

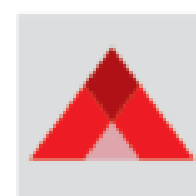
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192

Coordenação Estadual de Serviços Móveis de Urgência e Emergência

Maio de 2022



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

O SAMU 192 é uma política de saúde adotada em âmbito nacional desde 2003 e faz parte da Rede de Urgência e Emergência, como componente móvel desta. Tal política contempla a elaboração e operacionalização de legislações e normas federais que tratam em tempo presente da organização, funcionamento, financiamento e do processo assistencial.

O Serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores socorristas. Seu objetivo é chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgências situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, **obstétrica**, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

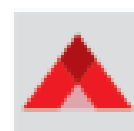
Fonte: Portaria nº 2048, de 05 de Novembro de 2002;

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).

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>



SAÚDE

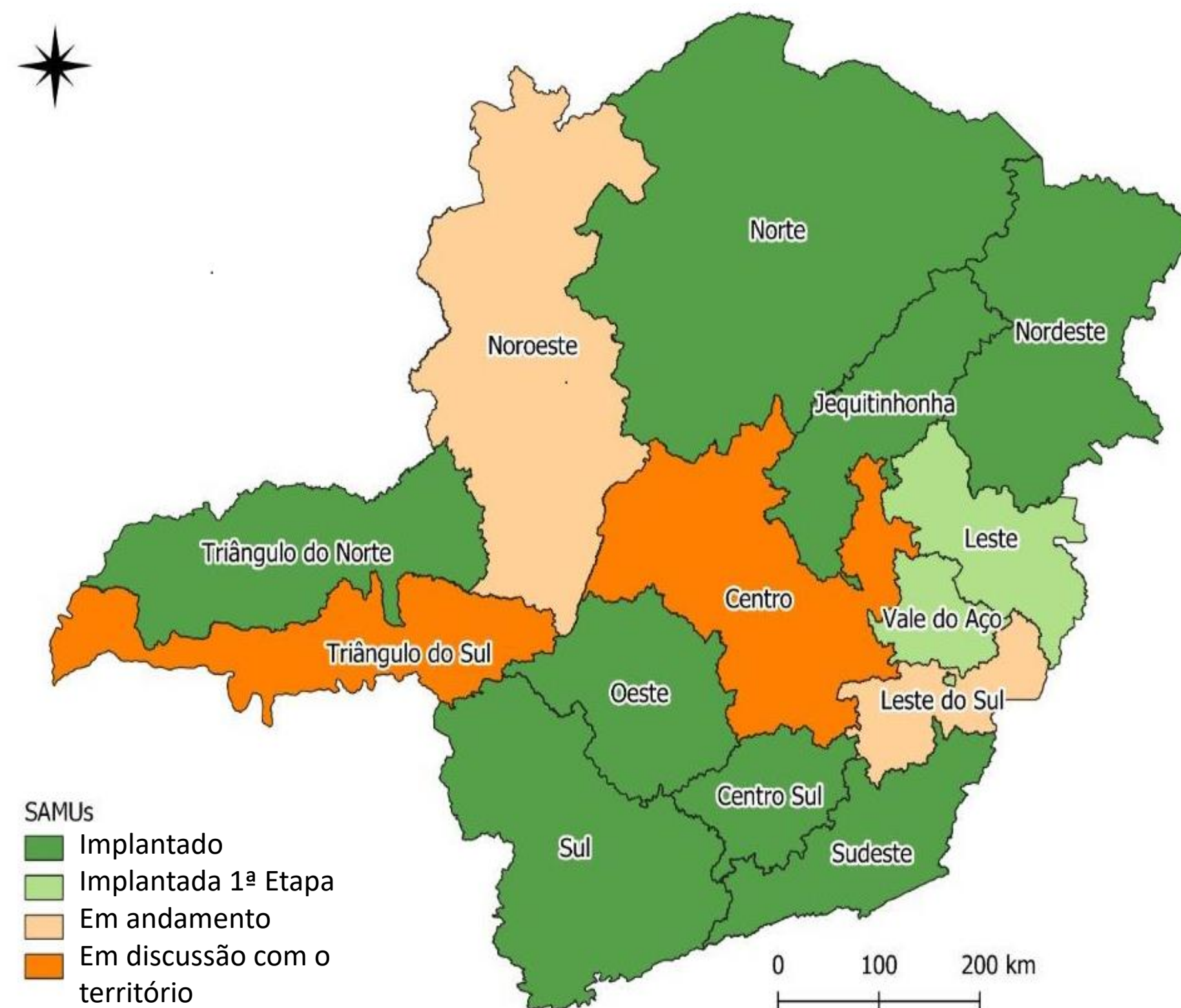


MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

A estratégia do Estado de Minas Gerais é a **regionalização** do SAMU 192 até o ano de 2023.

CENÁRIO ATUAL SAMU's Regionais – Minas Gerais



- Em funcionamento em 10 das 14 Macrorregiões de saúde do estado
- População atendida 11.476.624 habitantes (Fonte: PDR Saúde 2020)
- Aprox. 56% da população do estado
- Municípios contemplados -> 533 municípios
- 62,5% dos municípios do estado
- Implantado 1ª etapa: Leste e Vale do Aço
- Implantação em andamento -> Macrorregiões (Leste do Sul e Noroeste)
- Em discussão com o território: Centro e Triângulo do Sul.

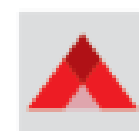
SAMU 192

As ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias, ambulanchas ou aeromédicos, conforme a disponibilidade e critérios para cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível.

Fonte: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

SAMU 192

Em Minas Gerais, os critérios de definição das alocações das bases descentralizadas constam na Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.476, de 21 de julho de 2021:

