FOLHAS,	BD e CR
LIVRO DE REGISTRO DE ENTORPECENTES.	BD e CR
PAPEL A4 PACOTE	CR
PASTA COM ABA E ELÁSTICO, FORMATO OFÍCIO, PLASTIFICADA,	BD e CR
PASTA REGISTRADORA AZ, FORMATO OFÍCIO	CR
PASTA SUSPENSIVA COM TRILHO E SUPORTE METALIZADO.	CR
PERFURADOR DE PAPEL	BD e CR
PILHA ALCALINA GRANDE D	BD e CR
PILHA ALCALINA MÉDIA C	BD e CR
PILHA ALCALINA PEQUENA AA	BD e CR
PILHA ALCALINA PEQUENA AAA	BD e CR
PINCEL ATÔMICO NA COR AZUL	CR
PINCEL ATÔMICO NA COR PRETA	CR
PINCEL ATÔMICO NA COR VERMELHA	CR
PORTA CLIPS DE PLASTICO COM BOCAL MAGNÉTICO	BD e CR
PRANCHETA DE ACRILICO	USA, USB e CR

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
RÉGUA DE ACRÍLICO RESISTENTE, ESCALA MILIMÉTRICA, MEDINDO 30CM DE COMPRIMENTO	BD e CR
TINTA PARA CARIMBO, COR PRETA	BD e CR
CALCULADORA ELETRÔNICA	CR
QUADRO BRANCO 200CM X120CM	BD e CR
TESOURA GRANDE PARA PAPEL EM AÇO INOXIDÁVEL	BD e CR
DESINFETANTE BACTERICIDA E GERMINICIDA	BD e CR
DETERGENTE LIQUIDO NEUTRO, CONCENTRADO, 100% BIODEGRADÁVEL, PARA LIMPEZA, PISOS E PAREDES	BD e CR
DETERGENTE LIQUIDO NEUTRO, CONCENTRADO, 100% BIODEGRADÁVEL, PARA LIMPEZA, UTENSÍLIO NA ÁREA DE PROCESSAMENTO DE ALIMENTOS.	BD e CR
ESPONJA DE DUPLA FACE EM ESPUMA	BD e CR
FLANELA PARA POLIMENTO DE SUPERFÍCIES	BD e CR
LIMPA VIDROS	BD e CR
DISPENSADOR DE SABÃO LÍQUIDO	BD e CR
DISPENSER PARA PAPEL TOALHA	BD e CR
DESINFETANTE À BASE DE HIPOCLORITO DE SÓDIO COM 3% DE CLORO ATIVO (10.000PPM)	BD e CR
LIXEIRA GRANDE COM TEMPA PEDAL E RODA - PLASTICO - 120L	CR
LIXEIRA GRANDE COM TAMPA E PEDAL - PLASTICO - 100L	BD e CR
LIXEIRA MEDIA COM TAMPA E PEDAL - PLASTICO - 50L	BD e CR
LIXEIRA PEQUENA COM TAMPA E PEDAL - PLASTICO - 25L	BD e CR
PANO DE CHAO ALVEJADO 48X70CM	BD e CR
PAPEL HIGIÊNICO NA COR BRANCA	BD e CR
PAPEL TOALHA DE PAPEL INTERCALADA, BRANCA	BD e CR
RESERVATORIO PARA SABÃO LIQUIDO C/TAMPA	BD e CR
RODO 40CM TODO EM ALUMÍNIO	BD e CR
RODO PARA PIA	BD e CR
SABONETE LÍQUIDO PARA ANTI-SEPSIA DE MÃOS EM COZINHAS INDUSTRIAIS	BD e CR
SACO BRANCO PARA LIXO INFECTANTE 100 L	BD e CR
SACO BRANCO PARA LIXO INFECTANTE 30 L	BD e CR
SACO PLÁSTICO PARA LIXO, COM CAPACIDADE PARA 100 LITROS	BD e CR
SACO PLÁSTICO PARA LIXO, COM CAPACIDADE PARA 30 LITROS	BD e CR
SACO PLÁSTICO PARA LIXO, COM CAPACIDADE PARA 60 LITROS	BD e CR
VASSOURA DE TETO	BD e CR

