

SAMU-192 Metropolitana II



APOSTILA DE REGULAÇÃO

I- POLÍTICAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

.....8

1. INTRODUÇÃO:.....	8
2. ASPECTOS HISTÓRICOS:	9
3. A IMPLANTAÇÃO DO SUS E SEUS PRINCÍPIOS.....	12
4. A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS	13
5. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	18

II – O NEOLOGISMO “REGULAÇÃO MÉDICA”

23

1.APROXIMAÇÃO DOS CONCEITOS.....	23
2.O COMPLEXO REGULADOR DA ASSISTÊNCIA.....	24

III - A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS.....

27

1. HISTÓRICO:	27
2. REGULAMENTAÇÃO.....	29
3.CONCEITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:	30
4. BASES ÉTICAS.....	33
5.ASPECTOS COMPLEMENTARES:	54
6. EMBASAMENTO LEGAL.....	56
7. REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E DE LEITOS.	58

IV- ORGANIZAÇÃO DE CENTRAIS REGULADORAS DE

URGÊNCIAS.....

61

1. INTRODUÇÃO:.....	61
2.INFRAESTRUTURA	62
3. RECURSOS HUMANOS: PERFIL E COMPETÊNCIAS.....	63

V – A ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.....

70

1.ASPECTOS HISTÓRICOS	70
3. MISSÃO	72
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO:	73
5. PRINCÍPIOS OPERATIVOS	73
6. TÉCNICAS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	75

VI - AS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES81

1. MISSÃO	81
2. PRINCÍPIOS OPERATIVOS	81
4. TÉCNICAS DE REGULAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES	82

VII - PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO.....89

1.PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR.....	89.
2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES.....	108

VIII- NOÇÕES DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À MÚLTIPLAS VÍTIMAS.....129

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140
--------------------------------------	-----

X- ANEXO: ESPECIFICAÇÕES DAS FUNCIONALIDADES DO SISTEMA DE GESTÃO.....	142
--	-----

I - POLÍTICAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO:

A estruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde voltados para a atenção às urgências no Brasil deu-se de forma bastante heterogênea, passando por lógicas diferenciadas em função dos momentos históricos.

Este Contexto Nacional, caracterizado por uma ausência de políticas públicas na área da atenção às urgências, apresenta historicamente o menor nível de descentralização e hierarquização do SUS, com graves deficiências do ponto de vista organizacional, estrutural e operacional.

A assistência às urgências ainda é extremamente centralizada, com características hospitalocêntricas dos anos 70-80, com marcante desigualdade no acesso atuando como fator perpetuador das distorções dos Sistemas de Saúde.

Os Recursos financeiros são insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países, a configuração e distribuição de hospitais nem sempre reflete verdadeiramente o número de leitos ofertados, nem sua complexidade, e muito menos as necessidades reais da população. Os critérios para dimensionamento de leitos principalmente em áreas específicas não são coerentes com dados epidemiológicos.

A Universalização crescente da clientela reflete aumento progressivo das demandas das mais variadas categorias aos serviços de urgência, inclusive da clientela anteriormente vinculada à saúde suplementar gerando o quadro clássico de “superlotação nos hospitais” em todo o território Nacional.

O cidadão procura resolver seus problemas de saúde, muitas vezes batendo de porta em porta, quase sempre esperando por uma “consulta médica”, como resposta a todos os seus anseios.

Os Pronto-Socorros Hospitalares constituem-se muitas vezes nas únicas e grandes Portas dos Sistemas de saúde, recebendo - embora nem sempre acolhendo - diferentes clientelas, que variam desde situações de emergência, com risco iminente de vida, casos de urgência, casos crônicos agudizados até casos de baixíssima complexidade não absorvidos pela atenção básica, que tem dificuldades em incorporar seu papel como porta de entrada do Sistema para casos de urgência de média e baixa complexidade.

Estas clientelas invariavelmente deparam-se nestes serviços, com profissionais desgastados, insatisfeitos devido a baixos salários e falta de política de recursos humanos justa e coerente; além de pouco ou indevidamente capacitados para uma abordagem tecnicamente correta e humanizada, e ainda podem ser “culpabilizadas” pelo “caos” gerado no serviço pela simples presença!!