Art. 6º - A implantação do SAMU 192 Regional, além da observância às diretrizes ministeriais, deve considerar os critérios abaixo relacionais em conjunto, para garantir a premissa do tempo-resposta, ou seja, 90% da população em no máximo 60 minutos de um ponto de atenção fixo ou móvel:

- I - o município polo da Macrorregião de Saúde sediará a Central de Regulação de Urgência;
- II - o município polo da Macrorregião de Saúde deverá ter, no mínimo, uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma Unidade de Suporte Básico (USB);
- III - o município polo da Microrregião de Saúde, preferencialmente, deverá ter, no mínimo, uma Unidade de Suporte Básico (USB), desde que obedecido o disposto no inciso VIII deste artigo;
- IV - a base que contiver uma Unidade de Suporte Avançado deverá também conter, no mínimo, uma Unidade de Suporte Básico;
- V - o critério populacional mínimo de 1 (uma) Unidade de Suporte Básico (USB) para cada 100.000 habitantes e 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado (USA) para cada 450.000 habitantes, calculados por município, Macrorregião e Microrregião;

SAMU 192

VI - a localização das bases descentralizadas, onde se situará pelo menos uma USB, obedecerá ao tempo médio de resposta entre 20 e 30 minutos, considerando como critério de raio de ação dessas bases a velocidade média das vias de 60 Km/h nas áreas urbanas e rodovias, e de 30 Km/h nas áreas rurais;

VII - os municípios que terão sede das bases descentralizadas devem estar localizados preferencialmente em interseção rodoviária e não em final de rodovias e, preferencialmente, estar localizados estrategicamente de forma a conseguir abranger, pelo menos, mais dois municípios; e

VIII - a distribuição geográfica deve considerar a otimização da unidade móvel (USA e/ou USB) e a garantia da cobertura de áreas, que apesar do atendimento dos critérios acima, possui tempo-resposta superior ao máximo previsto (60 minutos). Nestes casos, é imperativo avaliar a possibilidade de uma Unidade de Suporte Básico (USB) no Município mais populoso desta área ou com a melhor localização considerando abranger o maior número de habitantes.

Parágrafo único - Nos casos em que o SAMU 192 abranger mais de uma macrorregião de saúde, a escolha do município de localização da Central de Regulação deve ser discutida entre os gestores municipais.

