

4

# Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe

MATERIAL DIDÁTICO-PEDAGÓGICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA  
FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE E SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE







# Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe

## Livro do Aprendiz

### Autores

Clóvis Rodrigues França  
Ronei Melo Barbosa

### 1ª Edição

### Editora

Fundação Estadual de Saúde- FUNESA  
Aracaju-SE  
2011

Copyrigth 2011- 1<sup>a</sup> Edição- Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e Fundação Estadual de Saúde/FUNESA.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou para fim comercial.

Tiragem: 1.300

Impresso no Brasil

## EDITORIA FUNESA

Elaboração, distribuição e Informações:

Av. Mamede Paes Mendonça, nº 629, Centro

CEP: 409010-620, Aracaju – SE

Tel.: (79) 3205-6425

E-mail: editora@funesa.se.gov.br

Catalogação Claudia Stocker – CRB-5 1202

*F981m*

Funesa – Fundação Estadual de Saúde

Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe. Livro do Aprendiz 4 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da FUNESA – Clóvis Rodrigues França (autor), Ronei Melo Barbosa (autor).

96p. 28 cm

ISBN: 978-85-64617-08-7

1. Educação Profissional      2. Educação em Saúde      3. SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SE      4. SUS – Sistema Único de Saúde de Sergipe

I. Funesa II. Manual III. Título IV. Assunto

CDU 614/05(813.7)

## GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

### **Governador**

Marcelo Déda Chagas

### **Vice-Governador**

Jackson Barreto de Lima

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### **Secretário**

Antônio Carlos Guimarães Sousa Pinto

### **Secretário Adjunto**

Jorge Viana da Silva

### **Diretor Financeiro**

André Santos Andrade

### **Diretora de Contratualização**

Marina Manzano Capeloza Leite

## FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE/FUNESA

### **Diretora-Presidente**

Claúdia Menezes Santos

### **Diretora Operacional**

Katiene da Costa Fontes

### **Diretor Administrativo e Financeiro**

Carlos André Roriz Silva Cruz

### **Coordenação de Educação Permanente**

Andréia Maria Borges Iung

### **Assessora Pedagógica**

Ingrid Vieira Guimarães Ferreri

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

### **Presidente**

Paulo Ernani Gadelha Vieira

### **Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação**

Maria do Carmo Leal

### **Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

Antônio Ivo de Carvalho

### **Vice-Diretor da Escola de Governo em Saúde**

Marcelo Rasga Moreira

## **ELABORAÇÃO DO MATERIAL DIDÁTICO**

### **Assessoria Técnica - ENSP/Fiocruz**

José Inácio Jardim Motta

Pablo Dias Fortes

### **Autoria**

Clóvis Rodrigues França

Ronei Melo Barbosa

### **Colaboradores**

Fábio dos Santos Alves

Maria da Conceição Mendonça Costa

José Edvaldo Santos

Márcio Xavier de Almeida Barreto

### **Revisão Técnica**

Daniele de Araújo Travassos

Daniele Carvalho Castro

Francis Deon Kich

### **Revisão Ortográfica**

Edvar Freire Caetano

## **Validadores**

Aline Santos Barreto  
Ana Carolina Correia de Melo  
Andrey Barbosa Pimenta  
Débora Souza Carvalho  
Diego Couto de Almeida  
Eliane Aparecida Nascimento  
Lécio Marques Vieira Souza  
Rita de Cássia Ribeiro Figueiredo

## **PROJETO GRÁFICO**

Imagens Publicidade & Produções Ltda.

## Agradecimentos

Agradecimento especial a Escola Nacional de Saúde Pública pela cooperação técnica e apoio institucional para a produção do Material Didático-Pedagógico da FUNESA.

Agradecemos aos consultores José Inácio Jardim Motta e Pablo Dias Fortes pela orientação e intervenções ao longo da elaboração dos textos e desenvolvimento da proposta pedagógica dos livros.

Por fim agradecemos ao coletivo de trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde que construíram as Políticas de Atenção à Saúde das várias redes assistenciais utilizadas como as bases dessa coleção.

## Apresentação

Prezados alunos este manual não tem a pretensão de esgotar todos os conhecimentos relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel e sim, promover discussões sobre a sistematização da Política Nacional de Atenção ás Urgências, em especial, o papel do SAMU 192 Sergipe neste contexto.

A ferramenta pedagógica adotada neste trabalho tem como objetivo organizar o conhecimento trazido pelos profissionais que compõem a Central SAMU 192 Sergipe, já que muitas vezes os conceitos prévios estão desorganizados e desvinculados das reais propostas de trabalho desenvolvidas pelo serviço, principalmente a Regulação Médica. Para isso, utilizamos situações problema que retratam muita das dificuldades encontradas pela equipe de regulação médica no dia-a-dia da Central SAMU 192 Sergipe e elaboramos atividades para discussão e fixação dos conteúdos, possibilitando aos alunos um aprendizado baseado em problemáticas.

Frisamos que o presente material possui alguns textos adaptados do Manual de Regulação Médica das Urgências – SAMU 192 e do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria nº 2.048/2002), ambos do Ministério da Saúde que, para preservar o caráter comunicativo, bem como a fluência textual, suas referências foram omitidas do corpo do texto porém, estão devidamente referenciadas ao final.

Caberá a você participarativamente das discussões e propor alternativas para resolução das problemáticas levantadas pela situação a fim de que os conceitos formulados possam ser utilizados em sua rotina diária na Central SAMU 192 Sergipe.

Esperamos que ao término da leitura do livro e realização das atividades, os princípios básicos da Regulação Médica, bem como as rotinas diárias e as atribuições de todos que compõem a Central SAMU 192 Sergipe possam ser compreendidos. E ainda que os conceitos absorvidos estejam em consonância aos ideais propostos pelo Sistema Único de Saúde.

Coordenação do SAMU 192 Sergipe.

## Sumário

Introdução .....	13
<b>Capítulo 1 .....</b>	<b>15</b>
Situação- problema:um plantão que se inicia.....	16
1.1 SAMU 192 .....	17
1.2 Rotinas e atribuições da equipe da Central SAMU 192 Sergipe.....	18
<b>Capítulo 2 .....</b>	<b>25</b>
Situação- problema:e o plantão continua.....	26
2.1 A abordagem ao usuário do SAMU 192.....	27
2.2 Operacionalização da Central SAMU 192.....	29
2.3 Sistema informatizado – SRSAMU .....	32
<b>Capítulo 3 .....</b>	<b>37</b>
Situação- problema:classificando o risco.....	38
3.1 Atendimento às urgências.....	39
3.2 Síndromes operacionais da regulação médica .....	42
3.3 Caracterização dos veículos utilizados no SAMU 192 Sergipe.....	51
<b>Capítulo 4 .....</b>	<b>55</b>
Situação- problema:avaliando a cena.....	56
4.1 Elementos primordiais de uma cena.....	57
4.2 Comunicação: ferramenta essencial para regulação médica .....	58
<b>Capítulo 5 .....</b>	<b>61</b>
Situação- problema: administrando o caos.....	62
5.1 Incidente com múltiplas vítimas (IMV) .....	64
5.2 Produtos perigosos (PP) .....	69
<b>Capítulo 6 .....</b>	<b>77</b>
6.1 Regulação de situações especiais.....	78
<b>Referências.....</b>	<b>90</b>

## Introdução

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 é um programa de âmbito Federal com responsabilidade Tripartite (União, Estados e Municípios), e através do número de acesso nacional 192, criado pelo Decreto Presidencial 5.055/2004, tem como finalidade acolher e prestar socorro à população com agravos à saúde. Com este serviço, as três esferas de governo estão conseguindo reduzir o tempo de internação em hospitais, as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce e consequentemente o número de óbitos.

O SAMU 192 atende urgências em qualquer lugar: nas residências, locais de trabalho e vias públicas. Funcionando 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como auxiliares/ técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e condutores de veículos de urgência, os quais atendem às urgências clínicas, cirúrgica, gineco-obstétrica, pediátrica, traumáticas e de saúde mental. O acionamento do serviço é realizado por solicitação telefônica, de forma gratuita, através do número nacional de atendimento às urgências o 192 (cento e noventa e dois), onde a ligação é atendida por técnicos na Central SAMU 192, dentre eles o médico, que identifica a gravidade do caso e, imediatamente, faz a leitura da situação apresentada e inicia o atendimento, orientando o paciente, e/ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras condutas a serem tomadas.

Além de funcionar como um excelente observatório do sistema de saúde, o SAMU 192 tem um forte potencial para amenizar uma das maiores queixas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que corresponde à demora do atendimento, por isso, estrategicamente foi o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implementado. O nível de resposta insuficiente das urgências, historicamente falando, termina por provocar a superlotação das portas dos hospitais e pronto-socorros, mesmo quando a doença ou quadro clínico não sejam caracterizados como atendimentos de emergência. Essa realidade contribui para que as referidas instituições de saúde não consigam oferecer um atendimento de qualidade, acolhedor e humanizado.

Lançado em setembro de 2003 pelo governo federal o SAMU 192, foi instituído como componente Pré – Hospitalar Móvel da **Política Nacional de Atenção às Urgências**, através da Portaria GM/MS Nº. 1864 de 29 de setembro de 2003 e regulamentado pelas Portarias GM/MS 1863, de 29 de setembro de 2003 e Portaria GM/MS Nº. 2048, de 05 de novembro de 2002.

A política tem como foco principal as seguintes ações:

- ✓ Organizar o atendimento de urgência em todos os níveis de atenção à saúde (Unidades básicas de saúde e Programa Saúde da Família, Pronto-atendimentos 24 horas e Unidades hospitalares com porta aberta para às urgências);

Portarias ministeriais que implementam a Política de Atenção Integral às Urgências:

**Portaria nº 2.048/GM, de 05/11/2002** (Regulamenta o atendimento das urgências e emergências).

**Portaria nº 1.863/GM, de 29/09/2003** (Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão).

**Portaria nº 1.864/GM, de 29/09/2003** (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).

**Portaria nº 2.072/GM, de 30/10/2003** (Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências).

**Portaria nº 1.828/GM, de 02/09/2004** (Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional).

**Portaria nº 2.420/GM, de 09/11/2004** (Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita).

**Portaria nº 2.657/GM, de 16/12/2004** (Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192).

- ✓ Estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel SAMU 192;
- ✓ Reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais;
- ✓ Criar a retaguarda hospitalar para os atendimentos às urgências;
- ✓ Estruturar os Núcleos de Educação em Urgência (NEU/NEP);
- ✓ Proporcionar humanização do atendimento integral nas unidades de urgência;
- ✓ Estruturar o atendimento pós-hospitalar.

A Rede Nacional SAMU 192 atualmente conta com algo em torno de 157 serviços habilitados e distribuídos em todas as capitais brasileiras e em várias cidades totalizando 1.372 (mil trezentos e setenta e dois) municípios e uma cobertura populacional de aproximadamente 109 (cento e nove) milhões de pessoas (Dados do Ministério da Saúde – MS, através do site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)). A proposta do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, é implantar o serviço em todo o território nacional, respeitadas as competências das três esferas de gestão (Federal, Estaduais e Municipais). O serviço é custeado em 50% pelo governo federal cabendo aos municípios e/ou regionais, com supervisão dos Estados, os 50% restante.

No Estado, o SAMU 192 Sergipe foi criado através da Lei Nº. 5.470 de 18 de novembro de 2004 e publicado no Diário Oficial Nº. 24657, do dia 22/11/2004. A Portaria Ministerial GM/MS Nº. 4, de 02 de janeiro de 2007, habilitou o SAMU 192 Sergipe como integrante da Rede Nacional SAMU 192. Em 07 de janeiro de 2009, o Governador do Estado assinou o Decreto de nº 25.892, que é o Regulamento Técnico do SAMU192 no Estado de Sergipe e o Decreto Estadual 2.589 que define e normatiza o sistema interfederativo.

O SAMU 192 Sergipe presta assistência a uma população de aproximadamente 1,5 milhões habitantes, contemplando 74 (setenta e quatro) municípios em uma área geográfica de 21.910,348 Km<sup>2</sup>, chegando a uma média de 4.500 (quatro mil e quinhentos) atendimentos mês, predominando 15 a 20% da ocorrências para as USA (Unidade de Suporte Avançado) e 80 a 85% para as USB (Unidade de Suporte Básico), com remoções assistidas e medicalizadas, onde os pacientes são removidos para Hospitais Regionais, Locais e de Alta Complexidade no interior e na capital do Estado. Esta grade de referência é previamente pactuada através do Comitê Interfederativo do Estado a fim de garantir as parcerias firmadas entre todos os atores envolvidos no atendimento às urgências (Instituições de saúde, Conselhos de Classes, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Órgãos ambientais, Forças Armadas, entre outros), bem como a continuidade da assistência nos âmbitos intra e pós-hospitalar.

# Capítulo 1

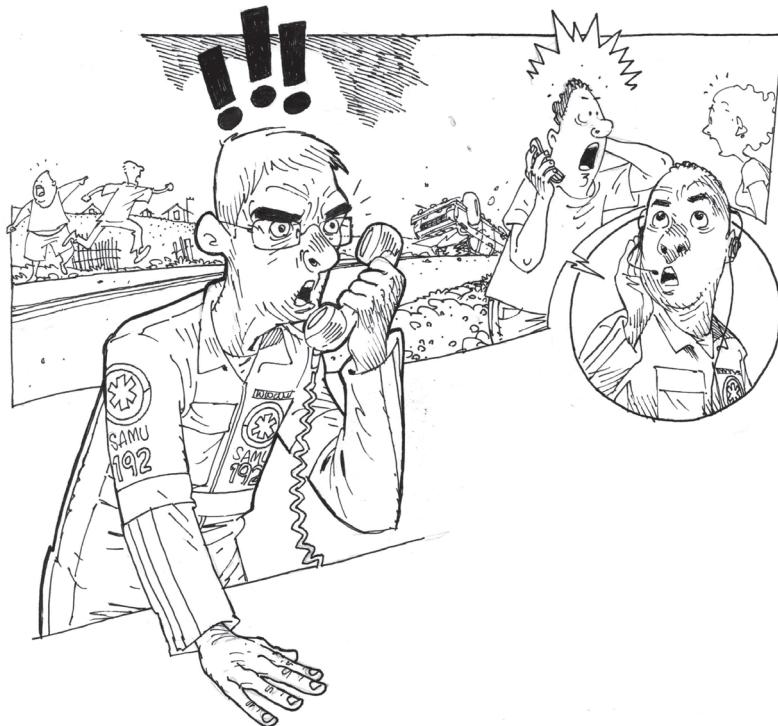
**Situação-problema****Um plantão que se inicia...**

*Manhã de segunda-feira, por volta das 7 horas, as equipes da Central SAMU 192 Sergipe e Bases Descentralizadas, estão se acomodando em seus devidos lugares, ao mesmo tempo em que participam da passagem do plantão.*

*Dr. Barretão, um dos médicos reguladores do período, já devidamente alocado em sua cadeira na central, dá início às suas atividades e, de imediato, recebe a informação que a USA que dá cobertura a BR 101 não está funcionando por problemas mecânicos.*

*Nesse momento, Augusto, um dos TARM, passa uma ligação de um usuário solicitando socorro:*

*- Dr., estou com o Sr. Samuel na linha e o mesmo está relatando, de maneira agitada, que acaba de presenciar um acidente automobilístico na BR 101, segundo ele trata-se de um capotamento de um veículo de passeio. Estou passando a ligação...*

**ATIVIDADE 1**

1. No seu entendimento, o que é uma Central SAMU 192? E Bases Descentralizadas?
2. Como você se comportaria ao assumir o plantão na Central SAMU 192? Quais são os pontos relevantes na “passagem do plantão na Central SAMU 192”?
3. Quais os profissionais que compõem as equipes do SAMU 192 Sergipe (Regulação médica e Intervencionista)?



*Utilize seus conhecimentos prévios para responder aos questionamentos.*

## 1.1 SAMU 192

A Rede Nacional SAMU 192 tem como meta garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, traumáticas, gineco-obstétricas, pediatrícias e psiquiátricas, além de:

consustanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;

desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a eqüidade de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2003, art 2º)

Os pilares de sustentação do SAMU 192 são formados por elementos estratégicos: Central de Regulação Médica das Urgências, Unidades Móveis de Atendimento, Núcleo de Educação Permanente, Acolhimento e Humanização.

A **Central SAMU 192** tem como papel fundamental organizar a relação entre os vários serviços, identificando a demanda, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação ao público em geral. Através do número nacional de atenção às urgências (192), as solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e atendidas por ordem de prioridade de acordo com as decisões do médico regulador.

O sistema deve ser capaz de acolher de forma humanizada qualquer usuário, prestando-lhe atendimento e redirecionando para os locais adequados à continuidade do tratamento. Através do trabalho integrado entre a Central de Regulação Médica das Urgências e outros serviços (Regulação de leitos hospitalares, de procedimentos de alta complexidade, de exames complementares, de internamentos e de consultas especializadas, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, dentre outros) a assistência ao usuário é garantida de forma integral.

Para o excelente funcionamento do serviço, o SAMU 192 deve contar com rede de atendimento pactuada e hierarquizada de forma resolutiva com atribuições formais de responsabilidades, adensamento tecnológico e recursos humanos qualificados.

A Central de Regulação Médica do SAMU 192, operacionalizada por Médicos Reguladores, é um espaço no qual se garante uma escuta permanente de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como o estabelecimento de uma classificação inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada a cada solicitação.

A fim de garantir um atendimento ágil e qualificado, bem como um tempo resposta adequado, em toda área territorial de abrangência, o SAMU 192 conta com

CENTRAL SAMU 192  
Elemento ordenador e orientador dos sistemas de urgência e emergência em âmbito estadual e regional. Sua equipe é composta por Médico Regulador, TARM e Rádio Operador de frota (RO). O SAMU 192 Sergipe conta com um Enfermeiro Supervisor presente na Central SAMU 192 durante os plantões.

**Bases Descentralizadas** que são postos avançados para acomodação das ambulâncias e suas respectivas equipes.

O SAMU 192 Sergipe conta atualmente com 36 Bases Descentralizadas dispostas estrategicamente em pontos de todas as regionais de saúde do Estado.