2. ASPECTOS HISTÓRICOS:

No início do século XX, apesar dos altos índices de mortalidade principalmente por epidemias, a assistência hospitalar não era realizada por Hospitais Públicos, mas pelas entidades filantrópicas, mantidas por contribuições e auxílios governamentais e trabalho voluntariado, com objetivo de isolar os doentes “contaminados” da sociedade. Por “contaminados”, neste caso, podemos entender também como os pobres e indigentes, pois os ricos compravam serviços dos profissionais liberais e eram atendidos em regime domiciliar.

A partir de 1923, com a Lei Eloy Chaves, surge a previdência Social e são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões, mantendo-se a exclusão da maioria da população do acesso aos serviços de saúde, embora a assistência médica fosse uma atribuição central e obrigatória.

A década de 30 é caracterizada pela inclusão do modelo hospitalar estatizado, na assistência médica, de característica asilar, através de grandes hospitais para tratamento de tuberculose e Hanseníase, além da implantação progressiva de rede de serviços estaduais de saúde, voltados ao controle das doenças epidêmicas.

A partir de 1937, o modelo de atenção era previdenciário, de caráter contencionista, visando acumulação e a assistência médica era colocada como função provisória e secundária. A ação do Estado no setor da saúde se divide claramente em dois ramos: de um lado a saúde pública, de caráter preventivo, e conduzida através de campanhas voltadas principalmente para evitar a disseminação das endemias rurais; de outro, a assistência médica, de caráter curativo, conduzida através da ação da previdência social.

A partir de 1950, com a necessidade de implementação da assistência para garantir a capacidade produtiva do trabalhador e a influência do modelo americano surgem grandes hospitais, alguns construídos pelos próprios IAPs (que tinham financiamento do Estado, da Empresa e dos trabalhadores). Há uma

incorporação progressiva de tecnologia, numa visão de saúde extremamente hospitalocêntrica, obviamente de alto custo, que interessava à indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e hospitalares, colocando em segundo plano a rede ambulatorial, cujos custos são bem menores.

Em 1966 o governo unifica todos os IAPs, criados em 1930, surgindo então o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passando a concentrar todas as contribuições previdenciárias. Ele vai gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores do país, com uma Política de saúde que privilegiava a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde preventiva, onde a organização de Sistemas de saúde era orientada pela lógica da lucratividade e privilegiavam o produtor privado de serviços de saúde em detrimento dos serviços próprios, através da compra desses serviços pela previdência, mecanismos de remuneração dos serviços privados e conveniados variável conforme a complexidade e densidade tecnológica do ato médico, favorecendo o processo de incorporação tecnológica.

A rede assistencial tornou-se um negócio rendoso, e apesar da ampliação da cobertura urbana e rural, eram claras as desigualdades no acesso, qualidade e quantidade de serviços para as diferentes classes sociais.

Com esta unificação a arrecadação da Previdência aumenta muito, tendo no início da década de 70 sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e no volume de recursos arrecadados e também o maior orçamento da história, utilizado sem controle pelo governo militar, financiando hospitais particulares, obras faraônicas e permitindo fraudes, Em contrapartida, é evidente o sucateamento dos diversos serviços de Saúde Pública.

O governo anuncia linhas de financiamento a fundo perdido para empresas privadas construir hospitais que atenderão os trabalhadores inscritos na Previdência social, hospitais esses que serão então financiados e sustentados pela previdência durante muitos anos. Posteriormente, quando estes proprietários consideraram-se capitalizados, se descredenciaram. O dinheiro da previdência não era mais suficiente para cobrir os gastos com assistência médica, e o número de leitos diminuiu. A lógica então, era baseada no Estado como grande financiador da saúde através da previdência social.