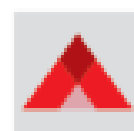
FLUXO DE ATENDIMENTOS SAMU 192

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. A ligação é gratuita, para telefones fixo e móvel. Os técnicos do atendimento telefônico que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações de socorro às vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário.

Fonte: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>



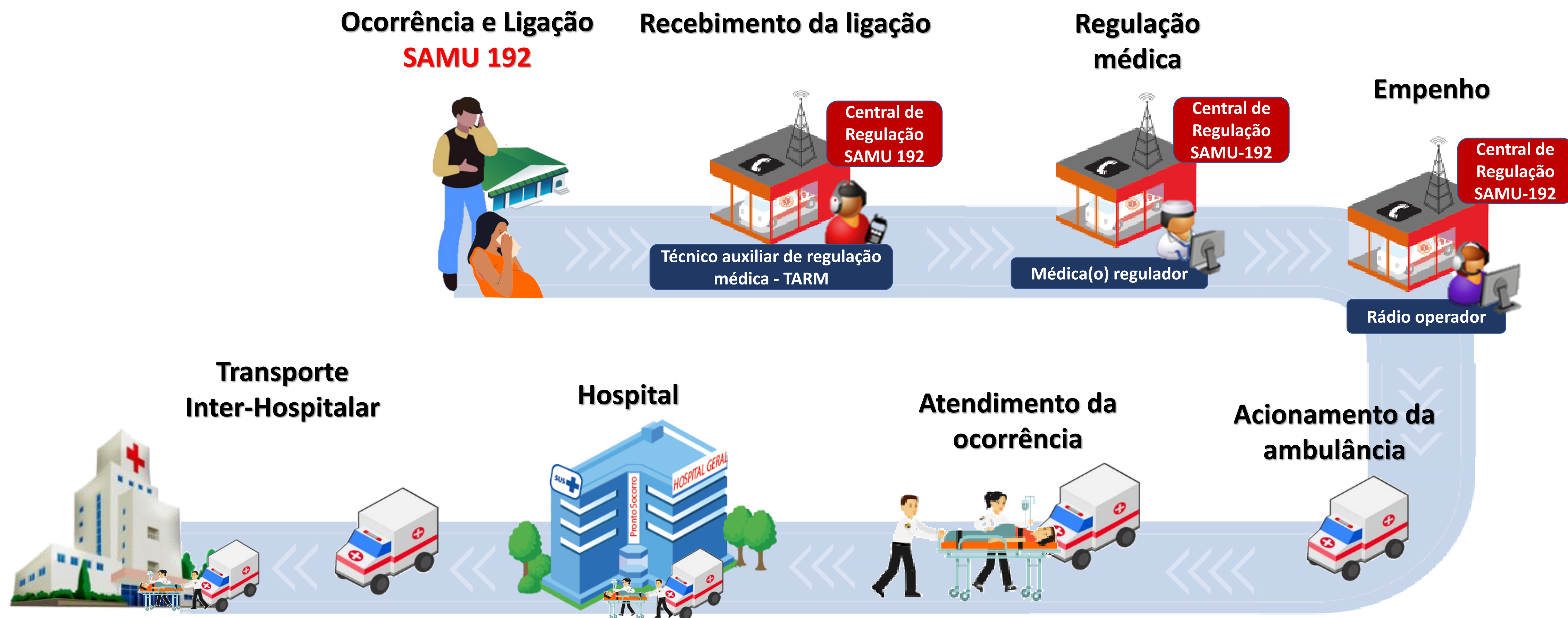
SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Fluxograma de atendimento de ocorrência do SAMU -192

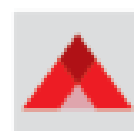


SAMU 192 E O ATENDIMENTO A GESTANTES, PARTURIENTES, PUÉRPERAS

Para o atendimento às demandas relacionadas à gestantes, puérperas e neonatos, os SAMU 192 Regionais de MG utilizam-se de protocolos e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, bem como fluxos e protocolos elaborados pelos próprios serviços em suas macrorregiões.