## 1.2 Rotinas e atribuições da equipe da Central SAMU 192 Sergipe

### Passagem de Plantão

A passagem de plantão corresponde a um mecanismo que tem por objetivo garantir a continuidade da assistência prestada. A importância desse evento se dá pela possibilidade de organizar o processo de trabalho, considerando que são estes os momentos em que ocorre a troca de informações entre os profissionais que iniciam e os que terminam o período de trabalho. Neste momento são abordadas principalmente as intercorrências, pendências e as situações referentes ao momento atual do serviço. Neste processo geralmente são adotadas as formas de comunicação verbais e escritas, privilegiando a comunicação verbal, uma vez que os profissionais registram apenas as informações de maior relevância (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Abaixo descrevemos as principais ações de cada profissional durante a passagem de plantão na Central SAMU 192 Sergipe.

- **Médico Regulador**

Caberá a este profissional receber o plantão com antecedência de pelo menos 5 minutos, assumindo as operações em curso, tomar conhecimento das condições do serviço, bem como do quantitativo de ambulância disponível, atualizar a grade de referência e equipes médicas de plantões na rede de urgência e emergência e no SAMU 192, situação de uso dos equipamentos e disponibilidade de materiais e insumos.

- **Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM)**

Caberá a este profissional receber o plantão com antecedência de pelo menos 5 minutos, assumindo as operações em curso, tomar conhecimento das condições do serviço, bem como do quantitativo de ambulância, recursos humanos disponíveis, registrando e atualizando os dados em planilhas específicas e, posteriormente, fornecendo as informações ao médico regulador.

- **Rádio Operador**

Caberá a este profissional receber o plantão com antecedência de pelo menos 5 minutos, assumindo as operações em curso, tomar conhecimento das condições do serviço, bem como do funcionamento da telefonia fixa, dos rádios de comunicação e dos computadores e software de gerenciamento da central. Estas informações deverão ser repassadas ao responsável pelo setor de informática e para os demais

integrantes da Central de Regulação. As informações obtidas sobre o funcionamento da rede hospitalar e de urgência, depois de consultadas, deverão ser repassadas para o médico regulador.

## Principais atribuições dos profissionais da Central SAMU 192 Sergipe

- TARM

- ✖ *Recepção do chamado*

- Atender o chamado ao primeiro toque do telefone;
    - Perguntar e registrar o nome do solicitante;
    - Chamá-lo sempre pelo nome;
    - Registrar as informações relativas ao chamado de acordo com roteiro próprio;
    - Identificar-se para o solicitante;
    - 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, mas seja sempre claro, breve e preciso;
    - Orientar o solicitante de maneira clara e precisa, procurando obter sua colaboração;
    - Lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravio.

- ✖ *Localização do chamado*

- O TARM fará a recepção inicial realizando a identificação do chamado, conforme orientação acima;
    - 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;
    - Tentar detectar alguma possibilidade de trote;
    - 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 ajuda, pedido de transporte, outros;*
- *Trote, engano, desligou, outros;*
- *Orientação transmitida ao informante;*
- *Endereço e referenciais de localização.*

**x Origem e natureza do solicitante**

- O telefonista auxiliar de regulação deve registrar a origem da solicitação:
  - *Domicílio;*
  - *Via pública;*
  - *Serviço de saúde;*
  - *Outras.*
- 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. Nesses casos, limite-se a registrar o hospital solicitante e o nome/idade do paciente, abreviando o tempo até a transferência da ligação para o médico regulador.*

**• Rádio Operador da Frota (RO)**

- Operar o sistema de rádio-comunicação e telefonia na Central SAMU 192 Sergipe;
- 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 toda a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo Serviço Pré-Hospitalar Móvel;
- Informar ao médico regulador sobre a localização das ambulâncias, nos vários atendimentos;
- Obter do Gerente de Frota informações sobre a disponibilidade das ambulâncias;
- Zelar por um ambiente harmonioso e o mais silencioso possível na sala de regulação;
- Não utilizar a sala de regulação para lanches e outras refeições;
- Não utilizar a sala de regulação como dormitório;
- Preencher todas as planilhas pertinentes à sua função;
- Cumprir rigorosamente os horários de plantões pré-estabelecidos, realizando a passagem sistemática do plantão e missões em curso;
- Utilizar adequadamente o software do SAMU 192 Sergipe-SRSAMU;
- Utilizar sempre a Ética;
- Ser acolhedor e praticar a humanização;
- Informar, ao próximo plantonista, todas as pendências, informando principalmente a indisponibilidade de viaturas e equipes. Para evitar falhas na comunicação, anotar também essas pendências no livro de ocorrências.

- **Médico Regulador das Urgências**

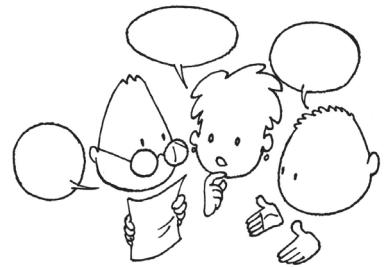
- Exercer a regulação médica do sistema:
  - *Manter contato, assim que assumir o plantão, com a Rede Hospitalar Hierarquizada, informando-se das condições de funcionamento do Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico, vagas de UTI, serviço de diagnóstico por imagem, e informá-los a cada encaminhamento de pacientes, mantendo contato com o médico plantonista do hospital.*
  - *Permanecer na Central de Regulação (CReg) fazendo triagem das solicitações de socorro médico; obtendo informações sobre o evento junto aos informantes; decidindo sobre o despacho das ambulâncias de acordo com protocolos estabelecidos (decisão técnica).*
  - *Coordenar via rádio ou quaisquer outros meios de comunicação disponíveis na Central, todas as operações rotineiras de atendimento; supervisionar o desempenho das equipes de atendimento instaladas nas diversas Bases Operacionais, à distância ou localmente; decidir a destinação a ser dada às vítimas atendidas para os hospitais de referência (decisão gestora).*

- Conhecer a rede de serviços da região;
- Manter uma visão global e permanente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e porta de urgência;
- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- Fazer controle da qualidade do serviço prestado pelo SAMU;
- Avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação permanente do serviço;
- Preencher os documentos inerentes à atividade de médico regulador;
- Garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até sua recepção por outro médico nos serviços de urgência;
- Obedecer ao código de ética médica e garantir a educação e a civilidade no trato com solicitantes, subordinados e demais colegas de trabalho;
- Obedecer aos protocolos do serviço;
- Deslocar-se para a cena da ocorrência, sempre que a situação assim o exigir – conforme os Protocolos estabelecidos e após ciência e aquiescência da Coordenação/Supervisão de Plantão –, participando diretamente do atendimento e supervisionando o desempenho das equipes;
- Zelar pela sua segurança pessoal e pela segurança da equipe, usando e fazendo usar os equipamentos de proteção individual recomendados, dirigindo a operação de modo a evitar qualquer risco desnecessário e solicitando todo o apoio operacional que considerar necessário;
- Comunicar ao Coordenador Médico do SAMU 192 Estadual de Sergipe, verbalmente e por escrito, toda e qualquer situação excepcional verificada em seu turno de serviço no que diz respeito a problemas no atendimento Pré-Hospitalar e/ou Hospitalar; comunicar ao Enfermeiro de Plantão, verbalmente e por escrito, problemas relativos às equipes de Atendimento Pré-Hospitalar e aos materiais permanentes e de consumo; comunicar ao Chefe de Frota, verbalmente e por escrito, problemas relativos às viaturas utilizadas pelas equipes no Atendimento Pré-Hospitalar;
- Participar das atividades de educação continuada e das reuniões do Corpo Clínico, bem como de outras atividades convocadas pela Coordenação do SAMU 192 Estadual de Sergipe que sejam relacionadas ao Atendimento Pré-Hospitalar. Não poupe orientações e ensinamentos às equipes. A educação é sempre a melhor maneira para corrigir falhas;
- Evitar usar o rádio para repreender equipes em serviço. Isso mostra fragilidade e gera constrangimentos.



## ATIVIDADE 2

*Conhecendo as rotinas e as principais atribuições da equipe da Central SAMU 192.*



**Neste capítulo você aprendeu:**

*Que o SAMU 192 é um dos pilares primordiais para sustentação dos princípios da Política Nacional de Atenção às Urgências.*

*A importância do SAMU 192 como observatório do sistema de saúde.*

*A importância da Regulação Médica como ferramenta ordenadora dos vários níveis de atendimento às urgências.*

*As principais Normas, Rotinas e Atribuições da equipe que compõe a Central SAMU 192.*

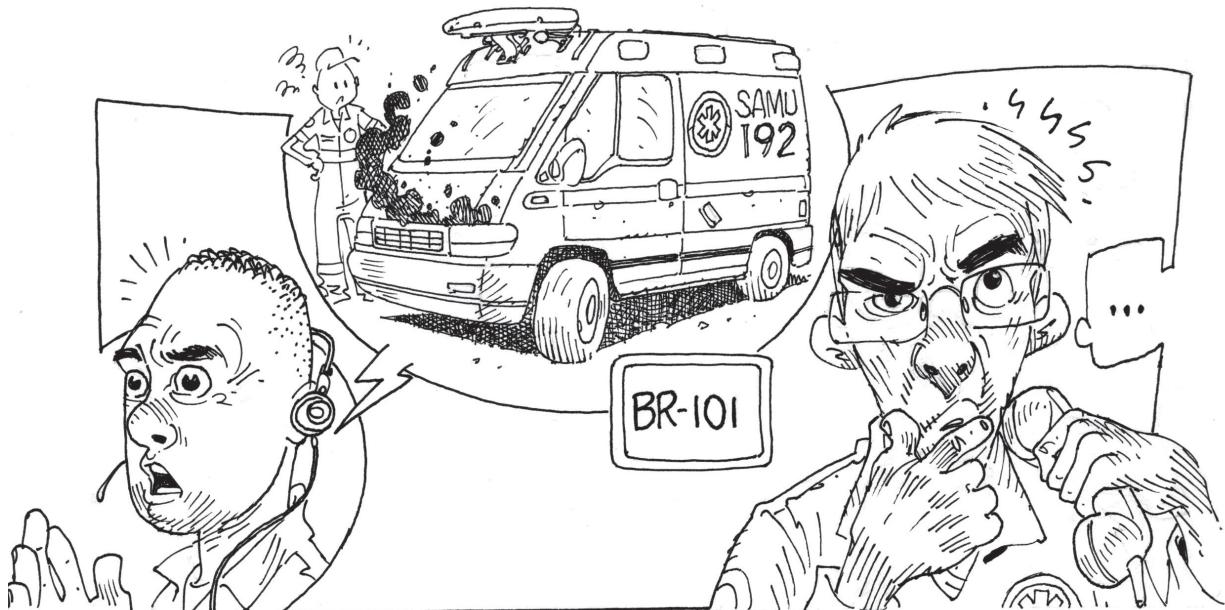


# Capítulo 2

**Situação-problema****E o plantão continua...**

... o Dr. Barretão tenta acalmar o solicitante e colhe dele as informações necessárias mediante questionamentos básicos, passa algumas orientações para o mesmo e informa que encaminhará uma ambulância. Após desligar o telefone, define que vai enviar uma Unidade de Suporte Avançado (USA) até o local do incidente, direcionando sua decisão para o RO. De imediato, Augusto retruca:

- Dr., a USA mais próxima fica a 50 Km do local, posso mandar esta mesmo?
- Não, mande a USA da BR 101, é mais próximo!
- Dr., ela está com problemas mecânicos, lembra?

**ATIVIDADE 3**

1. Como deve ser a abordagem ao usuário? Quais as informações essenciais para ajudar na decisão do regulador?
2. Como garantir um atendimento qualificado já que a região está desabastecida?



## 2.1 Abordagem ao usuário do SAMU 192

O contato telefônico com o SAMU 192 é a porta de entrada no sistema de urgência dos municípios que compõem o Estado para todos os usuários que solicitam ajuda relacionada aos agravos à saúde. Assim sendo, neste momento deverão ser transmitidos ao solicitante segurança, confiança e, acima de tudo, acolhimento.

Quando a ligação dá entrada no sistema SAMU 192, o TARM é o primeiro profissional a contatar com o solicitante, logo, sua conduta ao recepcioná-lo deverá garantir a continuação da comunicação, para que posteriormente o médico regulador possa extrair todas as informações que julgar necessárias para aquele pedido de socorro.

O TARM deverá seguir fielmente algumas orientações para o recebimento dos chamados telefônicos, descritas no capítulo 1 como atribuições deste profissional, e lembrar que, usualmente, as primeiras informações e/ou palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravio. O acolhimento inicial realizado pelo TARM, além de garantir a continuidade no processo de comunicação, tem por objetivo identificar sinais de alerta que surjam de imediato em decorrência da natureza do agravio, bem como a descrição do caso/cenário por parte do solicitante. Uma vez percebidos tais sinais, a solicitação deve ser priorizada e transferida imediatamente ao médico regulador, mesmo que haja outras solicitações em espera. Situações como: vítimas inconscientes, com dificuldade respiratória ou sem respirar são caracterizadas como situações de extrema urgência. Logo, serão repassadas imediatamente ao médico regulador, após a coleta de informações mínimas de identificação.

Todas as solicitações devem obrigatoriamente passar pelo médico regulador. Entretanto, o TARM poderá encerrar os casos apenas quando estes se resumirem a simples pedidos de informações, como: endereços de unidades de saúde, telefones de outras centrais de atendimento à população e outros chamados não relacionados a urgências médicas.

Após o registro do chamado e identificação do caso, realizados pelo TARM, o médico deve proceder à regulação médica da solicitação. A caracterização do caso, assim como a resposta adequada à solicitação, dependerá da habilidade do médico regulador em conduzir o interrogatório e julgar as informações obtidas do solicitante.

Para a condução deste interrogatório e a tomada de decisão, o médico regulador deverá dispor de técnicas específicas que serão detalhadas a seguir, podendo também se basear em diretrizes técnicas e/ou protocolos de referência do serviço. Conceitualmente, podemos considerar duas diferentes modalidades técnicas de interrogatório, dependendo do tipo de atendimento a ser prestado pelo SAMU 192.

- **Atendimento primário**

Consideramos como atendimento primário a solicitação de ajuda originada diretamente da população, onde ainda não houve nenhuma intervenção de equipe de saúde sobre o usuário acometido pelo agravio. O médico regulador deverá proceder com interrogatório específico e estabelecer o 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. Para abordagem dos casos a serem regulados, existe uma técnica de semiologia médica à distância, desenvolvida pelos franceses, 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, denominada de Síndromes Operacionais da Regulação Médica.

Tal procedimento tem como objetivo chegar inicialmente a um diagnóstico sindrômico que, antes mesmo do estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, já permite a determinação da gravidade do caso e pode justificar o envio imediato de uma unidade móvel de atendimento, considerando a fórmula da detecção do grau de urgência ( $U = G \times A \times V / T$ ), que você acompanhará com maiores detalhes no capítulo 3.

Para efeito de raciocínio, agrupamos os casos urgentes de maior gravidade em três diferentes grupos sindrômicos operacionais: Síndromes de “Valência Forte”, Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave” e Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”.

- **Síndromes de “Valência Forte”**

Situações em que o valor social é muito elevado. Ex.: “Presidente da República caiu na rampa do Congresso...”. A “morte” pode ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, torna-se uma urgência pelo valor social do evento.

- **Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave”**

Situações em que a causa indica uma gravidade muito elevada. Ex.: “Ele caiu do prédio...”, “Ele foi baleado por uma espingarda calibre 12...”, “Ele foi atropelado por um caminhão...”, “Ela está parindo...”, entre outras.

- **Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”**

Situações em que os sinais e/ou sintomas informados pelo solicitante indicam gravidade elevada: Ex.: “Eu o encontrei desmaiado...”, “Ele está roxo...”, “Não está respirando...”, “Não está se mexendo...”, etc. Estas situações são concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante, portanto, não seguem inicialmente uma lógica de determinação imediata da patologia do paciente.

O chamado pode chegar ao médico regulador a partir de diferentes solicitantes, de diversos perfis, e o relato dos fatos pode se apresentar de maneira distinta. Algumas vezes o solicitante apresenta um conjunto de sinais isolados que não constituem de imediato uma síndrome, portanto, caberá ao regulador ouvi-lo e direcionar o interrogatório, a fim de obter os dados que lhe possibilitem estabelecer o diagnóstico sindrômico ou

mesmo chegar a uma hipótese diagnóstica, embora esta última não seja indispensável para a tomada de decisão do regulador.

Neste modelo de semiologia, a percepção do médico tradicionalmente construída por meio de seus próprios sentidos é substituída pelos sentidos do informante, que serão interpretados pelo regulador a partir do interrogatório. Diante disso, quando um solicitante aflito informa ao regulador que seu familiar está “passando mal”, expressão frequentemente utilizada pelo leigo e que não permite ao médico o estabelecimento do grau de gravidade e/ou de necessidade, o mesmo deverá atentar para o fato de que esta solicitação poderá se tratar de um simples distúrbio neuro-vegetativo ou outras de patologias clínicas de maior complexidade.