A partir de 1974, com o término do período do milagre econômico, gradativamente inicia-se um processo de abertura política, onde cada vez mais

eram questionadas as repercussões dos efeitos do modelo econômico adotado sobre a saúde. O modelo já começava a apresentar grave crise financeira decorrente de fraudes, desvio de verba da previdência para financiamento de megaprojetos do governo, aumento de gastos com internações, consultas, exames realizados pelo setor privado, sendo, portanto caracterizado nesta década de 70, o modelo hegemônico médico assistencial privatista.

No final da década de 70 e início de 80 surge proposta internacional de priorização da atenção e cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS, através de um modelo de baixo custo, que possibilitasse impacto efetivo sobre a saúde das populações excluídas.

Na prática, desenvolvia-se uma proposta de atenção primária seletiva, com poucos recursos e aparato tecnológico, destinada aos cidadãos excluídos, contando com pessoal pouco qualificado, diferente da proposta original de **atenção primária à saúde** articulada, inserida num Sistema hierarquizado e resolutivo, idealizada por seguimentos organizados da Sociedade, que passam a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário através de movimentos em busca da publicização do Sistema de Saúde, com extensão da cobertura dos serviços de saúde para toda a população, com ênfase na saúde pública, e novas políticas públicas que garantissem os direitos de cidadania, entre eles o direito à saúde.

Preconizavam uma efetiva transferência de poder e responsabilidades para os Estados e Municípios, contrariando a tendência centralizadora, historicamente dominante desde o início do século, e a participação popular no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde.

No final da década de 80, temos então como características das políticas sociais neoliberais uma privatização dos serviços sociais em geral, remetendo a regulação destes serviços de saúde a mecanismos de mercado, uma descentralização teoricamente boa para aproximar as decisões e aumentar eficácia e eficiência, mas com enfoque de Estado Mínimo, diminuindo o poder do Estado enquanto derivado da vontade do povo e uma Atenção Primária seletiva, com poucos recursos e dirigida prioritariamente para programas.

3. A IMPLANTAÇÃO DO SUS E SEUS PRINCÍPIOS

Após a VIII Conferência Nacional da Saúde é que ocorreu a instituição do SUS (Sistema Único de Saúde), a partir da Constituição de 1988, que *“garante a saúde como direito de todos e um dever do Estado, tendo os usuários acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação... Tais ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e constituem um sistema único, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, com atendimento integral e participação da comunidade... as instituições privadas tendo sua participação de forma a complementar aos serviços do SUS, com delegação de poderes para os níveis estatal e municipal, tendo o atendimento integral com maior enfoque a atividades preventivas...”* regulamentada a seguir através de leis complementares:

Lei 8.080 de setembro de 1990:

Regula, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, (inclusive atividades de serviços privados tendo em vista sua relevância pública) colocando, entre outras questões, seus princípios e diretrizes, ressaltando-se:

- A Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- A Integralidade da assistência;
- A Descentralização político administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- A Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

A descentralização preconizada pelo SUS pode ser entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, de forma que quanto mais perto do cidadão as decisões forem tomadas, mais chance haverá de dar certo. Assim, uma das etapas para a implementação do SUS no Brasil é a municipalização da saúde, ou seja, fazer com que o município se responsabilize em administrar o dinheiro arrecadado e

promova ações em saúde, cabendo então aos municípios a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltados para os seus cidadãos.

Lei 8.142, de dezembro de 1990:

- Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.
- É a garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, através dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual, Municipal e local).
- Disciplina-se a transferência de recursos arrecadados pela União para os Estados e municípios. Os recursos do FNS são repassados de forma regular e automática para os Estados e municípios.
- Define, a partir da Constituição as diretrizes para participação do setor privado, que deve dar sob algumas condições como celebração do contrato, onde a instituição privada deve estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde.

4. A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Apesar dos avanços, no início da década de 90, a implementação do SUS constituía-se em um movimento contra-hegemônico à proposta de conservação do modelo médico-assistencial privatista.

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial das NOB-SUS 93 e 96, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

Na Primeira Norma editada, a NOB 01/91, ainda havia a manutenção da gestão do SUS centralizada até 1993, quando finalmente, foi extinto o INAMPS, assumindo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde as tarefas e responsabilidades sanitárias historicamente delegadas para a área previdenciária.