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

SAMU's 192 Regionais

Utilização de protocolos ministeriais:

Protocolo de Suporte Avançado de Vida



SAMU's 192 Regionais

Protocolo Samu 192

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Sumário

PROTOCOLOS SAV GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
AGO1	Assistência ao trabalho de parto não expulsivo	
AGO2	Assistência ao parto iminente	
AGO3	Assistência ao parto consumado	
AGO4	Assistência ao trabalho de parto prematuro	
AGO5	Parto iminente distóxico: Ombros	
AGO6	Parto iminente distóxico: Pelve	
AGO7	Parto iminente distóxico: Prolapso de cordão	
AGO8	Hemorragias da 1º. metade da gestação	
AGO9	Hemorragias da 2º. metade da gestação	
AGO10	Hemorragia puerperal	
AGO11	Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia	
AGO12	Síndromes hipertensivas: eclâmpsia	
AGO13	Trauma na gestante	Em finalização
AGO14	PCR na gestante	Em finalização
AGO15	Cesárea post-mortem	Em finalização
AGO16		
AGO17	Hemorragias ginecológicas	Em finalização
AGO18		
AGO19		
AGO20		

Utilização de protocolos ministeriais:

Protocolo de Suporte Avançado de Vida

Fonte:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf

SAMU's 192 Regionais

Protocolo de Suporte Avançado de Vida

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Sumário

	PROTOCOLOS SAV PEDIATRIA	
APed 1	Parâmetros pediátricos	
APed 2	Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
APed 3	Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
APed 4	OVACE na criança	
APed 5	OVACE no bebê	
APed 6	Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico	
APed 7	PCR e RCP no bebê e na criança	
APed 8	PCR no paciente pediátrico: assistolia	
APed 9	PCR no paciente pediátrico: AESP	
APed 10	PCR no paciente pediátrico: FV/TVSP	
APed 11	Cuidados pós-ressuscitação – bebê e criança	
APed 12	Algoritmo geral da RCP pediátrica – suporte avançado de vida	
APed 13	Assistência ao RN que nasce bem	
APed 14	Reanimação neonatal	
APed 15	Bradicardia	
APed 16	Taquiarritmias	
APed 17	Choque	

APed 18	Insuficiência respiratória aguda	
APed 19	Laringotraqueíte aguda	
APed 20	Exacerbação da asma	
APed 21	Rebaixamento do nível de consciência	
APed 22	Crise convulsiva	
APed 23	Hipotermia	Em finalização
APed 24	Hiperglicemia	
APed 25	Hipoglicemia	
APed 26	Anafilaxia	
APed 27	Febre	
APed 28	Vômitos	
APed 29	Epistaxe	
APed 30	Manejo da dor	
APed 31	Sedação	
APed 32	Transporte inter-hospitalar da criança grave	
APed 33	Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	

Fonte:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf

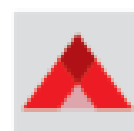
Protocolo de Suporte Básico de Vida



Fonte: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Protocolo de Suporte Básico de Vida

PROTOCOLOS SBV GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
BGO1	Assistência ao trabalho de parto não expulsivo	
BGO2	Assistência ao trabalho de parto iminente	
BGO3	Assistência ao parto consumado	
BGO4	Assistência ao trabalho de parto prematuro	
BGO5	Assistência ao parto iminente distócico	
BGO6	Hemorragia gestacional	
BGO7	Hemorragia puerperal	
BGO8	Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia e eclampsia	
BGO9	Trauma na gestante	Em finalização
BGO10	PCR na gestante	Em finalização
BGO11	Hemorragias ginecológicas	Em finalização
BGO12		
BGO13		
BGO14		

Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf

Protocolo de Suporte Básico de Vida

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Sumário

PROTOCOLOS SBV PEDIATRIA		
BPed 1	Parâmetros pediátricos	
BPed 2	Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
BPed 3	Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
BPed 4	OVACE na criança	
BPed 5	OVACE no bebê	
BPed 6	Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico	
BPed 7	PCR e RCP no bebê e na criança	
BPed 8	Cuidados pós-ressuscitação	
BPed 9	Algoritmo geral de RCP pediátrica – Suporte básico	
BPed 10	Assistência ao RN que nasce bem	
BPed 11	Reanimação neonatal	
BPed 12	Choque	
BPed 13	Insuficiência respiratória aguda	
BPed 14	Rebaixamento do nível de consciência	
BPed 15	Crise convulsiva	
BPed 16	Hipotermia	Em finalização
BPed 17	Hiperglicemia	
BPed 18	Hipoglicemia	
BPed 19	Anafilaxia	