A seguir são apresentados alguns sinais essenciais a serem pesquisados para o estabelecimento do diagnóstico sindrômico:

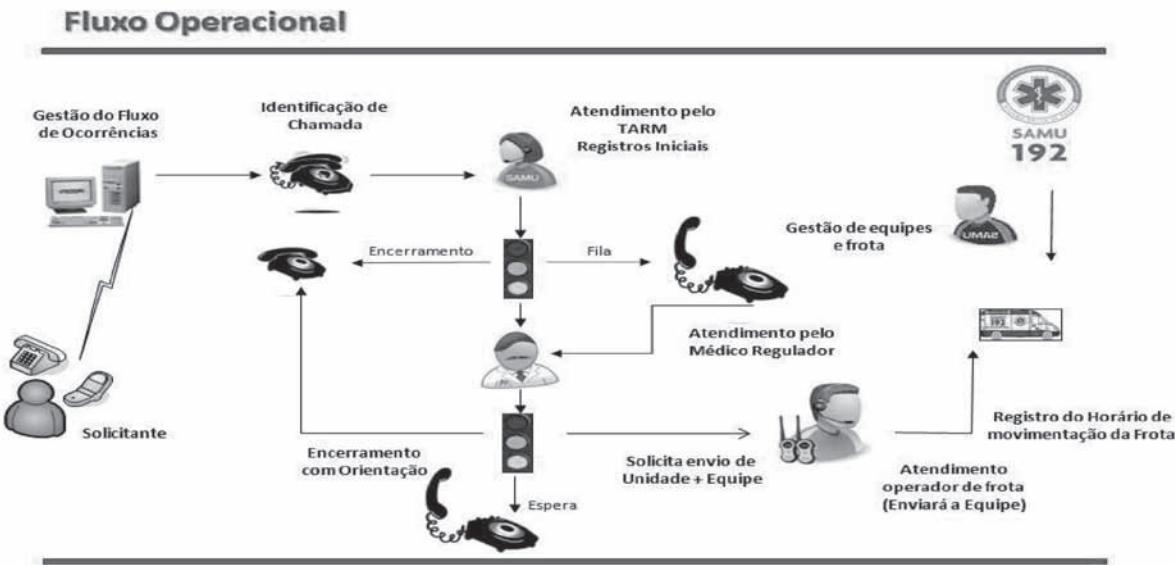
- Pesquisar sobre a presença, ausência e qualidade dos movimentos respiratórios: para obter estas informações, em se tratando de solicitante leigo, poderá ser necessário orientá-lo sobre como proceder, por exemplo, pedindo-lhe que observe se o peito (tórax) ou barriga do paciente se movimentam, se sai ar do seu nariz, etc. Também pode ser útil a observação da coloração das pontas dos dedos, das unhas ou do lábio;
- Pesquisar sobre a presença ou ausência de pulso: orientar a pesquisa de batimentos na região do pulso ou pescoço, presença de sudorese e/ou temperatura da pele;
- Pesquisar o nível de consciência: verificar se o paciente responde ou não a estímulos verbais e/ou a estímulos dolorosos, etc. Tomemos um outro exemplo: um solicitante relata ao telefone que seu familiar está “desmaiado”. Tentaremos então investigar alguns sinais, perguntando ao solicitante se o paciente tem movimentos respiratórios, se é possível sentir seu pulso, se responde a estímulo doloroso, etc. Caso todas as respostas sejam negativas, pode-se ter o diagnóstico de uma parada cardiorrespiratória.

## 2.2 Operacionalização da Central SAMU 192

O acionamento do serviço de atendimento móvel de urgência é realizado gratuitamente através do número nacional de atendimento às urgências (192), onde o solicitante que necessita de atendimento e/ou alguém que esteja próximo, por meio de um telefone (celular, orelhão e ou residencial), faz a solicitação do socorro. Em seguida, o TARM recebe a ligação e, em aproximadamente trinta (30) segundos, colhe as informações do paciente que necessita de atendimento, logo após, a ligação será transferida para o médico regulador, iniciando o processo de regulação médica através da **Telemedicina**.

A TELEMEDICINA é uma ferramenta que poderá ser utilizada pelo médico regulador e está regulamentada pela Resolução CFM nº 1643/2002.

A figura abaixo demonstra o fluxo de atendimento à solicitação de socorro, desde sua entrada no sistema até a decisão gestora do regulador médico:



É de competência do médico regulador avaliar qual o melhor recurso para o paciente, ou seja, sua decisão poderá ser a de orientar o solicitante a procurar uma unidade de saúde ou, nos casos necessários, enviar ao local uma Unidade de Suporte Básico de vida (USB), com auxiliar de enfermagem e condutor socorrista, ou uma Unidade de Suporte Avançado de vida (USA), a UTI móvel, com médico e enfermeiro.

A atividade do médico regulador envolve o exercício da Telemedicina, que se dá através da gravação contínua das comunicações, do correto preenchimento das fichas médicas de regulação e do seguimento de protocolos institucionais normatizados que definam os passos e as bases para sua decisão, sempre julgando a necessidade do envio da melhor resposta e do melhor recurso às diversas solicitações. Nos casos em que o médico regulador julgar desnecessário o envio de uma equipe ao local para atendimento às solicitações, o mesmo deve explicar sua decisão e esclarecer ao demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador.

O **médico regulador**, que é uma autoridade sanitária, comunica às unidades de saúde pertencentes à **grade de referência e contrarreferência hierarquizada e pactuada** sobre a chegada dos pacientes, a fim de otimizar os recursos necessários para garantir o atendimento mais adequado. O SAMU 192 Sergipe utiliza uma grade hierarquizada definida e pactuada pela Secretaria de Estado da Saúde.

Encontra-se em processo de implantação e funcionamento o Comitê Gestor de Atenção às Urgências, representado por Gestores Hospitalares, membros da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), representantes da Polícia Rodoviária Federal (PRF), Corpo de Bombeiros Militar (COBOM), Polícia Militar de Sergipe (PM), Ministério Público e Sociedade Civil Organizada. Estas entidades têm dentre suas funções o acompanhamento e a discussão da pactuação da grade referenciada, bem como

Poder dado ao **Médico Regulador** no âmbito da Central de Regulação do SUS, que define claramente as suas ações relacionadas a garantir o acesso do usuário aos meios necessários para resolução de suas necessidades. Estas ações são definidas por Legislação Específica. No Estado de Sergipe, através do Decreto Estadual nº 25892, de 07/01/2009.

A **Grade de Referência Hierarquizada e Pactuada** é a garantia de que o usuário será encaminhado para uma unidade que, além de responder à sua demanda de saúde irá assegurar a continuidade do tratamento.

o apoio ao SAMU 192 Sergipe nas diversas situações de urgências do Estado.

Atualmente, contamos com grades pactuadas referenciadas para as pequenas, médias e grandes urgências, tendo como alta complexidade os hospitais da capital, pequena e média complexidades os hospitais regionais, hospitais de pequeno porte, salas de estabilização, clínicas saúde da família 24 horas e maternidades no interior do Estado e na Capital. Ainda estamos pactuados com a Rede de Hospital Horizontal da Capital do Estado.

Uma nova grade hierarquizada encontra-se em fase de implantação e terá a seguinte conformação:

- Clínicas Saúde da Família (**CSF**) com funcionamento 24 horas
- Unidades de Pronto Atendimento (**UPA**)
- Hospitais Locais Porte I e II
- **Hospitais Regionais**
- **Hospitais Horizontais**

Além das diversas atribuições inerentes ao médico regulador, também caberá ao referido profissional o gerenciamento diário da Central SAMU 192, ou seja, ao assumir o plantão, o regulador deverá ter uma noção geral do sistema de saúde, em especial das urgências, a fim de que suas decisões contribuam para desafogar as portas de entrada das unidades de saúde. Para isso, o regulador tem ao seu dispor unidades móveis de atendimento distribuídas em todas as regiões do Estado e ainda poderá contar com o Complexo Regulador Interfederativo e suas respectivas centrais reguladoras com as quais manterá obrigatoriamente contato permanente.

Uma das principais ferramentas de regulação é a distribuição geográfica das ambulâncias no mapa (figura 1). No caso de Sergipe, adotamos o *Modelo Geocêntrico* (figura 2.) de regulação, ou seja, se demarcarmos com pontos os locais nos quais se encontram as bases descentralizadas e traçarmos linhas imaginárias ligando-os, o resultado são figuras semelhantes às geométricas, daí o surgimento do referido nome. As ambulâncias são distribuídas desta forma a fim de facilitar a visão espacial do médico regulador, bem como abranger a maior área de cobertura possível. Além disso, caso alguma viatura fique fora de operacionalização por qualquer que seja o motivo (problema mecânico, principalmente), o regulador médico em parceria com o operador da frota poderá designar o veículo mais próximo para atendimento desta área e evitar que a região fique descoberta temporariamente.

As **CSF** 24 horas serão distribuídas nos seguintes municípios:

Arauá  
Areia Branca  
Barra dos Coqueiros  
Campo do Brito  
Capela  
Carira  
Carmópolis  
Cristinápolis  
Frei Paulo  
Indiaroba  
Itaporanga D'ajuda  
Japaratuba  
Laranjeiras  
Maruim  
Monte Alegre  
N.Sra. das Dores  
Poço Verde  
Riachão do Dantas  
Riachuelo  
Ribeirópolis  
Rosário do Catete  
Tomar do Gerú  
Umbaúba.

#### **Relação das UPA:**

Boquim  
Canindé  
Itabaianinha  
Neópolis  
Poço Verde  
Porto da Folha  
São Cristóvão  
Simão Dias  
Tobias Barreto

#### **Hospitais Regionais do Estado:**

Estância  
N. Sra. da Glória  
Itabaiana  
Lagarto  
Propriá  
N. Sra. do Socorro

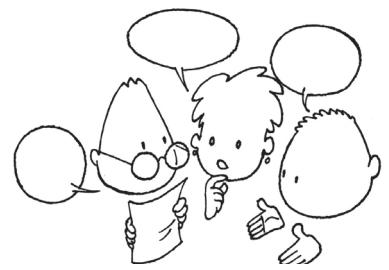
#### **Hospitais de maior complexidade:**

Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)  
Maternidade N. Sra. de Lourdes  
Hospital de Cirurgia  
Hospital São José  
Hospital Universitário  
Hospital e Maternidade Santa Izabel  
Hospital Dr. Nestor Piva  
Hospital Des. Fernando Franco

Para garantir um funcionamento adequado do modelo de regulação referenciado acima, algumas tecnologias estão sendo incorporadas à central de regulação médica das urgências como o sistema de rastreamento dos veículos através de **GPS** (Global Positioning System) e ainda a transmissão de dados para o interior das ambulâncias e vice-versa. Estas ferramentas oferecem informações que servem para auxiliar na decisão gestora do regulador médico, uma vez que atuam sobre dois dos grandes nós críticos do atendimento pré-hospitalar móvel, a comunicação qualificada com as equipes de atendimento e a diminuição do tempo resposta.



*Vamos conhecer o sistema informatizado do SAMU 192 Sergipe*



## 2.3 Sistema informatizado – SRSAMU

Abaixo são apresentadas algumas das telas visualizadas pela equipe da Central SAMU 192 Sergipe durante o atendimento, acompanhamento e encerramento das ocorrências.

- Tela inicial do TARM

The screenshot displays the TARM (Tela de Atendimento ao Regulador Móvel) software interface. At the top, it shows the SAMU 192 logo, the state of Sergipe, and the version number 2.707. The main area contains several input fields and dropdown menus:

- OPERADOR:** Tiger
- FONE:** 79 - 99347362
- MOTIVO / QUEIXA:** DESCEU CATARRO COM SANGUE
- SOLICITANTE:** JOSEFA
- REL. SOLICITANTE x VÍTIMA:** O PRÓPRIO
- TIPO DE LIGAÇÃO:** ATENDIMENTOS
- ORIGEM:** DOMICÍLIO
- ESTADO EMOCIONAL:** NORMAL
- APELIDO OCORRÊNCIA:** CANINDE:CATARRO COM SANGUE
- MUNICÍPIO:** CANINDE DE SAO FRANCISCO
- BAIRRO:** \*\*\*\* SELECIONE \*\*\*\*
- LOGRADOURO:** 6, BAIRRO OLARIA
- PTO. REFERÊNCIA:** SEM PONTO DE REFERENCIA
- TIPO:** GINECO-OBSTÉTRICO
- MOTIVO:** TRABALHO DE PARTO
- MENSAGEM:** (empty)
- ENVIA PARA:** (R.132) | CEBOLA
- RELACIONAR OCORRÊNCIAS:** (dropdown menu)
- Botões:** SELECIONAR, POS. OCOR, POS. VEIC, ENCERRAMENTO, ENC. ORIENTAÇÃO, EM FILA, EM ESPERA, CONFIRMAR

- Tela do Médico Regulador - Dados da ocorrência

SAMU 192 SERGIPE Versão: 2.707

**OPERADOR:** Tigor **TEMPO:** 1 minutos **NÚMERO:** 002000165

**Loading Modal Content**

**Motivo / Queixa:**  
DESCRIÇÃO: DESCEU CATARRO COM SANGUE  
HORÁRIO: 9/2/2009 14:11:26 OPERADOR: LÉCIO MAX VIEIRA SOUZA

**PACIENTE:**  
Nome: JOSEFA DOS SANTOS Incluir Paciente  
Idade: 21 ANO(s) Sexo: FEMININO Salvar

**Avaliação:**  
AVALIAÇÃO: PA 140/80 SATO2 94, com bolsa intacta  
HORÁRIO: 9/2/2009 14:34:02 OPERADOR: ANDREY BARBOSA PIMENTA

**Hipótese Diagnóstica:**  
- \* - \* -

**Incluir Hipótese Diagnóstica**

**Solicitação de Veículos:**  
Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO)  
Solicitação de Veículos: AVANÇADO Envia

**Registro de Solicitação de Apoio:** NÃO + Apoio

- Tela do Médico Regulador – Solicitação de apoio

SAMU 192 SERGIPE Versão: 2.707

**OPERADOR:** Tigor **TEMPO:** 1 minutos **NÚMERO:** 002000165

**Loading Modal Content**

**Motivo / Queixa:**  
DESCRIÇÃO: DESCEU CATARRO COM SANGUE  
HORÁRIO: 9/2/2009 14:11:26 OPERADOR: LÉCIO MAX VIEIRA SOUZA

**PACIENTE:**  
Nome: JOSEFA DOS SANTOS Incluir Paciente  
Idade: 21 Salvar

**Avaliação:**  
AVALIAÇÃO: PA 140/80 SATO2 94, com bolsa intacta  
HORÁRIO: 9/2/2009 14:34:02 OPERADOR: ANDREY BARBOSA PIMENTA

**Hipótese Diagnóstica:**  
- \* - \* -

**Incluir Hipótese Diagnóstica**

**Solicitação de Apoio:**

- BOMBEIROS
- POLICIA MILITAR
- POLICIA RODOVIÁRIA
- DEFESA CIVIL
- POLICIA CIVIL
- GUARDA MUNICIPAL
- SERVIÇO DE TRÂNSITO

**CONFIRMA**

**Solicitação de Veículos:**  
Classificação de Risco:  
Solicitação de Veículos: Envia

**Registro de Solicitação de Apoio:** NÃO + Apoio

- Tela do Médico Regulador – Conclusão do caso

**SAMU 192 SERGIPE Versão: 2.707**

**OPERADOR: Tiger** 1 minutos 25 3:32:27 PM NÚMERO: 902090165

**JOSEFA DOS SANTOS**

**DECISÃO TÉCNICA:** SELECIONE  
**DESTINO DO PACIENTE:** SELECIONE  
**INTERCORRÊNCIA:** SELECIONE

**OBSERVAÇÕES:**

**SITUAÇÃO:** Cancela Decisão Técnica  Conclui Decisão Técnica

**GRavar** **NOVA DECISÃO**

Data/Hora	Decisão Técnica	Destino	Intercorrência	Obs. Sit.
9/2/2009 14:35:40	ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	CANINDE DO SÃO FRANCISCO - HPP	ADEQUADAMENTE RECEBIDO ...	F
9/2/2009 14:34:22	ENVIO DE VEÍCULO	LOCAL DA OCORRÊNCIA		F

**CONCLUSÃO** **CENÁRIO**

**PACIENTE** **SOLICITANTE**

**AVALIAÇÃO** **CONDUTA**

**SELECIONAR** **DETALHES**

**POSIÇÕES EM ATENDIMENTO / LIVRES**

**OPERADOR (RAMAL)**

- CEBOLA (132)
- FLORENTINA (134)
- MAGALI (158)
- CHAVEIRINHO (131)
- REBORDOSA (168)

**TODAS AS OCORRÊNCIAS**

**OCOR. | OPERADOR | APELIDO**

- 0143 SORRISO ESTÂNCIA:GESTANTE
- 0153 QUEIJINHO propria- transf
- 0161 QUEIJINHO Doros- queda
- 0166 QUEIJINHO huse-transf
- 0175 SORRISO ORIENTAÇÃO: SOCORRO
- 0176 QUEIJINHO TRANSF. SOCORRO

**SELECIONAR** **POS. OCOR** **POS. VÉIC.**

**MENSAGEM:** **ENVIA PARA:** (R.132) | CEBOLA

**PESQUISA DE LEITOS** **AVAL. DISPONIBILIDADE** **ENCERRAMENTO** **ENC. ORIENTAÇÃO** **EM FILA** **EM ESPERA** **CONFIRMAR**

- Tela do RO – Disponibilidade dos veículos

**SAMU 192 SERGIPE Versão: 2.707**

**OPERADOR: Tiger** 3:37:18 PM NÚMERO: 902090143

**STATUS DO VEÍCULO = OCUPADO**

**DADOS DA OCORRÊNCIA:**  
 APELIDO OCORRÊNCIA :ESTÂNCIA:GESTANTE  
 SOLICITANTE : MARIA RAIMUNDA  
 QUEIXA : GESTANTE

**ABERTURA OCORRÊNCIA :09/02/2009 13:23:49**  
**TELEFONE : (79) - 99309940**

**DADOS DO VEÍCULO:**  
 VÉICULO ENVIADO : ESTÂNCIA | USB-011

**PROFISSIONAIS:**  
 METRALHA - CONDUTOR  
 TAIROME - AUXILIAR ENFERMAGEM

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:**  
 RUA POV TIBUCIO,  
 \*\*\*\* SELECIONE \*\*\*\* - ESTÂNCIA - SE - CEP :  
 PONTO DE REFERÊNCIA :EM FRENTE AO BAR DE ANA  
 UNIDADE DESTINO:  
 HR ESTÂNCIA  
 LOCAL DA OCORRÊNCIA

**LIVRE - QRV**

**IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO**

- ARACAJU - USA
- AREIA BRANCA | USB-024
- BARRA DOS COQUEIROS | USB-C
- CANINDÉ - USA

**OCUPADO**

**IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO**

- ESTÂNCIA | USB-011 ESTÂNCIA:GES
- PROPRIÁ | USB-009 propria- transf
- REMOÇÃO | USB huse-transf
- INDIAROBA | USB-012

**LIBERA ÍTENS**

**POS. VÉICULOS**

**MANUTENÇÃO DE FROTA**

**X** - Cancelamento de Envio **– Redirecionamento de Veículo**  
**– Reimpressão de Boleto** **– Controle de Horários de Movimentação**