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
VASSOURA DE PELO LIMPEZA INTERNA	BD e CR
VASSOURA DE PIAÇAVA LIMPEZA DE PÁTIO	BD e CR
VASSOURA PARA SANITARIO COM SUPORTE	BD e CR
AGULHAS HIPODÉRMICAS 30X0,8	USA e USB
AGULHAS HIPODÉRMICAS 25X0,7	USA e USB
AGULHAS HIPODÉRMICAS 40X12	USA e USB
ALMOTOLIAS FOTOSSENSÍVEL - POLVIDINE TÓPICO/ ÁLCOOL/SABÃO LÍQUIDO	USA e USB
ATADURA DE CREPON MEDINDO 10 CM X 4,5M	USA e USB
ATADURA DE CREPON MEDINDO 15 CM X 4,5M	USA e USB
ATADURA DE CREPON MEDINDO 20 CM X 4,5M	USA e USB
CAIXA DE LIXO HOSPITALAR / PERFUROCORTANTE	USA e USB
CÂNULA OROFARÍNGEA TAMANHO 0	USA e USB
CÂNULA OROFARÍNGEAL TAMANHO 1	USA e USB
CÂNULA OROFARÍNGEA TAMANHO 2	USA e USB
CÂNULA OROFARÍNGEA TAMANHO 3	USA e USB
CÂNULA OROFARÍNGEA TAMANHO 4	USA e USB
CÂNULA OROFARÍNGEA TAMANHO 5	USA
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA S/ BALONETE N 3,0	USA
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA S/ BALONETE N 4,0	USA
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA C/ BALONETE N 7,5	USA
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA C/ BALONETE N 8,0	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 5	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 5,5	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 6	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 7	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 7,5	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 8	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 8,5	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL C/ BALONETE Nº 9	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL S/ BALONETE Nº 2,5	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL S/ BALONETE Nº 3	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL S/ BALONETE Nº 3,5	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL S/ BALONETE Nº 4	USA
CÂNULA ENDOTRAQUEAL S/ BALONETE Nº 4,5	USA
CATETER DE OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS ADULTO	USA e USB

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
CATETER DE OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS INFANTIL	USA e USB
CATETER VENOSO CENTRAL CALIBRE 16-20/23 CM	USA
CATETER VENOSO CENTRAL CALIBRE 22-20/28 CM	USA
CATETER VENOSO CENTRAL MONOLUME Nº 14	USA
CATETER VENOSO CENTRAL MONOLUME Nº 18	USA
CATETER VENOSO CENTRAL MONOLUME Nº 24	USA
COMPRESSA CIRÚRGICA MEDIDA 45 X 50 CM (PACOTES COM 5 UNIDADES)	USA e USB
COMPRESSA DE GAZE HIDRÓFILA ESTÉRIL (7,5X7,5) - PACOTE COM 5 UNIDADES	USA e USB
CONEXÃO 2 VIAS (EXTENSOR)/DISPOSITIVO INTERMEDIÁRIO - 2 VIAS	USA e USB
DISPOSITIVO DE TEFLON PARA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA Nº 14	USA e USB
DISPOSITIVO DE TEFLON PARA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA Nº 16	USA e USB
DISPOSITIVO DE TEFLON PARA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA Nº 18	USA e USB
DISPOSITIVO DE TEFLON PARA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA Nº 20	USA e USB
DISPOSITIVO DE TEFLON PARA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA Nº 22	USA e USB
DISPOSITIVO DE TEFLON PARA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA Nº 24	USA e USB
ELETRODO ADULTO/ PEDIÁTRICO/NEONATO	USA
EQUIPO P/ INFUSÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL – MACROGOTAS COM DISPOSITIVO INJETOR LATERAL	USA e USB
EQUIPO P/ INFUSÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL – FOTOSENSÍVEL	USA e USB
EQUIPO P/ INFUSÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL – MICROGOTAS COM DISPOSITIVO INJETOR LATERAL	USA e USB
ESPARADRAPO COMUM, COR BRANCA 10 CM X 4,5M	USA e USB
FIO MONO 2.0 – FIO CIRÚRGICO, MONOFILAMENTAR, DE POLIAMIDA, COR PRETA, ESPESSURA 2-0 COM AGULHA 2,5 AG 3/8 CORTANTE	USA
FIO MONO 3.0 - FIO CIRÚRGICO, MONOFILAMENTAR, DE POLIAMIDA, COR PRETA, ESPESSURA 3-0 COM AGULHA 2,5 AG 3/8 CORTANTE	USA
FIO MONO 4.0 –FIO CIRÚRGICO, MONOFILAMENTAR, DE POLIAMIDA, COR PRETA, ESPESSURA 4-0 COM AGULHA 2,5 AG 3/8 CORTANTE	USA
FIO MONO 5.0 - FIO CIRÚRGICO, MONOFILAMENTAR, DE POLIAMIDA, COR PRETA, ESPESSURA 5-0 COM AGULHA 2,0 AG SEMICIRCULAR CORTANTE	USA