BPed 20	Febre	
BPed 21	Vômitos	
BPed 22	Epistaxe	
BPed 23	Manejo da dor	
BPed 24	Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BPed 25	Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BPed 26	Especificidades da criança vítima de trauma	Em finalização
BPed 27	Afogamento	
BPed 28	Queimaduras	
BPed 29	Manobras manuais de vias aéreas	
BPed 30	Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)	
BPed 31	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Aspiração	
BPed 32	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - Cânula Orofaringea (COF) – Guedel	

Fonte: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf



AGO
9

Protocolo Samu Macro Norte 192
Emergências Obstétricas
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



AGO9 – Hemorragia gestacional (2ª metade da gestação)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Perda sanguínea transvaginal ativa em pacientes com idade gestacional < de 22 semanas, associada ou não a:

- Dor pélvica e/ou sinais de irritação peritoneal
- Lipotímia
- Palidez cutaneomucosa
- Taquicardia materna
- Hipotensão materna
- Rebaixamento do nível de consciência

Conduta:

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
5. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1), com ênfase em:
 - Avaliação do nível de consciência;
 - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
 - Avaliação da presença de hemorragias externas (perdas vaginais).
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo AC2), com ênfase em:
 - Sinais vitais e características da pele;
 - Anamnese obstétrica:
 - Realização de pré-natal;



POP USB	ELABORAÇÃO: Camila Piqui Nascimento/ Ítala Reis Alvarenga	EMIÇÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:
GO01	REVISÃO: Bárbara Cunha Mello Lazarini Antonioli	20/03/2018	20/11/2021

ATENDIMENTO A GESTANTES

- **OBJETIVO:**
- ❖ Padronizar as condutas orientadas pela Regulação Médica e tomadas pelas equipes de USB no atendimento às gestantes em qualquer idade gestacional. Caso o parto não tenha ocorrido, deverão ser seguidos os seguintes protocolos.
- **RESPONSÁVEL:**
- ❖ Médico regulador e equipes de USB.
- **PROCEDIMENTO:**
- ❖ Anotar na ficha de APH:
 - Número de gestações (G), Paridade (P), Abortos anteriores (A)
 - Idade gestacional (Cálculo através da DUM ou do USG de primeiro trimestre)
 - Local onde a gestante fez o pré-natal e número de consultas (anotar se a gestação é de risco habitual ou alto risco – qual o motivo)
 - Antecedentes pessoais
 - Uso de medicações



POP	ELABORAÇÃO: Ítala Reis Alvarenga	EMIÇÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:
RM TR08	REVISÃO: Camila Piqui Nascimento/ Karine Borges Pazini	03/11/2020	03/11/2021