**Voltar**

- Tela do RO/Médico Regulador – Acompanhamento das ocorrências

 <p><b>SAMU</b> <b>192</b></p>	<p>SERGIPE Versão: 2.707</p>		<b>1</b> minutos	<b>25</b>																																	
		<b>OPERADOR:</b> Tiger <b>3:39:41 PM</b> <b>NÚMERO:</b> 902090143																																			
<h3>Loading Modal Content</h3>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Cód. Ocorrência</th> <th>Nome do Solic.</th> <th>Apelido da Ocor.</th> <th>Veículos Solic.</th> <th>Tempo Ocor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>902090143</td> <td>MARIA RAIMUNDA</td> <td>ESTANCIA/GESTANTE</td> <td>1</td> <td>107 min.</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>Endereço:</b> RUA POV TIBUCIO, **** SELECIONE ****</td> </tr> <tr> <th>Veículo(s)</th> <th>Tipo</th> <th>Enviado</th> <th>Saída Base</th> <th>Ch. Local</th> <th>Saída Local</th> <th>Ch. Destino</th> <th>Liber. Ocor.</th> <th>Ch. Base</th> </tr> <tr> <td>ESTÂNCIA   USB-011</td> <td>BÁSICO</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>71</td> <td>2</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>					Cód. Ocorrência	Nome do Solic.	Apelido da Ocor.	Veículos Solic.	Tempo Ocor.	902090143	MARIA RAIMUNDA	ESTANCIA/GESTANTE	1	107 min.	<b>Endereço:</b> RUA POV TIBUCIO, **** SELECIONE ****					Veículo(s)	Tipo	Enviado	Saída Base	Ch. Local	Saída Local	Ch. Destino	Liber. Ocor.	Ch. Base	ESTÂNCIA   USB-011	BÁSICO	6	2	71	2	-	-	-
Cód. Ocorrência	Nome do Solic.	Apelido da Ocor.	Veículos Solic.	Tempo Ocor.																																	
902090143	MARIA RAIMUNDA	ESTANCIA/GESTANTE	1	107 min.																																	
<b>Endereço:</b> RUA POV TIBUCIO, **** SELECIONE ****																																					
Veículo(s)	Tipo	Enviado	Saída Base	Ch. Local	Saída Local	Ch. Destino	Liber. Ocor.	Ch. Base																													
ESTÂNCIA   USB-011	BÁSICO	6	2	71	2	-	-	-																													
<a href="#">SELECIONAR</a> <a href="#">DETALHES</a>																																					
<h4>POSIÇÕES EM ATENDIMENTO / LIVRES</h4>																																					
<p><b>OPERADOR (RAMAL)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">CEBOLA (132)</a></li> <li><a href="#">FLORENTINA (134)</a></li> <li><a href="#">FRANKSTEIN (133)</a></li> <li><a href="#">MAGALI (158)</a></li> <li><a href="#">CHAVEIRINHO (131)</a></li> <li><a href="#">SORRISO (156)</a></li> </ul>																																					
<h4>TODAS AS OCORRÊNCIAS</h4>																																					
<p><a href="#">OCOR</a>   <a href="#">OPERADOR</a>   <a href="#">APELIDO</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">0153 QUEIJINHO propria-transf</a></li> <li><a href="#">0161 EM FILA Dores: queda</a></li> <li><a href="#">0165 EM FILA CANINDE:CATARRO C</a></li> <li><a href="#">0166 QUEIJINHO huse-transf</a></li> <li><a href="#">0176 EM FILA TRANSF. SOCORRO</a></li> <li><a href="#">0179 QUEIJINHO BARRA:DOR NO C</a></li> </ul>																																					
<a href="#">SELECIONAR</a> <a href="#">POS. OCOR</a> <a href="#">POS. VÉIC.</a>																																					

- Tela do RO – Dados da solicitação

**Neste capítulo você aprendeu:**

*Como abordar o usuário e coletar as informações essenciais para definição da melhor resposta gestora.*

*Que o SAMU 192 conta com bases descentralizadas e uma grade de referência e contrarreferência hierarquizada e pactuada.*

*A importância do modelo Geocêntrico como ferramenta de gestão da saúde.*

*O fluxo operacional do SAMU 192.*

# Capítulo 3

## Situação-problema Classificando o risco...



Um tanto preocupado, Doutor Barretão responde:

- É verdade, Augusto, eu esqueci mesmo. Então façamos o seguinte: envie a USB PRF para avaliação da situação no local e realização dos primeiros procedimentos até a chegada da USA, já que esta irá demorar um pouco e a ocorrência está classificada como vermelha.

- Tudo bem, Doutor!

Neste instante, Augusto recebe outra ligação do mesmo acidente na BR 101 e pergunta:

- Doutor, estou com outro solicitante na linha, o Sr. Telmo, posso passar a ligação?

- Claro, talvez ele tenha mais informações. Pode passar!

- Alô, Sr. Telmo, médico regulador do SAMU falando, o que houve?

- Bom dia, Doutor, mande "uma SAMU" rápido, tem um carro capotado e acho que o motorista está morto.

- Calma, Sr. Telmo, já recebemos este chamado e estamos tomando as providências, mas preciso de outras informações.



## ATIVIDADE 5

Responda:

1. *Como o médico regulador deve classificar em ordem de prioridades as várias solicitações?*
2. *Quais as possíveis respostas aos pedidos de socorro que o médico regulador pode fornecer aos usuários e como deve defini-las?*



**Você acha que o Dr. Barretão conduziu bem o caso? Você faria algo diferente?**

### 3.1 Atendimento às urgências

#### Conceitos de Urgência

- **Conceito formal**

Segundo o Conselho Federal de Medicina (1995), em sua Resolução CFM nº 1.451, de 10/03/1995, a Urgência:

é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, já a Emergência é uma constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CFM, 1995, artº 1, § 1 e 2).

- **Conceito ampliado**

Segundo Le Coutour, o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente, ou seja, para os usuários em geral e seus familiares, a urgência pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida. É do imprevisto que tende a vir a urgência: “eu não posso esperar”. Já 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”. Enquanto que, para as instituições de saúde, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, é “o que não pode ser previsto”.

No dicionário da língua portuguesa, lê-se que emergência é relativa a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia, ou que não era vista, e que passa a existir ou ser manifesta, representando, dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passe a apresentar. Assim, tanto um acidente quanto uma virose respiratória, uma dor de dente ou uma hemorragia digestiva, podem ser consideradas emergências.

## Avaliação multifatorial do grau de urgência

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. Levando-se em conta esta razão matemática, temos a seguinte fórmula (Almonya, M.M.):

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

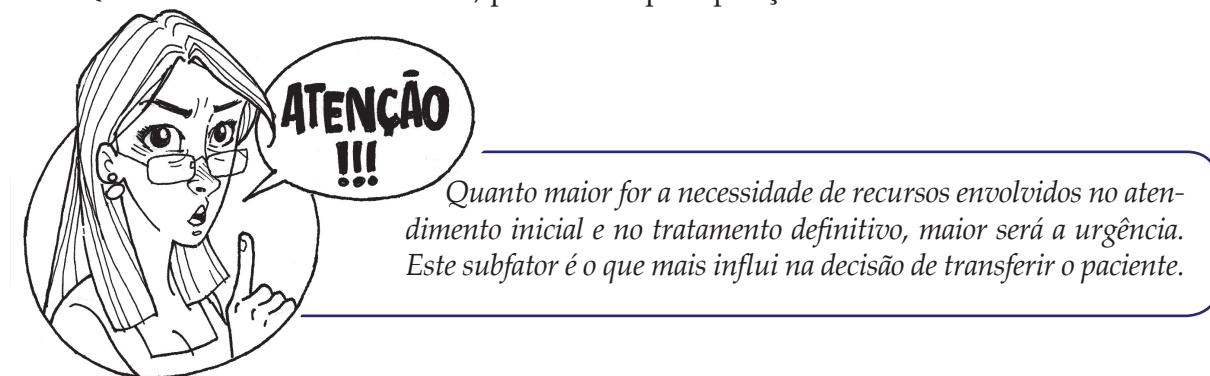
**U - grau de Urgência**  
**G - Gravidade do caso**  
**T - Tempo para iniciar o tratamento**  
**A - Atenção: recursos necessários para o tratamento**  
**V - Valência social que envolve o caso**

- **Gravidade**

É perfeitamente possível quantificar a gravidade do caso pelo telefone, por meio de perguntas objetivas dirigidas diretamente ao paciente ou à pessoa que ligou solicitando ajuda, utilizando uma semiologia que será definida e abordada nos protocolos específicos. Mais fácil ainda é quantificar as urgências nas transferências inter-hospitalares, quando o contato telefônico é feito diretamente entre médicos.

- **Tempo**

Tratamos aqui de utilizar o 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.



- **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 socorro. É de pouca influência, porém, nas transferências inter-hospitalares.

## Classificação das urgências

Com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgência, podemos classificar, didaticamente, as solicitações de socorro da seguinte forma:

NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICATIVA TÉCNICA	FIQUE SABENDO!!!! Além da classificação numérica para os níveis de prioridade, o médico regulador utiliza cores a fim facilitar a visualização da gravidade dos casos em sua tela.  NÍVEL 1 - VERMELHO NÍVEL 2 – AMARELO NÍVEL 3 – VERDE NÍVEL 4 - PRETO
1	Urgência de prioridade absoluta.	Situações em que há risco de morte iminente e/ou perda funcional grave, imediata ou secundária.	
2	Urgência de prioridade moderada.	Situações em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente imediato, mas dentro de poucas horas.	
3	Urgência de baixa prioridade.	Situações em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de morte iminente ou perda de funções, podendo esperar várias horas.	
4	Urgência de prioridade mínima.	Situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.	

### 3.2 Síndromes operacionais da regulação médica

- Síndrome: “Desmaiado”... “Eu acho que está morto”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade.</li> <li>• A vítima esta falando? Respira? Qual a cor da boca? A pessoa se mexe?</li> <li>• Nos casos onde há uma resposta negativa, despache imediatamente USA.</li> <li>• Após confirmar o despacho, continue o interrogatório: circunstâncias (clínica, trauma, tóxicas), idade?</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: se identificada suspeita de PCR.</li> <li>• USB: nos casos onde não há risco iminente de morte.</li> <li>• Em todos os casos, transporte o DEA.</li> </ul>

- Síndrome: “Dor no Peito”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade.</li> <li>• Características da dor: (tipo, tempo de início e duração, localização, irradiação, evolução).</li> <li>• Antecedentes coronarianos e tratamentos realizados.</li> <li>• Fatores de risco: HAS, diabetes, fumo, obesidade.</li> <li>• Sinais de gravidade: perda de consciência, dispneia, sudorese, sensação de morte iminente, palidez.</li> <li>• O que já foi feito pelo paciente: buscar exames prévios (ECG, Cateterismo, etc.).</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: se quadro típico, quadro atípico + antecedentes ou sinais de gravidade ou fatores de risco.</li> <li>• USB: se quadro atípico, sem antecedentes e sem sinais de gravidade.</li> <li>• Em todos os casos, transporte o DEA.</li> </ul>

- Síndrome da “Pressão Alta”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade.</li> <li>• Características: náuseas, vômitos, escotomas, cefaleia.</li> <li>• Antecedentes HAS, IAM e AVC prévio, medicamentos.</li> <li>• Fatores de risco: diabetes, fumo, obesidade, HAS.</li> <li>• Sinais de gravidade: perda de consciência, dispneia, confusão, sudorese, palidez.</li> <li>• O que já foi feito pelo paciente.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: evidência de lesão vascular em órgão alvo, aguda ou em progressão e, se houver dor torácica associada, pela relação com Dissecção de Aorta.</li> <li>• USB: situações de elevação de pressão diastólica sem evidências de lesão vascular aguda ou de lesão em órgão alvo.</li> </ul>

- Síndrome: “Falta de ar”, “Problema de coração”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade.</li> <li>• Características: Dispneia importante? Secreção rósea pela boca? Intolerância ao decúbito dorsal?</li> <li>• Antecedentes cardiológicos e tratamentos realizados.</li> <li>• Sinais de gravidade: distúrbios de consciência, dispneia, sudorese, palidez.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: sinais de falência respiratória.</li> <li>• USB: impossibilidade de acesso a unidades de saúde por meios próprios. Avaliar valência social.</li> </ul>

- Síndromes “Falta de Ar”, “Cansado”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade.</li> <li>• Características: Dispneia; Cianose; Sudorese; Taquicardia; Confusão mental; Utilização da musculatura acessória; Exaustão; Incapacidade de falar.</li> <li>• Antecedentes: Medicação em uso; Frequência das crises; Internações anteriores. Já foi medicado nesta crise? Doença cardiopulmonar associada?</li> <li>• Sinais de gravidade: agitação, confusão, sonolência, coma; Cianose, sudorese; dispneia intensa; dificuldade para falar.</li> <li>• Crise de aspecto não habitual, inquietando o paciente ou seus familiares.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: sinais de falência respiratória.</li> <li>• USB: asma leve ou moderada. Sem sinais de falência respiratória.</li> </ul>

- Síndrome do “Vomitando Sangue”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade.</li> <li>• Quantificação do volume de perda através dos dados: pulso, perfusão periférica; se possível, pela observação do volume perdido; palidez, alteração do nível de consciência, sudorese, alteração de temperatura, oligúria, icterícia, ascite.</li> <li>• Antecedentes.</li> <li>• Passado de HD, Síndrome dispépticas.</li> <li>• Hepatopatias, Patologias concomitantes.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: sinais de instabilidade hemodinâmica ou sinais de deterioração rápida do estado geral. Antecedentes e/ou fatores de risco.</li> <li>• USB: demais situações.</li> </ul>

- **Síndrome do “Ataque”, “Derrame”:**

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade, tempo de início, cefaleia, vômitos, crise convulsiva, déficit neurológico, alteração do nível de consciência (confusão mental, agitação, sonolência e coma).</li> <li>• Antecedentes: AVC anterior, medicamentos.</li> <li>• Fatores de risco: HAS, diabetes.</li> <li>• Sinais de gravidade: perda de consciência, dispneia.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: inconsciência, Glasgow &lt; 8, comprometimento do estado geral, dificuldade respiratória, anisocoria, rigidez da nuca.</li> <li>• USB: demais situações sem comprometimento da consciência e ventilação.</li> </ul>

- **Síndrome do “Ataque”:**

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade e sexo.</li> <li>• Associado a trauma?</li> <li>• Crise finalizada, em curso ou reentrantes, salivação, movimentos involuntários, cianose de lábios, dificuldade respiratória, tremores.</li> <li>• Liberação de esfíncteres.</li> <li>• Antecedentes: epilepsia, etilista, uso de drogas, traumas há 12 horas.</li> <li>• Critérios de gravidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração de mais de 10 minutos;</li> <li>• Estado pós-crise alterado (coma, insuficiência respiratória);</li> <li>• Convulsões recidivantes.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: evidência de status epiléptico, trauma grave decorrente da queda.</li> <li>• USB: demais casos.</li> </ul>

- Síndrome do “Doido”, “Louco”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa está ansiosa? A pessoa está agitada?</li> <li>• A pessoa tem ideias delirantes ou incoerentes?</li> <li>• A pessoa tem ideias suicidas?</li> <li>• A pessoa apresenta agressividade?</li> <li>• Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos, desemprego e outros fatores de stress.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: evidência de ingestão de drogas depressoras do SNC e ventilação. Tentativa de suicídio associado a trauma severo;</li> <li>• Deve ser acionado grupo de apoio (BM, Guarda Municipal etc);</li> <li>• USB: demais casos. Com grupo de apoio em situações de agressividade comprovada.</li> </ul>

- Síndrome do “Parindo”:

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade da paciente (os extremos de idade oferecem maior risco de complicações);</li> <li>• Paridade;</li> <li>• DUM (gestações pré-termos oferecem maior risco ao Recém-Nascido);</li> <li>• Fez pré-natal? (pacientes que fazem pré-natal diminuem os riscos de complicações obstétricas);</li> <li>• Antecedentes (HAS, Diabetes);</li> <li>• Dor (início, intensidade, frequência );</li> <li>• Perda de Sangue - Intensidade (risco de choque hipovolêmico), com dor (DPP) ou sem dor (placenta prévia);</li> <li>• Perda de líquido;</li> <li>• Outros sintomas associados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tonturas, Síncope, Convulsões, Dispneia, Escotomas</li> </ul> </li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conforme o Escore de Malinas* (vide abaixo):</li> <li>• Escore &lt;5: boa margem de tempo; pode orientar para ir à maternidade meios próprios (Avaliar Velência Social);</li> <li>• Escore entre 5 e 7: USB;</li> <li>• Escore &gt;7: USA;</li> <li>• USA: risco de parto iminente, trabalho de parto prematuro avançado. Perdas sanguíneas acentuadas (choque hipovolêmico). Eclâmpsia e pré-eclâmpsia (sinais premonitórios). (Suspeita de) Descolamento Prematuro Placenta.</li> </ul>

Escore de Malinas					
Escore (Valor)	Número de Gestações até o momento	Duração do Trabalho de Parto	Duração das Contrações	Intervalo entre 2 (duas) contrações	Tempo de Amniorraxe
0	1	<3h	<1 min	>5 min	Nega
1	2	entre 3 e 5 h	1 min	entre 3 e 5 min	Recente (<1h)
2	3 ou mais	> 6h	>1 min	< 3 min (ao menos 2 em 5 min)	>1h

Atentar para Multiparidade com um mesmo valor do escore, multiparas tendem a parir mais rapidamente. Levar em conta o prazo de chegada até a maternidade.