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
FIO SEDA 2.0 – FIO CIRÚRGICO DE SEDA, TRANÇADO, COR PRETA, ESPESSURA 2-0 COM AGULHA 2,5 AG 3/8 CORTANTE	USA
FITA ADESIVA FLEXÍVEL, MICROPORE 12,5 CM X 10 M	USA e USB
FITA REATIVA DE GLICOSE HGT(CAIXA)	USA e USB
FRASCO COLETOR DE VIDRO COM ROSCA – ASPIRAÇÃO CAP.MAX. 500 ml PARA ASPIRADOR DE PAREDE, TIPO VENTURI.	USA e USB
KIT DRENO DE TORAX Nº 16 - ESTERIL	USA
KIT DRENO DE TORAX Nº 24 - ESTERIL	USA
KIT DRENO DE TORAX Nº 28 - ESTERIL	USA
KIT DRENO DE TORAX Nº 30 - ESTERIL	USA
KIT DRENO DE TORAX Nº 34 - ESTERIL	USA
KIT DRENO DE TORAX Nº 38 - ESTERIL	USA
ESPAÇADOR ADULTO (TIPO FLUMAX)	USA e USB
ESPAÇADOR PEDIÁTRICO (TIPO FLUMAX)	USA e USB
KIT PARTO DESCARTÁVEL	USA e USB
SACO PLÁSTICO DE PROTEÇÃO TÉRMICA PARA PREMATURO COM MENOS DE 1,5KG	USA
KIT PARA PUNÇÃO INTRAÓSSEA - ADULTO	USA
KIT PARA PUNÇÃO INTRAÓSSEA - INFANTIL	USA
LÂMINA DE BISTURI Nº 11	USA
LÂMINA DE BISTURI Nº 20	USA
LENÇOL DESCARTÁVEL PARA MACA	USA e USB
LUVAS CIRÚRGICAS ESTEREIS – Nº 7.0 (PARES)	USA e USB
LUVAS CIRÚRGICAS ESTEREIS – Nº 7.5 (PARES)	USA e USB
LUVAS CIRÚRGICAS ESTEREIS – Nº 8.0 (PARES)	USA e USB
LUVAS CIRÚRGICAS ESTEREIS – Nº 8.5 (PARES)	USA e USB
LUVA DESCARTÁVEL PARA PROCEDIMENTO - TAMANHO G (UNIDADES)	USA e USB
LUVA DESCARTÁVEL PARA PROCEDIMENTO - TAMANHO M (UNIDADES)	USA e USB
LUVA DESCARTÁVEL PARA PROCEDIMENTO -TAMANHO P (UNIDADES)	USA e USB
MANTA TERMICA ADULTO ALUMINIZADA	USA e USB
MASCARA LARÍNGEA Nº 1	USA
MASCARA LARÍNGEA Nº 2	USA
MASCARA LARÍNGEA Nº 3	USA
MASCARA LARÍNGEA Nº 4	USA
MASCARA LARÍNGEA Nº 5	USA
MÁSCARA P/ OXIGENAÇÃO COM RESERVATÓRIO ADULTO	USA e USB