TRIAGEM TELEFÔNICA/
ESCOLHA DA UNIDADE MÓVEL

ATENDIMENTO A GESTANTES – TRABALHO DE PARTO

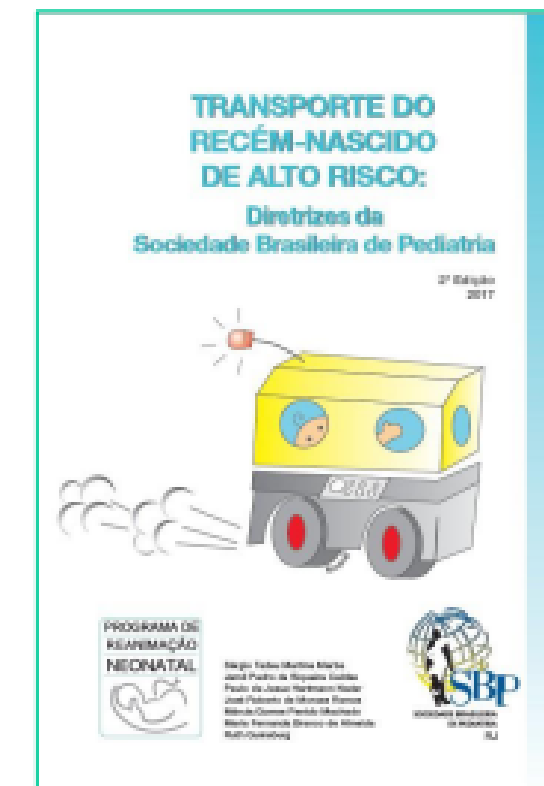
- O MÉDICO REGULADOR deve coletar, **obrigatoriamente**, os seguintes dados e repassar à equipe de atendimento:
- Idade da paciente (os extremos de idades oferecem maior risco de complicações)
 - Número de gestações (G), Paridade (P), abortos anteriores (A)
 - DUM (Data da última menstruação – gestações pré-termos oferecem maior risco ao recém-nascido) – Cálculo da idade gestacional através da DUM ou do USG de primeiro trimestre
 - Fez pré-natal? Especificar Unidade de Saúde. (Pacientes que fazem pré-natal diminuem os riscos de complicações obstétricas) – Acompanhamento de risco habitual ou alto risco
 - Antecedentes (HAS, diabetes, hipotireoidismo)

- INTERROGATÓRIO DIRECIONADO:**
- Dor (início, intensidade, frequência – para prever a proximidade do período expulsivo, e descartar risco de ruptura uterina e descolamento placentário).
 - Perda de sangue – Intensidade (risco de choque hipovolêmico), com ou sem dor

Diretrizes e Protocolos de atendimento ao RN



TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria – 2017



Manual de 48 páginas com texto e figuras coloridas sobre:

Indicações para o transporte neonatal

- Transporte Inter-hospitalar
- Transporte Intra-hospitalar

Dez etapas para o sucesso do transporte neonatal

- 1 Solicitar vaga em outro hospital e elaborar relatório
- 2 Solicitar consentimento da mãe ou responsável
- 3 Dispor de equipe de transporte treinada
- 4 Solicitar veículo para o transporte
- 5 Preparar equipamentos, materiais e medicações
- 6 Calcular o risco de morbidade do paciente
- 7 Estabilizar o recém-nascido antes do transporte
- 8 Cuidados durante o transporte
- 9 Verificar intercorrências durante o transporte
- 10 Cuidados ao fim do transporte

Situações especiais

- Prematuridade Extrema
- Apneia da prematuridade
- Pneumotórax
- Hérnia diafragmática
- Obstrução anatômica de vias aéreas superiores
- Cardiopatias congênitas
- Defeitos de parede abdominal
- Atresia de esôfago
- Defeitos de fechamento do tubo neural
- Convulsão
- Encefalopatia hipóxico-isquêmica

Considerações finais

Referências bibliográficas

Resoluções do CFM



Distribuição:

Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria

www.sbp.com.br/reanimacao - Tel 11-3068 8595 - reanimacao@sbp.com.br

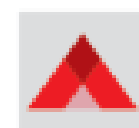
Direitos autorais SBP: ISBN 978-85-88520-27-1

Atualização Outubro/2017
Coordenação Geral PRN-SBP

Fonte:
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Site-PRN-Manual-Transporte-2edicao-23out2017.pdf



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Diretrizes e Protocolos de atendimento ao RN

CISSUL – Macro Sul

BPed2**SUPORTE BÁSICO**

BPED2 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO (AGRAVO CLÍNICO)

QUANDO SUSPEITAR OU CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:
Na abordagem de pacientes pediátricos com agravo clínico.

CONDUTA:
1. Realizar impressão inicial: observação rápida (avaliação visual e auditiva do paciente pediátrico nos primeiros segundos de atendimento), considerando:
Consciência: alerta, irritável ou não responde;
Respiração: esforço respiratório, sons anormais (estridor, chiado, gemência) ou ausência de movimentos respiratórios;
Coloração anormal da pele: palidez, cianose ou aspecto de mármore.

2. Se o paciente não responde: um membro da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV), enquanto o outro profissional continua avaliando o paciente.

3. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta gasping, checar pulso simultaneamente e:
Se pulso ausente: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed 7);
Se pulso presente, mas que permanece com frequência ≤ 60 batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed 7);
Se pulso presente e > 60 bpm: reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (BPed 6).

4. Se o paciente não responde, mas respira: solicitar apoio do SAV e realizar a avaliação primária.

5. Se o paciente responde: realizar a avaliação primária.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA (X, A, B, C, D, E)
1. Avaliar a permeabilidade da via aérea e, se indicado, corrigir situações de risco com as seguintes ações:

Exemplo de Pactuações no território

Principais patologias/condições		Condições com risco iminente de morte	Condições sem risco iminente de morte
SÍNDROMES HEMORRÁGICAS	•Abortamento •Ameaça de abortamento •Abortamento completo •Abortamento inevitável/incompleto •Abortamento retido •Abortamento infectado •Abortamento habitual •Gravidez ectópica •Mola hidatiforme •Descolamento corioamniótico •Placenta prévia •Descolamento prematuro de placenta •Rotura uterina •Vasa prévia •Hemorragia pós-parto e pós aborto	USA Avaliar sangramento (sangramento intenso ou moderado/intenso), choque hipovolêmico, choque séptico, uso aminos.	USB / Transporte Sanitário Paciente estável hemodinamicamente sem uso de aminos, Glasgow 15.
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS	•Pré-eclâmpsia/eclâmpsia •Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica •Hipertensão gestacional (sem proteinúria) •Conduta nas síndromes hipertensivas da gravidez •Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia •Pré-eclâmpsia leve •Pré-eclâmpsia grave •Eclâmpsia •Hipertensão aguda •Síndrome HELLP crônica	USA: Casos de difícil controle pressóricos, necessitando medicação EV ou de forma mais agressiva, avaliação contínua.	USB / sanitário: PA controlada com medição, mantendo estabilidade hemodinâmica, sem queixas.

Principais patologias/condições		Condições com risco iminente de morte	Condições sem risco iminente de morte
DESVIOS DE CRESCIMENTO FETAL E DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	•Restrição de Crescimento Fetal •Macrossomia Fetal •Gestação Prolongada •Trabalho de parto prematuro •Rotura Prematura de Membranas •Oligohidrâmnio •Polihidrâmnio	USA: Trabalho de parto, rotura prematura de membranas.	USB / sanitário: Condições que não acarretaria expulsão do feto imediata (CIUR/ macrossomia fetal), gestante não estaria em trabalho de parto, bolsa integra.
QUADROS GASTROINTESTINAIS	•Náuseas e vômitos (hiperêmese gravídica) •Esteatose hepática aguda da gravidez •Colestase gravídica •Colecistite aguda •Apendicite aguda	USA: Risco de instabilidade hemodinâmica, necessidade de condutas imediatas	USB / sanitário: Estável hemodinamicamente, sensório preservado.
INFECÇÕES MATERNAS	•Infecções respiratórias •Infecções urinárias	USA: Paciente necessitando de suporte ventilatório e/ou aminas.	USB / sanitário: Paciente em ar ambiente ou catéter nasal mantendo boa saturação e padrão respiratório. Compensado hemodinamicamente sem uso de aminas, Glasgow 15.
DISFUNÇÕES METABÓLICAS	•Diabetes gestacional •Diabetes pré-gestacional	USA: Cetoacidose diabética, alterações de sensório, alterações padrão respiratório.	USB / Sanitário: Estabilidade hemodinâmica, bom padrão respiratório e saturação, sensório preservado.
DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO	•Trombolia e gravidez •Trombolia Adquirida ou Síndrome Antifosfolípide •Trombolia Hereditária •Doença Tromboembólica na Gestação •Trombose venosa profunda •Embolia pulmonar	USA: Pacientes com risco de repercussão hemodinâmica durante transporte.	USB / Sanitário: Ausência de risco iminente de piora hemodinâmica ou trabalho de parto.

OBRIGADA!

Adriana Rodrigues Almeida

**Coordenadora Estadual de Serviços Móveis de Urgência e Emergência –
Equipe/CESMUE**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.