## Regulação de Traumas / Causas Externas:

- Acidentes de trânsito

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade, sexo;</li> <li>• Mecanismo do acidente (colisão, capotamento, atropelamento);</li> <li>• Avaliar risco da cena;</li> <li>• Avaliar: encarceramento, arremesso, ejeção, óbito;</li> <li>• Número de vítimas;</li> <li>• Avaliar consciência/ventilação/sangramento externo / vítima deambulando;</li> <li>• Múltiplas vítimas?</li> <li>• Há Produtos Perigosos envolvidos?</li> <li>• Há Risco para o Meio Ambiente?</li> </ul>
<b>Orientações ao solicitante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sempre a não mexer nas vítimas, sinalizar o local e aguardar a chegada do socorro;</li> <li>• Solicitar ao informante se tem condições de verificar rapidamente algum tipo de combustível, algum produto tóxico vazando no local e/ou possibilidade de incêndio para acionamento de outros órgãos públicos (Corpo de Bombeiro, Defesa Civil, DER, PRF);</li> <li>• Perguntar se já tem algum policiamento no local.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USB: Sempre;</li> <li>• USA: Quando houver sinais de gravidade (atropelamentos, preso em ferragens, vítimas inconscientes, dentre outras);</li> </ul>

- **Quedas**

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idosos?</li> <li>• Queda da própria altura?</li> <li>• Queda de que altura?</li> <li>• Superfície a qual caiu?</li> <li>• Vítima consciente?</li> <li>• Vítima respirando?</li> <li>• Lesões aparentes? Em que regiões?</li> <li>• Vítima está movendo espontaneamente os membros?</li> <li>• Localização das hemorragias aparentes.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: Comprometimento das funções vitais, associado ou não a quadro com indicativos de TRM. Quedas acima de 3 metros;</li> <li>• USB: Demais situações.</li> </ul>

- **FAF/FAB e demais agressões interpessoais.**

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Região do tiro ou facada;</li> <li>• Motivo aparente da lesão - tipo de arma;</li> <li>• Número de vítimas agredidas;</li> <li>• Agressor no local da ocorrência?</li> <li>• Vítima consciente, falando?</li> <li>• Presença de mais de um ferimento?</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: prioritariamente, obrigatoriamente em suspeita de penetração no crânio, região cervical, tórax e abdome;</li> <li>• USB: em situações de comprovada segurança para a vítima sem repercussão hemodinâmica.</li> </ul>

- Queimaduras

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade, sexo;</li> <li>• Tipo de agente causador;</li> <li>• Explosão? Confinamento? Arremesso?</li> <li>• Localização e aspecto da queimadura;</li> <li>• Avaliar consciência, ventilação, sinais de queimaduras de vias aéreas.</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: evidência de queimadura em face, lesões de vias aéreas, comprometimento da ventilação, suspeita de grande queimado. Atuar com o resgate (Bombeiros);</li> <li>• USB: demais casos que necessitem atendimento hospitalar.</li> </ul>

- Desabamentos e Soterramentos

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo e idade;</li> <li>• Motivo do desabamento;</li> <li>• Tipo de material precipitado sobre a vítima;</li> <li>• Vítima total ou parcialmente encoberta;</li> <li>• Número de vítimas;</li> <li>• Nível de consciência, respiração;</li> <li>• Lesões aparentes? Em que regiões do corpo?</li> <li>• Hemorragias aparentes?</li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: em sinais de comprometimento hemodinâmico ou da ventilação. Em casos de múltiplas vítimas;</li> <li>• USB: nos demais casos;</li> <li>• Acionar Corpo de Bombeiros e Companhia Elétrica (ENERGISA) em caso de risco persistente local (decisão gestora).</li> </ul>

- **Eletrocussão**

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo, idade;</li><li>• Avaliar risco persistente no local;</li><li>• Avaliar consciência e ventilação;</li><li>• Trauma associado?</li><li>• Queda, explosão, arremesso;</li><li>• Questionar choque por alta ou baixa tensão;</li><li>• Extensão das queimaduras;</li><li>• Sinais de Gravidade Imediata:<ul style="list-style-type: none"><li>- Problemas neurológicos (alterações de consciência, perda de consciência breve ou estado de morte aparente);</li><li>- Dificuldade respiratória (tetanização dos músculos respiratórios);</li><li>- Queimaduras de grandes extensões;</li><li>- Evento associado com trauma (queda, ejeção etc);</li><li>- Choque elétrico de alta tensão;</li><li>- PCR;</li><li>- Arritmias.</li></ul></li></ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• USA: instabilidade ventilatória, alteração do sensório, queimaduras extensas, evento associado a trauma, choque elétrico de alta tensão, PCR, Arritmias;</li><li>• USB: nos demais casos;</li><li>• Avaliar necessidade de analgesia;</li><li>• Acionar Corpo de Bombeiros e Companhia Elétrica em caso de risco persistente local.</li></ul>

- Afogamento (Síndromes: "Afogado", "Quase Afogado")

<b>Abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo de imersão;</li> <li>• Idade;</li> <li>• Água Doce ou Salgada? Temperatura (se ambiente ou refrescada);</li> <li>• Trauma associado, dispneia;</li> <li>• Alterações neurológicas;</li> <li>• Sinais de Gravidade Imediata - Sequência de avaliação da vítima:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aquastress - paciente respirando às vezes, discretamente hipotérmico, com arrepios;</li> <li>- Pequena Hipóxia - pequena inalação, sintomas de tosse;</li> <li>- Grande hipóxia - Insuficiência respiratória severa;</li> <li>- PCR.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Decisão técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USA: prioritariamente.</li> </ul>

### 3.3 Caracterização dos veículos utilizados no SAMU 192 Sergipe

#### Unidades de atendimento móvel

- Ambulância Tipo "D" (USA – Unidade de Suporte Avançado)

Unidade destinada a atendimentos de urgências nas remoções de pacientes com risco de morte iminente, de moderada a grave, que necessitem de cuidados médicos intensivos. Tripulada por médico, enfermeiro e condutor de veículo de urgência. Possui todos os recursos destinados a suporte avançado de vida, podendo ser realizadas dentro do veículo intervenções de alta complexidade para salvar a vida dos pacientes.

- Ambulância Tipo "B" (USB – Unidade de Suporte Básico)

Unidade destinada ao atendimento pré-hospitalar e remoção de pacientes com risco de vida, que seja caracterizado de pequena e média gravidade, não classificado com potencial de necessidade de intervenção médica no local e/ou durante a remoção até o serviço de destino. É tripulada por um auxiliar ou técnico de enfermagem e um condutor de veículos de urgência.

- Motolâncias

Unidade móvel de atendimento (motocicleta) integrada à frota do SAMU 192 como mais um veículo disponível para o atendimento rápido dos usuários acometidos por agra-

vos agudos (tempo-dependente). Deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica e se destinam, prioritariamente, às seguintes situações:

- Intervenções nos acionamentos de unidade de suporte avançado de vida (USA), considerando que a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente. Assim, nos eventos tempo-dependentes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras tantas) deverão ser envidados esforços por parte das centrais de regulação em efetuar o despacho imediato da motocicleta como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo-resposta possível, preservando-se a segurança do condutor da motocicleta;
- Intervenções em eventos em locais de reconhecido difícil acesso a veículos de urgência (ambulâncias) em razão de características geográficas, condições da malha viária, dentre tantas peculiaridades de cada Município/região de abrangência do serviço, bem como em outras situações desta natureza que possam ser identificadas pela regulação médica como motivação para utilização da motocicleta;
- Apoio nas intervenções de suporte básico de vida quando for necessário auxílio direto na cena de mais um técnico de enfermagem para auxílio em procedimentos que necessitem de mais profissionais, de acordo com o julgamento da regulação médica (reanimação cardiopulmonar, extração de vítimas, dentre outras situações do Atendimento Pré-hospitalar - APH móvel);
- Apoio nas intervenções de suporte avançado de vida quando for necessária a presença de mais um técnico de enfermagem na cena, a critério do médico regulador;
- Demais situações de agravo à saúde da população nas quais, a critério do médico regulador, no uso de suas atribuições contidas na Portaria 2.048/GM, possa haver benefício no emprego da motocicleta, uma vez que a chegada desta unidade viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida (BRASIL, 2008).

## Unidades móveis de suporte

- **Veículo de Intervenção Rápida – VIR**

Unidade móvel de apoio que deve ser acionada nos casos de incidentes com múltiplas vítimas, uma vez que é abastecido com quantidade extra de insumos e equipamentos.

- **Carro Rápido**

Veículo de rápida locomoção, destinado ao encaminhamento de equipes extras do SAMU 192 para dar suporte em eventos cuja capacidade técnica no local seja insuficiente para prestação do socorro.

**ATIVIDADE 6**

1. *Quais os tipos de unidades móveis de atendimento que o SAMU 192 Sergipe possui?*
2. *Quais as principais diferenças entre eles?*



**Neste capítulo você aprendeu:**

*Que o SAMU 192 Sergipe dispõe de várias unidades de atendimento e apoio logístico;*

*A conceituar, classificar por níveis e estabelecer prioridades no atendimento às urgências; e*

*As principais características das “Síndromes Operacionais” da Regulação Médica.*



# Capítulo 4

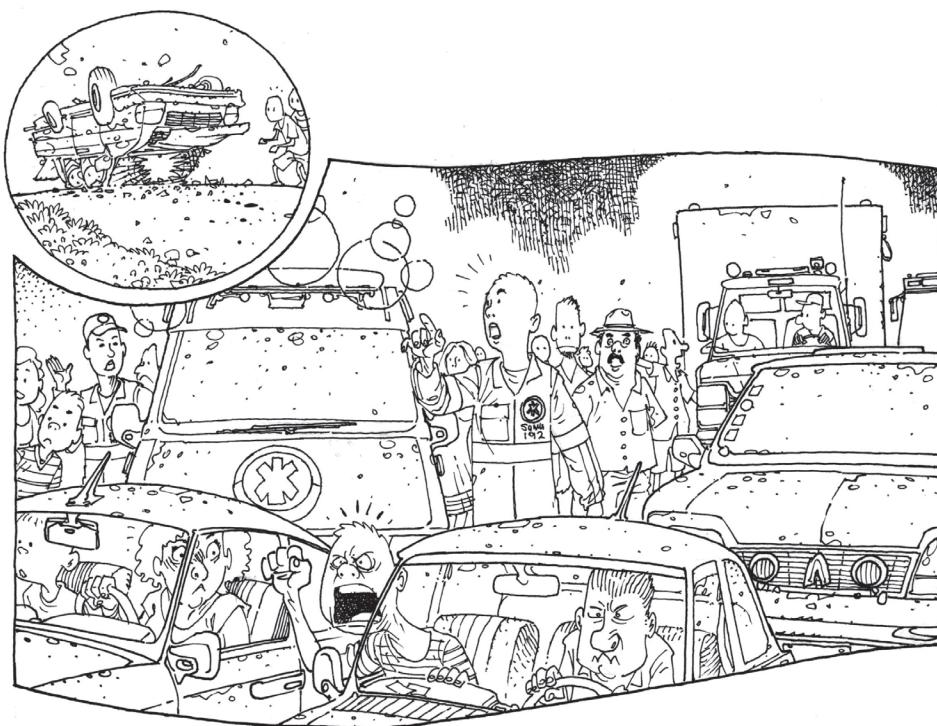
## Situação-problema

### Avaliando a cena

... Seguindo a determinação do regulador médico, Augusto designa a USB PRF para ocorrência.

Ao chegar à cena, frente à multidão, um cidadão se identifica para a equipe como um dos solicitantes. Outros tantos curiosos também circundavam o local. O condutor da USB estaciona a ambulância à beira da pista, o trânsito na BR neste momento estava intenso, preocupando toda a equipe.

Inicialmente a equipe observa marcas de frenagem na pista, vidro quebrado, manchas de óleo e combustível espalhados no local. Mais ao longe, enxerga o carro capotado com as quatro rodas para cima. Rapidamente a equipe da USB reporta a referida situação para base. Dr. Barretão, ao ouvir atentamente o relato, orienta a equipe.



Após as orientações iniciais Dr. Barretão faz novo contato com a equipe na cena:

- Atento! Atento! USB PRF copia Dr. Barretão?:

- Prossiga Dr. Barretão., Anjo da USB PRF de QAP!

- OK! Anjo, a USA já está a 10 minutos do local, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal estão cientes da ocorrência e já deslocaram suas equipes. Copiado?

- Positivo Dr. Barretão, TKS.

Passados alguns minutos a USA Socorro chega ao local do incidente e faz contato com a regulação:

- Atento Central, copia USA Socorro?

- Prossiga USA Socorro!

- QSQ?

- Positivo, Dr. Barretão de QAP. Module!

- Ok, Dr. Barretão, equipe da USA Socorro na cena.

- Ok, USA Socorro, qual a situação atual do evento?

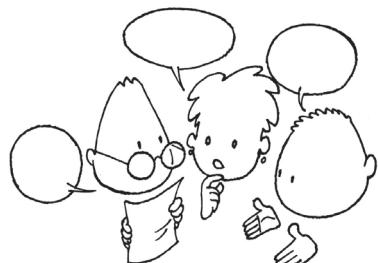
- Bem, estamos junto à equipe da USB PRF a aproximadamente 100 metros da zona quente e ainda não conseguimos saber se há vítimas, nem o quantitativo. Aguardamos o apoio do Corpo de Bombeiros para liberação da cena.

Logo após esse contato, a equipe observa uma vítima tentando sair do veículo capotado e fica ansiosa e apreensiva sem saber ao certo o que fazer; neste instante uma nova tentativa de contato com a regulação é efetuada, mas desta vez o rádio parece falhar. Novas tentativas de comunicação são realizadas, porém, sem sucesso...



### ATIVIDADE 7

1. Quais os elementos primordiais na avaliação de uma cena?
2. Você, sendo o regulador desta situação, que outras informações solicitaria da equipe em cena?
3. Se você fosse o regulador médico, quais as orientações iniciais que daria para equipe em cena? Enumere por ordem de prioridade.



Como as ações da Regulação Médica podem ajudar nestas situações?

## 4.1 Elementos primordiais de uma cena

Todo atendimento requer cuidados extremos na sua abordagem, uma vez que, por mais simples que um determinado, caso possa parecer, o ambiente no qual está inserido poderá trazer consequências para aqueles que irão prestar o socorro. Uma das prioridades para todos os envolvidos em um atendimento no ambiente pré-hospitalar é a avaliação da cena, ou seja, todos os envolvidos na assistência direta ou indireta devem assegurar-se de que o ambiente que irão atuar esteja seguro e, para isso, é preciso considerar cuidadosamente a natureza exata da situação.

Os dois elementos considerados primordiais para quaisquer que sejam os ambientes de atendimento, são: a Segurança e a Situação da cena.

**Segurança:** a primeira preocupação é com a segurança da equipe. O médico regulador não autorizará o atendimento a menos que as informações façam-no definir com segurança a abordagem da vítima. A segurança da cena não diz respeito apenas à equi-

pe, mas também ao paciente.

**Situação:** a avaliação da situação vem após a avaliação de segurança. O que aconteceu? Quantas pessoas envolvidas? Fazem-se necessários outros atores (bombeiros, polícia militar, polícia rodoviária federal, companhia de força e luz, departamento e polícia de trânsito etc.)?

O médico regulador durante o contato telefônico com o solicitante deverá colher informações para configurar a apresentação da cena, contribuindo sobremaneira tanto para a integridade da equipe quanto para zelar pelos equipamentos da ambulância.



### ATIVIDADE 8

1. *Quais órgãos podem ser envolvidos em resgate e socorro de vítimas?*
2. *Qual e como deve ser a relação entre SAMU 192 e outros órgãos numa situação de resgate?*
3. *O que fazer quando o rádio móvel não consegue contato com a central de regulação? Quais alternativas possíveis?*

*Como as entidades parceiras podem ajudar na Central SAMU 192?*

## 4.2 Comunicação: ferramenta essencial para regulação médica

Uma das principais ferramentas de regulação médica das urgências é a comunicação, pois ela se inicia com a solicitação do socorro e termina quando o usuário obtém uma resposta para sua necessidade de saúde. Assim, para que o SAMU 192 opere adequadamente, faz-se necessário que o sistema de comunicação funcione com percentual mínimo de falhas, uma vez que a prática da Telemedicina é à base da regulação médica.

Em todo processo de comunicação há falhas que precisam ser corrigidas de imediato a fim de que a mensagem possa ser transmitida o mais rápido possível. Com o SAMU 192 não é diferente, pois em algumas situações a radiocomunicação sofre interferências que impossibilitam a transmissão da mensagem via rádio para o regulador e vice-versa. Diante disso, caberá ao regulador e/ou à equipe intervencionista tentar encontrar alternativas que possibilitem a interlocução, uma dessas é a utilização da telefonia móvel ou fixa, comumente chamada de “Linha de 500”.

A radiocomunicação é a ferramenta fundamental para a interlocução entre as equipes intervencionistas e a Central SAMU 192. Através de rádios fixos nas ambulâncias e portáteis (HT), o médico regulador recebe, em tempo real, informações necessárias para que sua decisão gestora, mesmo estando longe, seja a mais eficaz tanto para o usuário quanto para o sistema de saúde.

A fim de facilitar a interlocução entre o emissor e o receptor da mensagem, utili-

zamos o código de comunicação internacional (**código “Q”**). Trata-se de uma coleção padronizada de três letras, todas começando com a letra “Q”, inicialmente desenvolvida para comunicação radiotelegráfica comercial e, posteriormente, adotada por grande parte dos serviços que utilizam a radiocomunicação.

## Ferramentas de comunicação utilizada no SAMU 192 Sergipe

- Comunicação via rádio

Alguns procedimentos devem ser adotados para que a comunicação via rádio não se torne truncada, ineficiente e cansativa. São elas:

Principais códigos de radio-comunicação utilizados pelo SAMU 192 Sergipe:

QAP - na escuta.

Q RV - estou disponível.

QSQ - médico na escuta?

QRA - nome do operador.

QTI - siga ao local!

QRM - interferência!

QRU - você tem algo para mim?

QTH - qual sua localização?

**Clareza:** falar claramente e em tom normal;

**Tom de voz:** não utilizar um tom de voz que denote raiva, sarcasmo ou impaciência;

**Linguagem:** a utilização de gírias não se justifica;

**Brevidade:** termos ou palavras como “obrigado” e, “por favor” são dispensáveis;

**Nomes:** utilizar identificações de unidades evitando ao máximo uso de nomes próprios;

**Assunto:** não utilizar o rádio para assuntos não relacionados à regulação médica.

## Transmissão da mensagem

- Antes de iniciar a transmissão organize suas ideias tendo em mente as informações que deseja obter ou as que deseja transmitir;
- Sempre que possível utilize os códigos de comunicação e o alfabeto fonético internacional;
- Verifique se o rádio está ligado;
- Use o seletor de canais para selecionar o canal desejado;
- Verifique se o canal está ocupado;
- Segure o rádio na posição vertical;
- Pressione o botão PTT (botão lateral), aguarde 2 segundos para começar a falar;
- Fale a uma distância de cerca de 2,5 a 5 cm do microfone;
- Inicie sua transmissão se identificando. Esta ação agiliza o processo de comunicação evitando que seu interlocutor pergunte por quem está sendo chamado;
- Solte o PTT ao final da transmissão para ouvir;
- Ajuste o volume considerando o ruído ambiente.