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
MÁSCARA P/ OXIGENAÇÃO COM RESERVATÓRIO PEDIÁTRICO	USA e USB
PAPEL PARA ELETROCARDIOGRAMA(COMPATIVEL COM CARDIOVERSOR)	USA
PASTA ELETROLÍTICA GEL (POTE DE 250 ml)	USA
PERA DE ASPIRAÇÃO NUMERO 6	USA e USB
RESSUSCITADOR MANUAL BOLSA/VALVA/MÁSCARA C/ RESERVATÓRIO - ADULTO	USA e USB
RESSUSCITADOR MANUAL BOLSA/VALVA/MÁSCARA C/ RESERVATÓRIO - PEDIÁTRICO	USA e USB
RESSUSCITADOR MANUAL BOLSA/VALVA/MÁSCARA C/ RESERVATÓRIO - NEONATAL	USA e USB
SERINGA DESCARTÁVEL CAPACIDADE 1 CC	USA e USB
SERINGA DESCARTÁVEL CAPACIDADE 10 CC	USA e USB
SERINGA DESCARTÁVEL CAPACIDADE 20 CC	USA e USB
SERINGA DESCARTÁVEL CAPACIDADE 5 CC	USA e USB
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 6	USA e USB
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 8	USA e USB
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº10	USA e USB
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 12	USA e USB
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 14	USA e USB
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 16	USA e USB
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 18	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 6	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 8	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 10	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 12	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 14	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 16	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 18	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 20	USA e USB
SONDA NASO-GÁSTRICA LONGA TAMANHO 22	USA e USB
SONDA URETRAL TAMANHO 6	USA e USB
SONDA URETRAL TAMANHO 8	USA e USB
SONDA URETRAL TAMANHO 10	USA e USB
SONDA URETRAL TAMANHO 12	USA e USB
SONDA URETRAL TAMANHO 14	USA e USB
SONDA URETRAL TAMANHO 16	USA e USB

MATERIAIS DE CONSUMO (Continuação do Anexo II)	
Itens	Local
SONDA URETRAL TAMANHO 18	USA e USB
TERMÔMETRO DIGITAL	USA e USB
TUBO CIRÚRGICO LÁTEX Nº 201 FINO PARA GARROTE	USA e USB
TUBO CIRÚRGICO SILICONE Nº 204 PARA ASPIRAÇÃO	USA e USB
TUBO CIRÚRGICO SILICONE Nº 203 PARA OXIGÊNIO	USA e USB

ANEXO III - Relação de outros materiais utilizados na USB, USA, Central de Regulação e Bases Descentralizadas

OUTROS MATERIAIS	
Ítems	Local
BLOCO DE CONTROLE DE EXPURGO	USA e USB
BLOCO DE ENTREGA DE PERTENCES	USA e USB
BLOCO DE FICHAS DE APH CARBONADAS (BLOCOS COM 50 FOLHAS)	USA e USB
BLOCO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO	USA e USB
BLOCO CHECK LIST CONDUTOR/VEÍCULO	USA e USB
BLOCO CHECK LIST DA USA	USA e USB
BLOCO CHECK LIST DA USB	USB

Coordenação Estadual de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais

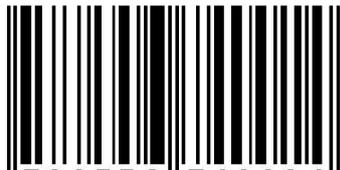
Alexandre Viana de Andrade
Bárbara Campolina Barbosa
Bárbara Moreira Viegas
Cinara da Rocha Ferreira
Christian Chebly Prata Lima
Cláudia Álvaro Fleury Martins
Diovana Paiva Faustino
Eduardo Emílio Rodrigues Teixeira
Emanuelle Cristina Coelho
Eliane da Costa Rodrigues
Felipe Augusto Brito Madureira
Felipe Leandro Batista
Giselle Coutinho dos Santos
Gleyka Lopes Martins
Izabella Andrade Torres
Josiana A. de Lima e Cotta
Marco Antônio de Oliveira Reis
Luciana Aparecida Soares Penna
Luciana Márcia Felisberto
Natália Carine Soares Cólem
Norberto Machado
Paola Alves Ferreira
Ronan Rodrigues Ferreira
Silvana Rossi
Stefânia Merciana Gomes Ferreira

SERVIÇO DE ATENDIMENTO
SUS



Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-5674-001-4



9 788556 740014



MINAS GERAIS
GOVERNO DE TODOS