A NOB 93, do período pós-impeachment de Collor, resulta de fato, num instrumento fundamental para o processo de descentralização e municipalização da saúde, conforme determina a Constituição. Ela regulamenta a habilitação da gestão da saúde pelos municípios, desencadeando o processo de municipalização através da transferência automática de recursos financeiros fundo a fundo, possibilitando que os municípios transformem-se em gestores de fato do SUS, prevendo três formas de gestão: Incipiente, Parcial e Semi-plena (passando os municípios a gestores).

A gestão Semi-Plena significou assim um importante avanço na qualificação das secretarias municipais de saúde no papel de gestores do Sistema Único de Saúde, com as seguintes características:

- Transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais;
- A responsabilidade pelo planejamento e gestão de todo o sistema de saúde, incluindo os prestadores de serviços de saúde públicos (estaduais e federais) e privados, passou a ser das secretarias municipais de saúde, sob acompanhamento e controle dos Conselhos Municipais de Saúde;
- Criação das Comissões Intergestoras, responsáveis pela operacionalização do SUS e enfrentamento dos problemas na implantação desta NOB.

A NOB 96 assinada em novembro de 1996 foi resultado de um intenso debate e negociações que duraram cerca de 2 anos, submetidos à deliberação da X Conferência Nacional de Saúde realizada em setembro de 1996.

Entre os principais avanços a NOB 96 propõe-se a:

- Promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor
- Reorganizar o modelo assistencial - descentralizando aos municípios a atenção básica da Saúde.
- Diminuir relativamente o repasse por produção - aumentando o repasse fundo a fundo.

Na NOB 96 os municípios passam a ter duas formas de gestão: Plena da atenção básica e plena do Sistema Municipal. Foi implantado o PAB que passou a financiar a atenção básica com pagamento per capita e não mais por procedimentos. A prioridade da NOB foi a descentralização da gestão plena, e com o amadurecimento desta proposta, surgiram algumas dificuldades para a consolidação do Sistema.

Vale ainda lembrar que a NOB/96 determina que seja elaborada a Programação Pactuada Integrada (PPI), como forma ascendente de planejamento, a partir das necessidades assistenciais de cada município, a fim de garantir o acesso da população a todos os serviços de saúde que ela necessita, seja dentro do próprio município ou por encaminhamento ordenado e pactuado a municípios vizinhos.

Algumas Dificuldades na Implementação do SUS :

A experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do Sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde / SUS.

A NOB 96, efetivamente implantada em 1998 ainda não deixa claro o papel de cada esfera de governo, principalmente do Estado, a regionalização e hierarquização da assistência e ainda não consegue garantir um fluxo adequado dos casos de urgência entre os pequenos, médios e grandes municípios.

Na prática, temos uma rede assistencial não hierarquizada, onde os pacientes são referenciados para os municípios-polo, que recebem uma demanda regional nem sempre de maneira organizada que sobrecarregam as portas hospitalares, com conseqüente dificuldade de acolhimento, não conseguindo efetivamente promover a garantia de acesso.

Quanto ao Financiamento a alocação de recursos permanece fortemente vinculada à lógica de oferta de serviços, atrelada à série histórica de gastos de produção, à capacidade instalada e às necessidades de receita dos prestadores.

O sistema de avaliação de serviços de saúde ainda predominante é o que refere-se apenas ao controle das faturas dos serviços remunerados por produção, nem sempre sendo valorizada a análise dos problemas de saúde, expressos através de indicadores de qualidade de vida e de morbi-mortalidade.

De acordo com as características demográficas existentes, observa-se que a maioria absoluta dos municípios não têm base populacional suficiente para que se justifique implantar uma rede completa de serviços em todos os seus níveis de complexidade. No entanto, a população desses lugares têm tanto direito à saúde quanto os moradores dos grandes centros. A única forma de garantir o acesso, portanto, é organizar redes de serviços, regionalizadas e hierarquizadas, onde um serviço de maior complexidade deve servir a mais de um município.