## Código Fonético Internacional

- **Alfabeto**

A :: Alfa	J :: Juliet	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 :: Whiskey
F :: Fox	O :: Oscar	X :: X-Ray
G :: Golf	P :: Papa	Y :: Yankee
H :: Hotel	Q :: Quebec	Z :: Zulu
I :: Índia	R :: Romeu	

- **Numerais**

1 :: Primeiro	6 :: Sexto
2 :: Segundo	7 :: Sétimo
3 :: Terceiro	8 :: Oitavo
4 :: Quarto	9 :: Nono
5 :: Quinto	0 :: Nulo / Negativo

*Neste capítulo você aprendeu:*

*A avaliar em uma cena elementos primordiais que caracterizam o tipo de evento e garantam a segurança do atendimento;*

*A importância da comunicação como ferramenta de Regulação Médica;*

*As principais linguagens utilizadas em radiocomunicação;*

*Que o SAMU 192 dispõe de Órgãos parceiros que facilitam e qualificam os atendimentos.*

# Capítulo 5

Situação-problema  
**Administrando o caos...**



*Por volta da 18 horas, quando o plantão estava mais para o encerramento, um dos ramais na central de regulação toca e, de imediato, Augusto atende:*

- SAMU 192 Sergipe boa tarde!
- Boa tarde, aqui quem fala é o Agente Gusmão da PRF!
- Pois não, Sr. Gusmão o que houve?
- Acabei de receber uma informação sobre um sinistro na BR 101, próximo à fábrica de suco, no município de Itaporanga D'ajuda. Segundo o relato do solicitante foi uma colisão envolvendo três veículos, uma carreta tanque, um microônibus e um carro de passeio. O cidadão estava bastante desesperado e informou haver mais de 20 (vinte) acidentados.
- Certo! Vou passar para o médico regulador.

- Alô, Sr. Gusmão, Dr. Barretão falando. Ainda não recebemos nenhuma chamada para esse evento, mas tomaremos as medidas iniciais.

- Tudo bem doutor estamos bem perto do local e assim que tivermos mais informações faremos novo contato.

- Ótimo! Estamos aguardando a confirmação, mas provavelmente receberemos outros chamados.

Após alguns minutos Augusto recebe outra ligação e de imediato passa o chamado para o Dr. Barretão:

- Dr. Barretão, a Sra. Pureza tem informações acerca do acidente na BR. Estou passando.

- Dona Pureza como está a situação?

- Doutor, tem muita gente ferida não dá para contar, mas acho que no mínimo umas 15 (quinze) pessoas estão machucadas. Também tem um caminhão grande tombado vazando um gás com cheiro forte, acho que é químico. Venha rápido doutor. Por favor!

- Calma Dona Pureza já encaminhamos as equipes para o local. A senhora consegue ver alguma identificação no caminhão?

- Nem sei doutor, só estou vendo uma placa laranja com alguns números. Serve isso?

- Lógico, a Sra. pode dizer quais são estes números?

- Posso sim, anote. Em cima tem os números 2 (dois) e 3 (três), em baixo os números 1 (um) 0 (zero) 0 (zero) 5 (cinco). Doutor, estou vendo também uma placa branca com uma caveira desenhada.

- Ótimo, dona Pureza, por favor, mantenha-se o mais longe possível do local, em direção contrária ao vento e, se possível, oriente as demais pessoas no local. Estamos chegando.

O médico regulador automaticamente comunicou o fato aos demais colegas da central e informou que a ocorrência se tratava de um incidente com múltiplas vítimas (IMV) envolvendo produto perigoso (amônia). Foi, então, deflagrado o plano de atenção à IMV.



### ATIVIDADE 9

1. O que significa IMV, desastre e catástrofes?
2. Como proceder diante da perspectiva de IMV a confirmar ou confirmado?
3. Como identificar um produto perigoso e proceder diante de um incidente desse tipo?



Vamos aprender a gerenciar eventos de grandes proporções e garantir atendimento qualificado.

## 5.1 Incidente com Múltiplas Vítimas (IMV)

O atendimento a incidentes com múltiplas vítimas é um desafio com o qual os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e os hospitais que atendem urgências se deparam com frequência. Diariamente temos em nosso país acidentes dos mais variados tipos, com ônibus, trens, vans, automóveis, desabamentos, colisão de vários veículos, incidentes em eventos com aglomerado de pessoas que causam um número considerável de vítimas, em sua maioria superior a cinco. Nessas situações ocorre um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a capacidade de atendimento médico, levando a uma incapacidade dos serviços para lidarem com esse problema, que muitas vezes sequer é percebida, ou seja, o caos se instala e muitas vidas podem ser perdidas. Assim é necessário estarmos preparados e treinados para atender essas situações caóticas.

A definição do número 5 (cinco) como limite acima do qual consideramos a situação como acidente com múltiplas vítimas, deve-se à necessidade de mudança de comportamento das equipes para atender esses eventos. Nos municípios cuja estrutura de saúde é insuficiente para o atendimento simultâneo a cinco vítimas graves, este número pode ser readequado, tornando-se compatível com cada realidade. O importante é o estabelecimento dos protocolos de atendimento a incidentes com múltiplas vítimas, para serem aplicados quando eles ocorrerem.

O conceito utilizado no atendimento dos eventos cotidianos do SAMU “nosso melhor recurso técnico para o paciente mais grave” deve dar lugar à seguinte concepção: “melhor cuidado de saúde para o maior número possível de vítimas, no momento que elas mais precisam, no menor tempo possível e com os recursos disponíveis”.

Quando temos um incidente com múltiplas vítimas vários atores do atendimento pré-hospitalar móvel chegam ao local do acidente. São médicos, enfermeiros, bombeiros, policiais e voluntários, todos querendo dar o máximo das suas capacidades e habilidades para salvar o máximo possível de vidas. Porém, o que ocorre na maioria das vezes é que esses esforços não são concentrados, nem somados, cada um trabalha por si, sem protocolos adequados ou que proponham trabalho conjunto, sem comando único e sem a somatória dos esforços, que levariam a uma multiplicação da capacidade de resposta.

Os incidentes com múltiplas vítimas fazem com que a rotina da Central SAMU 192 mude por completo, pois além de ter que dar uma resposta a este grande evento, o regulador médico terá que continuar atendendo às demandas diárias do serviço. Diante disso, faz-se necessário um planejamento prévio, bem como recursos imediatamente disponíveis para serem utilizados nestas situações.

Os incidentes com múltiplas vítimas possuem três etapas de regulação médica distintas:

### 1ª Etapa: estabelecimento do evento

- Momento em que a regulação identifica a situação através das informações obtidas dos solicitantes;

- Caso não seja possível a definição dessa situação através dos solicitantes, a regulação envia uma ou mais equipes para confirmação das informações, avaliação inicial local e atendimento;
- As equipes de apoio devem ser alertadas;
- Envio dos recursos necessários (ambulâncias do SAMU 192, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Rodoviária, Polícia de Trânsito, kits de equipamentos e outros que se fizerem necessários, conforme o tipo de evento);
- Deixar em alerta os hospitais de referência, que devem tomar as providências cabíveis, conforme os protocolos estabelecidos para essas situações;
- Informar cadeia hierárquica do serviço.

### **2<sup>a</sup> Etapa: atendendo o evento**

- Manter contato com coordenação médica local;
- Garantir recursos médicos;
- Manter interface com bombeiros, polícias, hospitais e outros serviços;
- Garantir o encaminhamento adequado das vítimas conforme suas necessidades;
- Garantir a organização dos dados da ocorrência, dos recursos e das vítimas;
- Garantir a continuidade do atendimento das demandas cotidianas com as adequações necessárias;
- Acionar centrais de regulação dos SAMU 192 de cidades da região, caso seja necessário.

### **3<sup>a</sup> Etapa: encerrando o evento**

- Desmobilizar os recursos acionados que permaneceram em prontidão;
- Tabular os dados do evento com a localização adequada das vítimas;
- Fornecer os dados do evento (número de vítimas, gravidade, óbitos, encaminhamentos, equipes envolvidas etc.) às autoridades competentes;
- Avaliar o impacto do evento na rede hospitalar;
- Avaliar a necessidade de transporte inter-hospitalar;
- Avaliar as necessidades de garantia de acolhimento das situações cotidianas;
- Discutir as questões levantadas durante o evento;
- Propor as adequações necessárias.

O cumprimento de cada uma dessas etapas possibilita tanto a organização quanto a

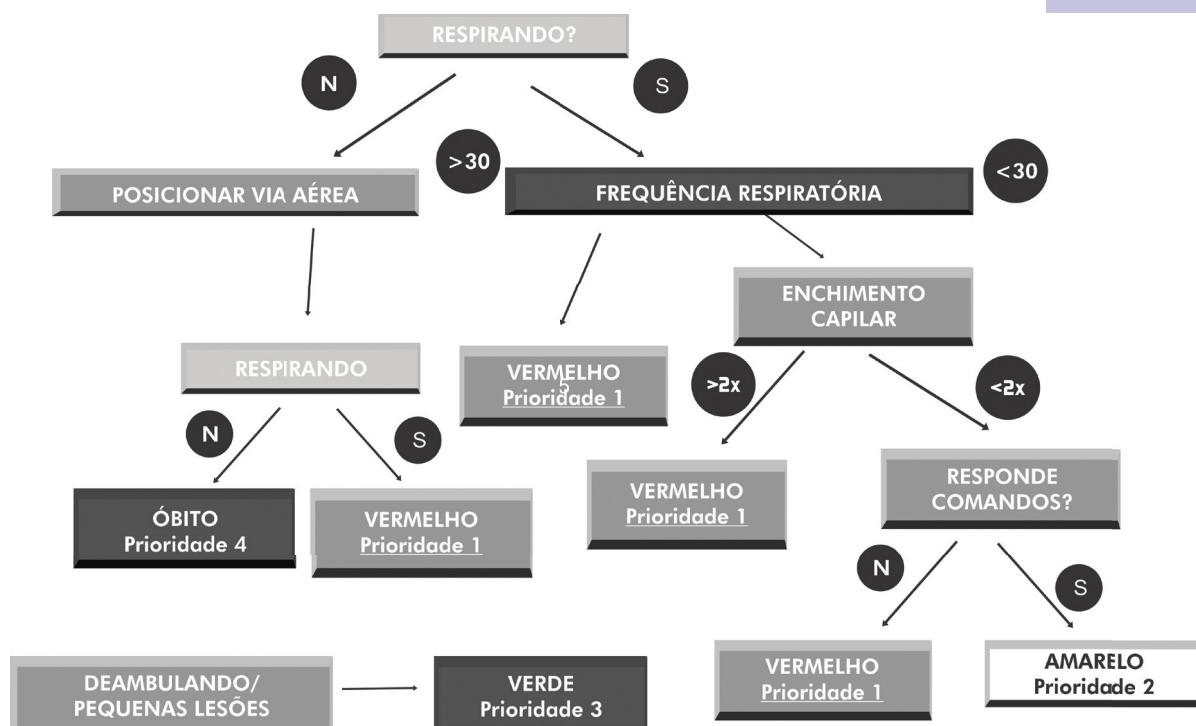
otimização dos recursos humanos e materiais que, na maioria das vezes, nunca é suficiente para o atendimento a esses eventos.

- **Triagem das vítimas**

Triagem significa classificar, selecionar, separar. No atendimento aos pacientes acidentados, implica classificar em vários graus de gravidade para o tratamento e transporte, visando a assegurar o melhor cuidado médico para o maior número de vítimas. Assim sendo, a triagem consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas para estabelecer prioridade no atendimento médico. Logo, alguns princípios devem ser considerados, são eles:

- A triagem deve ser realizada rapidamente (60 a 90 segundos por vítima);
- Os parâmetros utilizados são baseados na **Respiração**, **Perfusão** e **Nível de Consciência** (ver a seguir algoritmo para Triagem);
- Utilizar um método de triagem que facilite a classificação das vítimas, no caso do SAMU 192 é utilizado o protocolo **START** (Simples Triagem e Rápido Tratamento);

Esse método foi desenvolvido para o atendimento de ocorrências com múltiplas vítimas, pois permite a rápida identificação das vítimas que estão em risco iminente de morte, necessitando de pronto atendimento e prioridade de transporte.



Fonte: Método de Triagem baseado no START

- A identificação das vítimas durante a triagem é extremamente necessária, para isso são utilizados cartões coloridos conforme convenção internacional de cores ou outros recursos disponíveis, desde que deixem clara a prioridade médica da vítima;

- Zoneamento das áreas de risco.

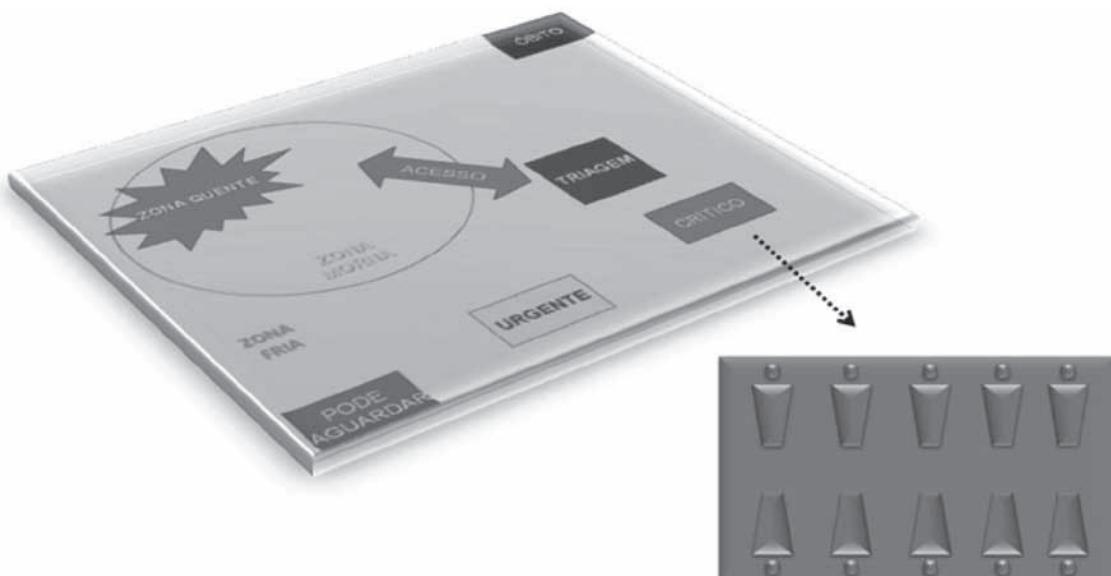
Todo evento oferece um risco potencial para aqueles que irão prestar auxílio direto aos acidentados. Logo, uma das prioridades de todo evento de grande proporção é a delimitação das zonas de risco do evento. Estas áreas são classificadas em Zona Quente, Zona Morna e Zona Fria. Apesar da delimitação de cada zona de risco não ser atribuição do SAMU 192, todos os membros do serviço devem ter conhecimento das particularidades de cada uma delas a fim de que possam reconhecer e respeitar seus limites e ainda diminuir os riscos de acidentes.

Abaixo segue uma foto ilustrativa simulando o zoneamento de uma área acometida por um eventual incidente.



Fonte: Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2010.

- Distribuição das lonas onde ficarão as vítimas na Zona Fria

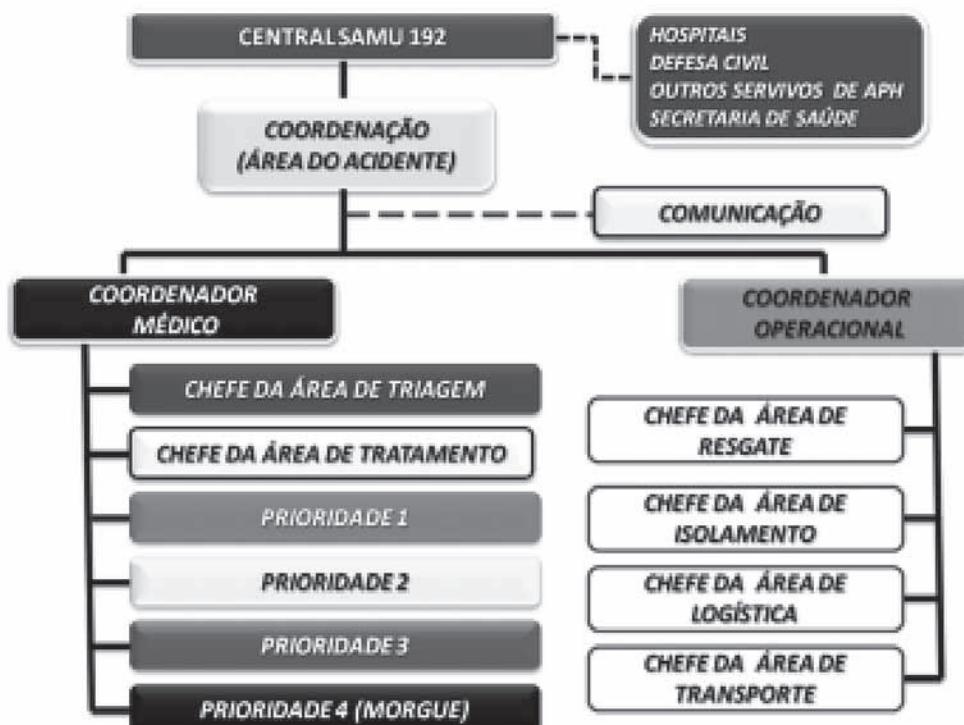


Classificação IMV baseado no START (EUA)

- Prioridades e Procedimentos

NÍVEL DE PRIORIDADE	POSSÍVEIS LESÕES	PROCEDIMENTOS
Prioridade 1 (risco de morte imediato)	Insuficiência respiratória, pneumotórax hipertensivo; choque hipovolêmico; queimaduras de face; lesões por inalação; lesões intra-abdominais; lesões arteriais; lesões de face e de olhos; queimaduras de segundo grau atingindo 20 a 40% de superfície corporal ou de terceiro grau atingindo 10 a 30% de superfície corporal; lesões extensas de partes moles; amputações.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituir suporte avançado de vida no local;</li> <li>Transportar imediatamente para hospital (tratamento cirúrgico).</li> </ul>
Prioridade 2 (sem risco de morte)	Fraturas não complicadas, periféricas; ferimentos com sangramento, necessitando sutura; queimaduras menores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituir suporte básico de vida no local e transportar ao hospital para tratamento definitivo.</li> </ul>
Prioridade 3 (deambula)	Lesões mínimas – contusões, hematomas, escoriações; Sem lesões.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituir suporte básico de vida no local e transportar ao hospital para tratamento definitivo ou liberar no local.</li> </ul>
Prioridade 4 (óbito ou inviável)	Vítimas em óbito; vítimas com poucas chances de sobrevida (politrauma grave, queimaduras extensas); quando houver desequilíbrio entre o número de vítimas e recursos disponíveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transportar os corpos para o hospital mais próximo ou local designado pela autoridade policial competente.</li> </ul>

- Modelo Logístico de organização do atendimento aos IMV



## 5.2 Produtos Perigosos (PP)

Materiais perigosos são substâncias químicas que podem causar danos à saúde, ao meio ambiente e aos bens materiais. Existem cerca de 575.000 produtos químicos, utilizados pela indústria, agricultura, medicina, pesquisa e nas residências. Os materiais perigosos se apresentam sob a forma de substâncias explosivas, inflamáveis ou combustíveis, venenos e materiais radioativos.

Os incidentes com materiais perigosos podem acontecer em diversos meios onde são fabricados ou manipulados, nas grandes indústrias e polos petroquímicos, no ambiente doméstico, e, principalmente, em nosso meio, durante seu transporte, seja rodoviário, ferroviário, marítimo ou fluvial. No Brasil estima-se que aconteçam cerca de 100.000 transportes de materiais perigosos por dia, dos quais 60% são representados pelo transporte de combustíveis e cerca de 40% pelo transporte de produtos químicos.

Diante do exposto, percebemos a necessidade de que as equipes de APH móvel, que prestam socorro aos eventos envolvendo PP, em rodovias, tenham atenção redobrada no que diz respeito a acidentes com veículos que transportam estes produtos, no sentido de:

- Identificar o tipo de substância liberada de seus recipientes de transporte em decorrência dos acidentes, através da sinalização existente em tais veículos de acordo com as normas internacionais de transporte de cargas perigosas;
- Conhecer os possíveis riscos das substâncias para a equipe, para a vítima, o público e o meio ambiente, consultando sempre que necessário as publicações existentes (Manual de Emergências com Produtos Perigosos – ABIQUIM – Associação Brasileira de Indústrias Químicas e Produtos Derivados);
- Conhecer as principais vias de entrada das substâncias no organismo e seus mecanismos de lesão, para prestar o atendimento pré-hospitalar mais adequado às condições apresentadas pela vítima;
- Notificar o Centro de Controle de Operações da Rodovia, para que, dependendo da magnitude do acidente, sejam acionados os recursos necessários para interromper / mitigar / controlar os danos às pessoas, ao meio ambiente e às propriedades – autoridades policiais, Corpo de Bombeiros, órgãos locais e estaduais de conservação do meio ambiente, defesa civil e outros recursos da comunidade;
- Notificar o estabelecimento da Rede Hospitalar Hierarquizada que receberá a vítima do acidente com produto perigoso da substância envolvida, dos efeitos sobre sua saúde e das possíveis complicações;
- Promover a limpeza/desinfecção/descontaminação da equipe, materiais, equipamentos e veículos de maneira adequada à substância em questão.

### • Classificação dos Produtos Perigosos (PP)

As Nações Unidas estabeleceram a classificação de materiais perigosos expostos a

seguir, utilizada internacionalmente e baseada tanto nas propriedades físico-químicas das substâncias quanto em seu correspondente potencial de risco. Cada classe está dividida em subclasses com características específicas de cada material.

### Classe 1 – Explosivos

Substâncias químicas que causam liberação quase que instantânea de pressão, gás e calor quando submetidas a choque, aumento de pressão ou temperatura. Têm potencial de impacto mecânico e térmico.

**Subclasse 1.1** – Substâncias e artigos com risco de explosão em massa (dinamite; explosivos militares).

**Subclasse 1.2** – Substâncias e artigos com risco de projeção, mas sem risco de explosão em massa (alguns fogos de artifício, propelentes líquidos).

**Subclasse 1.3** – Substâncias e artigos com risco de fogo e com pequeno risco de explosão, de projeção ou ambos, mas sem risco de explosão em massa (a maioria dos fogos de artifício, munição leve).

**Subclasse 1.4** – Substâncias e artigos com risco pequeno de explosão (munição).

**Subclasse 1.5** – Substâncias com potencial de explosão em massa, porém muito insensíveis (nitratô de amônio).

**Subclasse 1.6** – Substâncias muito insensíveis sem risco de explosão em massa (óleo combustível).

### Classe 2 – Gases

Comprimidos, liquefeitos, dissolvidos sob pressão ou altamente refrigerados. Podem causar problemas respiratórios e lesões térmicas por calor ou frio excessivos.

**Subclasse 2.1** – Gases inflamáveis (propano, metano, hidrogênio).

**Subclasse 2.2** – Gases comprimidos, não tóxicos e não inflamáveis (neon, hélio, dióxido de carbono).

**Subclasse 2.3** – Gases tóxicos quando inalados, mesmo em pequenas quantidades, vaporizam facilmente.

### Classe 3 – Líquidos Inflamáveis

Termicamente instáveis e potencialmente corrosivos e tóxicos.

**Subclasse 3.1** – Líquidos inflamáveis (ignição dos vapores abaixo de 40C - gasolina, álcool ).

**Subclasse 3.2** – Líquidos combustíveis (ignição dos vapores entre 40 e 80 C).

## Classe 4 – Sólidos Inflamáveis

Substâncias sólidas inflamáveis, ou sujeitas à combustão espontânea, ou que emitem gases inflamáveis quando em contato com a água. Termicamente instáveis corrosivos e tóxicos.

**Subclasse 4.1** – Sólidos inflamáveis – exceto os classificados como explosivos, que podem causar fogo por fricção ou retenção de calor durante o manuseio ou transporte (fósforos, enxofre).

**Subclasse 4.2** – Sólidos sujeitos à combustão espontânea.

**Subclasse 4.3** – Substâncias que em contato com a água ou substâncias orgânicas, podem iniciar ou contribuir para o fogo (potássio, sódio, alumínio, magnésio).

## Classe 5 – Oxidantes e Peróxidos Orgânicos

Potencialmente tóxicos

**Subclasse 5.1** – Oxidantes – Gases, líquidos ou sólidos que liberam oxigênio, alimentando a combustão (oxigênio, ozônio, peróxido de hidrogênio, ácido nítrico).

**Subclasse 5.2** – Peróxidos orgânicos – líquidos, pastas ou sólidos sujeitos à decomposição exotérmica e autoacelerável, por possuírem a estrutura bivalente O-O; são sensíveis ao choque e ao atrito.

## Classe 6 – Substâncias Tóxicas ou Infectantes

Causam danos à saúde se inaladas, ingeridas ou em contato com a pele.

Subclasse 6.1 – Venenos líquidos ou sólidos, inclusive pesticidas, com graus variáveis de risco de envenenamento.

Subclasse 6.2 – Substâncias irritantes, líquidos ou sólidos, que emanam vapores extremamente irritantes quando expostas ao ar ou fogo (alcatrão).

Subclasse 6.3 – Substâncias infectantes, que contenham microorganismos viáveis; produtos biológicos acabados ou semi-processados para uso animal ou humano (vacinas); espécimes para diagnóstico, humanos ou animais (fezes, urina, sangue e seus componentes, tecidos ou fluidos, excluindo-se animais vivos e infectados).

## Classe 7 – Materiais Radioativos

Qualquer material que espontaneamente emita radiação ionizante em atividade superior a 70 kBq/kg; na dependência do tipo de exposição, pode ser fatal ou causar sérios

danos à saúde, agudos ou crônicos.

### **Classe 8 – Corrosivos**

Líquidos ou sólidos que causam lesão (necrose) aos tecidos vivos ou destruição de aço ou alumínio (ácido sulfúrico, ácido nítrico, hidróxido de amônio).

### **Classe 9 – Substâncias Perigosas Diversas**

Sólidos ou líquidos que possam apresentar durante o transporte algum risco não descrito em quaisquer das demais classes, ou perigo de reação violenta resultante da decomposição ou polimerização; qualquer material que possa apresentar propriedades nocivas, anestésicas ou similares ou quaisquer materiais que sejam classificados como materiais de alta temperatura, substância perigosa ou lixo tóxico (dióxido de carbono, gelo seco, baterias de lítio).

- **Identificação dos PP**

Antes de qualquer ação de resgate ou atendimento de vítima envolvida em acidente com material perigoso é importante a identificação da substância envolvida, que pode ser realizada observando-se os seguintes itens:

- Os documentos de embarque da carga e nota fiscal do produto, que devem estar sempre no veículo de transporte;
- A Ficha de Emergência do veículo de transporte de material perigoso; instituída pela ABNT – NBR 7503, deve sempre acompanhar os documentos de embarque e nota fiscal do produto e contém os seguintes dados: nome do produto, seu respectivo número de identificação na ONU (número de quatro dígitos segundo convenção internacional - (consultar Manual de Emergências com Produtos Perigosos – ABI-QUIM – Associação Brasileira de Indústrias Químicas e Produtos Derivados, 1989), nome do fabricante e telefones para contato, rótulo de risco do produto e orientações de procedimentos em caso de acidentes, incluindo informações ao médico;
- Os painéis de segurança, placas retangulares de cor laranja que devem obrigatoriamente estar presentes na frente e traseira do veículo de transporte, que contêm na parte inferior o número da ONU do produto e na parte superior um número de dois algarismos que permite identificar imediatamente o risco principal e os riscos subsidiários da substância, conforme convenção a seguir:

**Significado do primeiro algarismo – Risco principal:**

2 – gás

3 – líquido inflamável

4 – sólido inflamável

- 5 – substância oxidante ou peróxido orgânico
- 6 – substância tóxica
- 7 – substância radioativa
- 8 - substância corrosiva

**Significado do segundo ou terceiro algarismos** (a duplicação do algarismo indica intensificação do risco) – *Riscos subsidiários:*

- 0 – ausência de risco
- 1 – explosivo
- 2 – emana gás
- 3 – inflamável
- 4 – fundido
- 5 – oxidante
- 6 – tóxico
- 7 – radioativo
- 8 – corrosivo
- 9 – perigo de reação violenta resultante da decomposição ou polimerização

A presença da letra X em um rótulo de risco indica proibição expressa de uso de água no produto.

Exemplos: *Painel de Segurança*



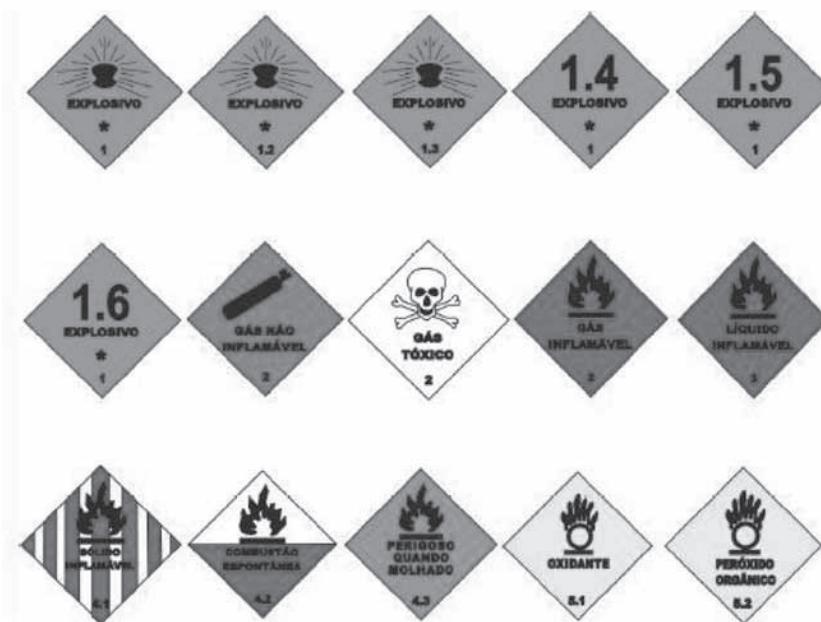
Líquido inflamável e tóxico  
(Nº da ONU 1282 - Piridina)



Líquido muito inflamável e corrosivo que reage  
perigosamente em contato com a água  
(Nº da ONU 1242 – Metildicloro)

Os Rótulos de Risco, afixados obrigatoriamente no veículo de transporte, que registram a classe e subclasse da substância, coloridos em segundo plano com cores que lembram a classe da substância, com inscrição e figuras que identificam os riscos.

### Exemplos: Rótulos de Risco



Fonte: Manual de Atendimento a Emergências, 1994.

### Mecanismo de lesão dos PP

Os produtos perigosos podem penetrar o organismo humano de quatro formas distintas: por absorção através da pele ou dos olhos; por inalação de substâncias solúveis ou insolúveis; pela ingestão e por injeção ou inoculação. Seja qual for a via de entrada, os mecanismos de lesão dos produtos perigosos podem ser classificados nas seguintes categorias:

- Lesões térmicas – pelo calor ou pelo frio;
- Lesões mecânicas – causadas por ondas de choque, forças de impacto ou explosão;
- Asfixia – interferindo no mecanismo da respiração;
- Lesões químicas – alterando estrutura e função de células, tecidos e órgãos;
- Lesões etiológicas ou contaminações por microorganismos;
- Lesões radiológicas agudas ou crônicas produzidas por radiação ionizante.

### Proteção individual

Sempre que houver possibilidade de contato com produtos perigosos – presença de gases, vapores ou partículas, contato direto da pele com a substância - é necessária a utilização de equipamentos de proteção individual. Os equipamentos podem oferecer os

seguintes graus de proteção:

**Nível A** – Proteção máxima para as vias respiratórias, olhos e pele – encapsulado total, com roupa hermeticamente fechada, botas e luvas resistentes a produtos químicos, aparelho autônomo de respiração ou respirador com conduto de ar sob pressão;

**Nível B** – Proteção máxima para as vias respiratórias, porém menos proteção para a pele – roupas, botas e luvas resistentes a produtos químicos, aparelho autônomo de respiração ou respirador com conduto de ar sob pressão;

**Nível C** – Proteção para a pele e olhos, com menos exigência de proteção para as vias respiratórias – máscara cobrindo completamente o rosto, com cartucho purificador de ar, roupas, botas e luvas resistentes a produtos químicos;

**Nível D** – Menor proteção para pele, olhos e vias respiratórias; basicamente o uniforme de trabalho da equipe. Utilizado quando não houver concentrações atmosféricas consideráveis de vapores ou gases tóxicos e os trabalhos a serem realizados excluírem respingos, imersão ou a inalação inesperada de produtos perigosos.

O nível de proteção individual necessário para cada acidente com produtos perigosos será determinado pelo perigo existente – tipo, toxicidade e concentração da substância química no ambiente – e pelo risco – potencial de exposição à substância no ar, respingos, ou outro tipo de contato direto com a substância.

## Descontaminação

A descontaminação deve ser realizada com o objetivo de reduzir lesões cutâneas ou a absorção do contaminante através da pele, minimizar a chance de inalação ou ingestão do contaminante, proteger a equipe de atendimento e controlar a contaminação de materiais e equipamentos.

Existem várias maneiras de realizar a descontaminação, de acordo com a natureza da substância envolvida:

- Utilizando-se agentes emulsificantes, como, por exemplo, os detergentes, sabões ou surfactantes; esses produtos têm a capacidade de produzir suspensão em líquidos imiscíveis (não polares) ou sólidos insolúveis;
- Pela degradação ou neutralização por outras substâncias químicas. As substâncias degradantes são bastante específicas para cada substância perigosa – processo não utilizado em tecidos vivos;
- Pela desinfecção, ou seja, destruição dos microorganismos toxinas contaminantes, geralmente por soluções cloradas ou água oxigenada;
- Por diluição, diminuindo-se a concentração do contaminante, geralmente uma substância solúvel. Deve-se tomar cuidado com substâncias reativas à água, pois podem causar queimaduras térmicas ou químicas sobre os tecidos vivos;
- Por absorção ou penetração de um líquido ou gás em outra substância; sem

valor para a descontaminação de vítimas, servindo em alguns casos de descontaminação da superfície da água;

- Por remoção física, através da pressão ou do vácuo, ou pela utilização de água, escovas ou similares, ou jatos de ar;
- Desprezando-se ou eliminando vestes, materiais ou equipamentos, tomando cuidado com o destino do lixo tóxico.

Em todos os casos é importante atentar primeiramente para as condições que determinam risco de vida imediato à vítima. Na maioria das vezes, feridas e orifícios contaminados são os primeiros a serem descontaminados, seguidos das áreas de maior contaminação sobre a pele intacta. A descontaminação deve começar com os métodos menos agressivos, e depois passar para métodos mais agressivos, se necessários.

### **Atendimento às vítimas de incidentes com PP**

Face à necessidade de atendimento de vítimas envolvidas em acidentes com produtos perigosos, e levando-se em conta as peculiaridades de um serviço de APH em rodovias, a equipe que presta o atendimento inicial das vítimas deverá:

- Zelar pela sua segurança avaliando os riscos reais ou potenciais antes da abordagem da vítima e utilizar os equipamentos de proteção individual disponíveis;
- Observar atentamente os mecanismos de lesão envolvidos no acidente e a natureza das lesões reais e potenciais;
- Instituir medidas de procedimentos de suporte básico e/ou avançado de vida apropriados de acordo com os protocolos estabelecidos;
- Identificar a natureza do produto perigoso envolvido no acidente e a magnitude de sua ação sobre a vítima, a fim de instituir os cuidados de específicos cabíveis ao atendimento Pré-Hospitalar;
- Promover ou buscar em ambiente especializado a descontaminação das pessoas da Equipe, dos materiais e equipamentos contaminados.

#### **Neste capítulo você aprendeu:**

*A classificar os eventos em Desastres, Catástrofes e Incidentes com Múltiplas Vítimas;*

*O papel da Regulação Médica diante dos IMV;*

*A importância do sistema de comando e controle exercido pela Regulação Médica diante de situações com grande número de vítimas.*

# Capítulo 6

## 6.1 Regulação de situações especiais

### Transferências e transporte inter-hospitalar

#### Considerações Gerais:

Dentro da perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com universalidade, atenção integral e equidade de acesso, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados e de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte.

As grades de referência loco-regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências, cujas competências técnicas e gestoras estão estabelecidas na Portaria GM/MS 2048/02.

No processo de planejamento e pactuação das transferências inter-hospitalares, deverá ser garantido o suporte de ambulâncias de transporte para o retorno dos pacientes que, fora da situação de urgência, ao receberem alta, não apresentem possibilidade de locomover-se através de outros meios, por restrições clínicas.

#### Conceituação:

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:

a - A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;

b - A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, 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. O transporte inter-hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do

paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados de acordo com os seguintes critérios:

- **Transporte Aeromédico:** O transporte aéreo poderá ser indicado, em aeronaves de asa rotativa, quando a gravidade do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornarem o transporte terrestre muito demorado, ou em aeronaves de asa fixa, 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, conforme já definido no Capítulo IV deste Regulamento, considera-se que o serviço deve possuir um diretor médico com habilitação mínima compreendendo capacitação em emergência pré-hospitalar, noções básicas de fisiologia de vôo 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 à gravidade do caso.
- **Transporte Terrestre:** este tipo de transporte poderá ser indicado para áreas urbanas, em cidades de pequeno, médio e grande porte, ou para as transferências intermunicipais, onde as estradas permitam que essas unidades de transporte se desloquem com segurança e no intervalo de tempo desejável ao atendimento de cada caso.