Nos últimos anos, com o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e como estratégia para conferir maior resolutividade à rede assistencial local, houve um crescimento acentuado de estabelecimentos de saúde com o intuito de garantir a assistência às urgências, muitas vezes realizando internações que poderiam ser evitadas via prevenção adequada e tratamento ambulatorial eficaz, devido a uma deficiência crônica da oferta de serviços ambulatoriais e/ou à baixa resolutividade dos serviços existentes.

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS fortalecido com a implementação da NOB 96, surge a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, clareando os papéis e atribuições dos municípios, estabelecendo suas formas de inserção no Sistema, principalmente quanto à hierarquização, definindo cada nível de atenção, conceituando efetivamente atenção primária, quais os procedimentos de média e alta complexidade. Ela amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define e estabelece “o processo de regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde”; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Neste sentido, esta NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Estratégias:

Esta NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

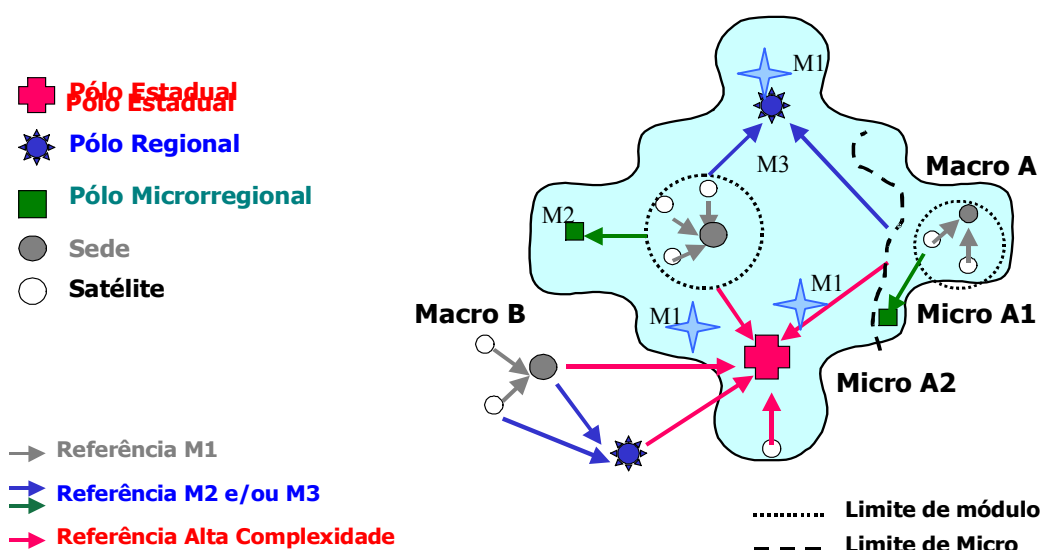
Preconiza um conjunto de estratégias que visam a Regulamentação da assistência e a regionalização, organizando os municípios em módulos e microregiões de saúde, cada um oferecendo serviços em determinado nível de complexidade para facilitar o acesso. Amplia ainda a forma de financiamento per capita para algumas ações de média complexidade.

A NOAS está apoiada em 3 eixos:

1. A regionalização como estratégia de hierarquização de serviços, baseada na equidade.
2. Estratégias de fortalecimento da gestão (PPI, termos de compromisso para garantia de acesso, ações de controle e avaliação, ações de regulação da Assistência)
3. Novas formas e critérios de habilitação

Assim, a estruturação das redes regionalizadas da atenção segue o seguinte modelo:

Processo de Regionalização:



Municípios que realizam apenas atenção básica (PAB):

Municípios Satélites: realizam a atenção básica ampliada (PABA) – contemplam os casos atendidos nos municípios PAB, além de área para observação de pacientes;

Municípios Sede de Módulo Assistencial: realizam o PABA (atenção básica ampliada) e procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos de média complexidade (M1). Devem contar com unidades não hospitalares de atenção às urgências;

Municípios Pólo Microrregional: realizam procedimentos de média complexidade (M2). Além de contar com as estruturas já mencionadas está previsto Unidades Hospitalares Gerais Tipo I;

Municípios Pólo Regional: realizam procedimentos mais complexos (M3). Devem contar com Unidades Hospitalares de referência Tipo I e II. Este é o nível responsável em ordenar os fluxos das micro para macro regiões;

Município Pólo Estadual: realizam procedimentos de alta complexidade. Além das estruturas mencionadas acima contam com Unidades Hospitalares de referência Tipo III.