#### Diretrizes Técnicas:

#### Responsabilidades e Atribuições das Unidades de saúde solicitantes:

- a. O médico responsável pelo paciente, seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de vagas ao Complexo Regulador do Estado, seguindo os Protocolos Operacionais do complexo;
- b. O médico responsável pelo paciente, seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central SAMU 192 Sergipe e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;
- c. Não remover paciente com risco iminente de morte, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

- d. Esgotar seus recursos antes de acionar a Central de Regulação Médica ou outros serviços do sistema loco-regional;
- e. A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;
- f. Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;
- g. Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;
- h. Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável;
- i. A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;
- j. Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;
- k. Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;
- l. Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, remover pacientes sem contato prévio com a instituição/serviço potencialmente receptor;
- m. Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou con-

trariando sua determinação;

- n. Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento;
- o. Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU nº 13 de 4 de novembro de 1998 e CONSU nº 15 de 29 de março de 1999, eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### **Responsabilidades/Atribuições da Central SAMU 192 /Médico Regulador**

Além das estabelecidas no Capítulo II da Portaria GM/MS 2048/02, ficam definidas as seguintes responsabilidades/atribuições para a Central de Regulação/Médico Regulador:

- a. O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte, caso estes se localizem descentralizados em relação à estrutura física da central de regulação, como nos casos de transporte aeromédico, hidroviário ou terrestre, em que se opte por descentralizar viaturas e equipes para garantir maior agilidade na resposta. Nestes casos, a localização dos veículos e das equipes de saúde responsáveis pelo transporte deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;
- b. Utilizar o conceito de “vaga zero”, definido no Capítulo II da Portaria GM/MS 2048/02, também nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco- regionais o tornem imperativo.

### **Responsabilidade e Atribuições da Equipe de Transporte**

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições à Equipe de Transporte:

- a. Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;
- b. Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção dele para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;
- c. No caso de transporte terrestre, deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;

- d. O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste manual, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;
- e. Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;
- f. Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;
- g. Comunicar ao médico regulador o término do transporte;
- h. Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

### **Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor**

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico Receptor:

- a. Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;
- b. Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação;
- c. Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independentemente da existência de leitos vagos ou não – conceito de “vaga zero”;
- d. Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;
- e. Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;
- f. Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;
- g. Comunicar a Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.

### **Óbitos no APH móvel**

#### **Óbito no local da ocorrência:**

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando houver suspeita de óbito do paciente no local da ocorrência;

- Havendo suspeita e/ou confirmação de morte traumática, a equipe deverá preservar as evidências, não removendo o corpo e mantendo intacta a cena;
- A equipe deverá permanecer no local da ocorrência até a chegada de autoridade policial competente, salvo orientação contrária do médico regulador;
- Registrar o óbito da vítima no local especificado na ficha de atendimento;
- Comunique à Central SAMU 192 Sergipe a necessidade de contatar/acionar o CIOSP 190.

### **Óbito no local da ocorrência após intervenção da Equipe de USB**

- A vítima será encaminhada ao SVO. (Morte sem assistência Médica)

### **Óbito na ambulância**

- Em Unidades de Suporte Avançado, caberá ao médico intervencionista o preenchimento da Declaração de Óbito (D.O.), podendo usar a prerrogativa de informar a causa mortis como “causa desconhecida” ou “causa indeterminada” – Resoluções CFM nº 1601/00 e 1779/05 e Processo Consulta 2478/01 CFM com Parecer de abril/03;
- Em casos de morte traumática ou suspeita, deverá ser acionado o CIOSP 190 para guarda do corpo;
- Em Unidades de Suporte Básico de Vida, encaminhar para o SVO, pois o entendimento da legislação atual é de “morte sem assistência médica”;
- Qualquer dúvida em relação ao preenchimento das D.O., contatar a Central SAMU 192 Sergipe.

### **Constatação do óbito**

- Caberá ao médico intervencionista ou Médico Regulador a constatação do óbito, inclusive com relação às equipes de suporte básico de vida, quando for possível fazê-la.

### **Menor Alcoolizado, Abuso da Criança e do Idoso**

- O médico regulador deve ser informado imediatamente, a fim de que possa acionar o Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Conselho da Infância e Adolescência ou similar;
- O médico regulador deve registrar na ficha de atendimento.

### Paciente menor de 18 anos

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe quando houver atendimento a paciente menor de idade desacompanhado;
- Se possível, solicitar que vizinhos acompanhem o paciente até a unidade de saúde definida pela regulação, registrando nome endereço e telefone. Caso contrário informar aos vizinhos o destino que será dado ao paciente;
- Comunicar ao Conselho Tutelar ou similar;
- Comunicar ao Serviço Social da unidade receptora.

### Paciente sem condições de decidir (acompanhados de criança ou menor de idade de 18 anos)

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando houver atendimento a paciente sem condições de decidir, acompanhado de menor de idade;
- A equipe, se possível, indagará se algum parente ou vizinho pode se responsabilizar pelo menor, registrando nome e endereço desse responsável, colhendo assinatura do mesmo;
- Caso contrário, conduzir a criança ao destino final do paciente, registrando o nome e cargo do funcionário que assume a responsabilidade pelo menor ou Serviço Social se unidade hospitalar;
- Comunicar ao Conselho Tutelar.

### Paciente que recusa atendimento

Caso a vítima recuse atendimento, o médico regulador deverá solicitar à equipe que investigue na vítima:

- Situações de risco de morte imediata: comprometimento de vias aéreas e respiração, sangramento abundante;
- Alterações de comportamento que indiquem que a vítima se encontra prejudicada em sua capacidade de decisão: alterações do nível de consciência, intoxicação etílica ou por droga.

*O médico regulador, de acordo com a magnitude das lesões apresentadas pela vítima e sua evolução, solicita à equipe nova abordagem da vítima.*

*Na persistência da recusa, o Médico Regulador solicita à equipe que registre apropriadamente o fato, com a assinatura da vítima ou testemunha no campo da ficha de atendimento específico para esse fim.*

### Outros médicos no local da ocorrência

- A presença, no local da ocorrência, de médicos que se prontifiquem a prestar atendimento e que não sejam plantonista do SAMU 192 Sergipe, é considerada intervenção médica externa;
- O profissional da ambulância deve registrar o fato na ficha de ocorrência, anotando nome e CRM do profissional e solicitar ao profissional que registre sua intervenção no verso da mesma;
- O fato será imediatamente comunicado ao médico regulador e, idealmente, os dois médicos devem manter contato pelo rádio ou outro meio de comunicação para troca de informações relativas ao paciente;
- Quaisquer dúvidas quanto à conduta tomada pelo médico que está assistindo o paciente no local devem ser informadas ao médico regulador, para que ele faça contato com o profissional que está intervindo no local;

### Ordens contrárias de bombeiros, policiais e outras autoridades presentes no local da ocorrência

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando houver determinações emanadas por bombeiros, policiais ou outras autoridades presentes ao local da ocorrência, contrárias às estabelecidas nas rotinas operacionais ou protocolos assistenciais do SAMU 192 Sergipe;
- A equipe deve imediatamente esclarecer que essas ordens ferem tais regulamentos;
- O médico regulador deve orientar a equipe quanto à conduta a ser seguida;
- A equipe deve encaminhar, por escrito, relatório à Central de Regulação do SAMU 192 Sergipe.

### Liberação de paciente no local da ocorrência

- A liberação de vítimas no próprio local da ocorrência é de competência exclusiva do médico regulador, após tomar conhecimento de suas lesões e sinais vitais. Caso o médico intervencionista presente no local decida por esta conduta, deve contar com o aval e a concordância do médico regulador.

## Trotos

- Anotar no livro específico que fica na sala de regulação do SAMU 192 Sergipe.

## Maca presa

- A equipe deve informar imediatamente ao médico regulador, que manterá contato com o responsável pela Unidade receptora para solucionar o problema;
- Caso o problema não seja solucionado, manter contato com a Coordenação do SAMU 192 Sergipe de acordo com escala de Supervisão previamente afixada na Central.

## Problemas na recepção do paciente pelas equipes intra-hospitalares

- A equipe deve informar imediatamente ao médico regulador, que manterá contato com o responsável pela unidade receptora para solucionar o problema;
- Caso o problema não seja solucionado, manter contato com a Coordenação do SAMU 192 Sergipe de acordo com escala de Supervisão previamente afixada na Central.

## Atendimento a pacientes com distúrbios psiquiátricos

### Conceito

Define-se a urgência psiquiátrica como a situação na qual o transtorno do pensamento, do afeto ou da conduta é tão evidente que o próprio paciente, a família ou a sociedade consideram que requer atenção imediata. Pode apresentar-se em condições que:

São manifestações de uma alteração psicológica aguda (ansiedade, pânico, depressão, transtornos de adaptação), implicam risco de dano pessoal ou interpessoal (agressão, suicídio, homicídio) e evidenciam um comportamento profundamente desorganizado (psicose, delírio).

### Elementos da Urgência Psiquiátrica

Na aproximação de uma urgência psiquiátrica devem-se considerar quatro elementos:

- O paciente, com quadro clínico que necessitará estudo cuidadoso, exames pertinentes e o tratamento necessário;
- O ambiente humano circundante, que deve ser avaliado em sua influência para a ação procedente;
- O ambiente físico, que deve ser examinado pelas equipes para identificar perigos ou facilidades potenciais;

- O médico que, como experto, haverá de resolver a urgência. Sua capacidade profissional e personalidade exerçerão um papel decisivo.

### Avaliação da Urgência Psiquiátrica

A aproximação ao paciente na urgência psiquiátrica é, a princípio, similar a de qualquer urgência médica.

Durante a intervenção, através da entrevista, coletam-se as informações e os achados necessários para estabelecer o diagnóstico. A entrevista e o exame se adequarão, logicamente, às circunstâncias de cada paciente.

Se, por definição, a urgência demanda intervenção rápida, devemos ser, no entanto, cuidadosos e conservadores diante da suspeita de um quadro orgânico; igualmente, em algumas urgências de etiologia psicológica é pertinente obter toda a informação possível, pois poderia tornar-se difícil sua execução posterior.

O médico deve realizar uma rápida avaliação mental e proceder ao exame físico, lembrando que muitas doenças orgânicas têm uma expressão psicológica.

Sempre considerar seriamente as ideias ou tentativas de suicídio ou homicídio, assim como os riscos de agressão.

Se a informação oferecida pelo paciente não for digna de crédito ou houver impossibilidade de obtê-la diretamente, se recorrerá aos familiares ou acompanhantes.

Na avaliação deve-se por especial ênfase no que se segue:

- História clínica;
- Referência detalhada da queixa principal;
- Mudanças recentes no curso de sua vida (especialmente doenças físicas ou perdas);
- Níveis de compensação anteriores à urgência;
- Uso de drogas;
- História anterior de doenças médicas psiquiátricas e resposta ao tratamento;
- História familiar;
- História pessoal.

### Urgências Psiquiátricas Prioritárias

- Paciente Suicida;
- Depressão;
- Ansiedade e Pânico;

O paciente psiquiátrico poderá apresentar alterações clínicas concomitantes ao surto psicótico (quadro psicológico de base), podendo necessitar de tratamento específico para esta moléstia.

- Transtornos Dissociativos;
- Transtornos de Conversão;
- Transtornos de Adaptação;
- Demência;
- Situação de Crise Emocional;
- Agitação / Violência;
- Psicoses Agudas;
- Mania;
- Esquizofrenia;
- Esquizofrenia Catatônica;
- Delírio;
- Alcoolismo;
- Reações às Fenotiazidas.

## Considerações finais

Esperamos ter atendido as expectativas tanto daqueles que estão entrando em contato pela primeira vez com o ato de regular o sistema de urgência pré-hospitalar do Estado, quanto dos que já executam esta difícil, mais extremamente importante, tarefa desempenhada pela Central SAMU 192 Sergipe.

Procuramos utilizar uma linguagem de fácil compreensão, bem como uma ferramenta pedagógica que promovesse a discussão, a fim de que o aprendizado fosse facilitado e os objetivos atingidos.

Através das situações-problemas propostas procuramos retratar grande parte das dificuldades enfrentadas pelo médico regulador no momento de optar pela estratégia mais adequada. Construímos soluções através de discussões em grupo e embasamentos teóricos encontrados na escassa literatura que aborda a regulação médica, uma vez que o assunto é bastante novo no país.

Finalmente entendemos que apesar do sucesso do SAMU 192 está culturalmente atribuído à qualidade técnica assistencial de sua equipe de intervenção médica, percebemos que a Central SAMU 192 é que gerencia e qualifica todo o processo de atendimento aos usuários do serviço, desde a solicitação do socorro até seu destino final.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14561**: veículos para atendimento a emergências médicas e resgate. Rio de Janeiro, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA QUÍMICA (ABIQUIM). **Manual para atendimento de emergências com produtos perigosos**. Pró-química – ABIQUIM, 1999, 234p.

BERLINGUER, G. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988.

BRAGA, J. C. S. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. p. 1. Anexo.

\_\_\_\_\_. **Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Lei Eloy Chaves. [S.l.: s.n.], 1923.

\_\_\_\_\_. **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 União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Dispõe sobre Lei Orgânica da Previdência Social. Diário Oficial da União, [Rio de Janeiro], 5 set. 1960.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde Suplementar. **Resolução nº 13, de 03 de novembro de 1998**. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 1998a. 122

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.863, 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, 6 out. 2003a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.864, 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 urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 out. 2003b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2072, de 30 de outubro de 2003**. Institui o comitê gestor nacional de atenção às urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 2003c.

\_\_\_\_\_. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 2004a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999.** Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar de atendimento de urgências e emergências e estabelece critérios para classificação e inclusão dos hospitais no referido sistema. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 1999a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova, em seu anexo I, a norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2001a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 814, de 4 de junho de 2001.** Diretrizes da regulação médica das urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jun. 2001b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999.** Aprova o texto de normatização de atendimento pré-hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jun. 1999b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.923, de 9 de junho de 1998.** Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jun. 1998b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.925, de 9 de junho de 1998.** Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jun. 1998c.

\_\_\_\_\_. **Portaria 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, 12 nov. 2002a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Diário Oficial da União, DF, 6 nov. 1996. p. 22932.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional da Assistência À Saúde NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n 40, 28 de fev. 2002b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Aprova a Norma Operacional Básica NOB SUS 01-93, constante do Anexo único desta Portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor. (Ementa elaborada pela CDI/MS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 1993. p. 696.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991.** Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 01/91, constante do Anexo I, da presente resolução, que trata da nova política de fi-

nanciamento do Sistema Único de Saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jan.1991. p. 641.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 267, de 11 de abril de 1991.** Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 2/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que disciplina e uniformiza o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de assistência à saúde pela secretaria de supervisão técnica dos serviços assistenciais e projeções nas coordenadorias regionais de cooperação técnica e controle. (Ementa elaborada pela Biblioteca/MS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 abr. 1991. p. 6815.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 356, de 22 de setembro de 2000.** Estabelece, em seu anexo I, os recursos financeiros destinados à implementação do componente II do programa de humanização do pré natal e nascimento e, em seu anexo II, estabelece o conceito geral, os princípios básicos, diretrizes e competências das centrais de regulação obstétrica e neonatal a serem implantadas, nos seus respectivos âmbitos de atuação estadual, regional e municipal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Publicações do humanizaSUS.** Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004.** Institui o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2004c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 423, 24 de junho de 2002.** Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2002c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.971 de 8 de dezembro de 2008.** Institui o veículo motocicleta - motolâncias 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. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec,1992.

CHIORO, A. A.; SCAFF, A. **A implantação do sistema único de saúde:** TELEDUC: www.ead.unicamp.br: curso de gestão de serviços e sistemas de urgência: Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista. Campinas: [s.n], 2004.

COHN, A. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

CONCLUSÕES e recomendações das **II Jornadas de Emergência Médica de Lisboa** (1990). [Lisboa: s.n.], 1990. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/samu/>> artigos/dec\_lisboa.htm> Acesso em: 14 fev. 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatórios.** Brasília: s.n., 1986.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.246, de 08 de Janeiro de 1988.**

Dispõe sobre o código de ética médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 1988.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995.** Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 1995.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1.529, de 28 de agosto de 1998.** Normatiza a atenção médica na área da urgência e emergência na fase de atendimento pré-hospitalar. Revogada. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 set. 1998.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002.** Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2002.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1.671, de 9 de julho de 2003.** Dispõe sobre a regulação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jul. 2003a.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1.672, de 29 de julho de 2003.** Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jul. 2003b.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1986.

GONÇALVES, A. J. Urgência e emergência: atendimento global e competência. **Ser médico**, ano 2, n 6, p. 32-35, jan./mar. 1999.

MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência – SAMU.** Brasil: [s.n.], 1998.

\_\_\_\_\_. **Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves.** 2. ed. Florianópolis: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, Cooperação Brasil-França, 2000.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, J. M. **(Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Regulação médica de urgência.** Curitiba, 2004. Manual.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade.** São Paulo: Hucitec, 1989.

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS (RBCE). Curso de regulação médica de urgências. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL DA RBCE: Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências**, 4., 2000, Goiânia. [Anais...]. Goiânia, 2000.

\_\_\_\_\_. **Curso de regulação médica de urgências.** Natal, 2002. Apostila.

\_\_\_\_\_. Textos. In: BARBOSA, Z. **Regulação médica das urgências: entraves, desafios e**

potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral às urgências em Campinas: Anexo. 2001. Tese (Mestrado em Ciências Médicas)–Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

SIQUEIRA, Ivana L. C. P.; KURCGANT, Paulina. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. In: **Acta Paulista Enfermagem**. vol.18 no.4 .São Paulo Oct./Dec. 2005. Disponível: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 dez. 2010.



## LIVROS DA COLEÇÃO

**Volume 1** – A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe

**Volume 2** – Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe

**Volume 3** – Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe

**Volume 4** – Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe

**Volume 5** – Atenção Básica no Estado de Sergipe

**Volume 6** – Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe

**Volume 7** – Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe

**Volume 8** – Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe

# Manual Técnico Operacional da Central Samu 192 Sergipe