(Obs.: para detalhamento da classificação de referência hospitalar ver especificação no Cap. V da Portaria 2048/GM).

5. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Mesmo com a política de hierarquização da rede hospitalar com o pagamento diferenciado sobre a fatura dos hospitais de acordo com o porte e a complexidade, permanecem os problemas de superlotação e falta de qualidade na assistência às urgência. A falta de porta de entrada dos serviços de atendimento às urgências, ou seja, a desorganização do fluxo de entrada, leva o usuário a procura dos serviços de maior complexidade para situações que poderiam se resolvidas em unidades de menor complexidade. Naturalmente soma-se a isto a deficiência das unidades de atendimento básicas e de urgências, iniciando por falhas no gerenciamento e na capacitação dos profissionais atuantes nestas unidades até a falta de retaguarda de exames especializados e leitos hospitalares. Desta forma, esta estrutura arcaica acaba atuando como fator

perpetuador das tradicionais distorções do sistema, dando cobertura a muitas de suas falhas.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde desencadeou o **Plano de Atenção Integral às Urgências**, de responsabilidade pactuada entre governos municipais, estaduais e a União.

Assim, em 5 de novembro de 2002 foi aprovada a **Portaria nº 2048/GM** referente a *Regulamentação Técnica dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência*. Este regulamento de caráter nacional envolve temas como os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências e Regulação Médica. Além disso, estabelece as normas de funcionamento e classificação dos serviços de saúde, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel e hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação dos Núcleos de Educação em Urgência – NEU, com proposição de grades curriculares para capacitação de todos os profissionais envolvidos no atendimento de urgência.

Ampliando algumas questões contempladas anteriormente em outras políticas de combate à morbi-mortalidade nas urgências, além da Portaria 2048/GM, foi instituída a **Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003** implantando a **Política Nacional de Atenção às Urgências**, onde ocorre a incorporação de alguns novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos, a saber:

A) Atender as necessidades da população: parece óbvio afirmar que a atenção às urgências deva se dar a partir das necessidades da população, mas, na verdade, temos ainda como modelo hegemônico o planejamento da assistência a partir da disponibilidade financeira e da oferta dos serviços existentes.

B) A adoção de Estratégias Promocionais de Qualidade de Vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas, enfrentado-as por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública e da participação e responsabilidade de toda a sociedade, é um dos alicerces fundamentais desta política do Ministério da Saúde. Ou seja, o diagnóstico das necessidades deve ser feito a partir da observação da área geográfica e da relação população/território, da avaliação de

necessidades dos diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis, da observação das doenças emergentes, bem como da valorização de todas as informações que possam ser obtidas no sentido de pormenorizar tais necessidades. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as carências e projetar a organização das chamadas redes loco regionais de atenção às urgências.

C) Regionalização do sistema: é fundamental que se tenha claro que a Regionalização do atendimento é elemento indispensável para que se promova a integralidade e a equidade na assistência, apagando-se as fronteiras de Municípios e Estados e desenhando-se uma figura regional baseada na distribuição, localização e complexidade dos recursos existentes, observando-se a expressão dos fluxos da clientela já delineados.

D) Organização de redes loco regionais de atenção às urgências: no modelo vigente, a assistência às urgências se dá nos “serviços” que funcionam exclusivamente para esse fim, os nossos tão conhecidos pronto socorros. Com portas abertas nas 24 horas, eles acabam atraindo clientelas desgarradas da atenção primária e especializada, que tratam de conservá-los permanentemente cheios, comprometendo a qualidade do atendimento. Assim, é imperativo estruturar um Sistema de Atenção às Urgências, que envolva toda a rede assistencial, como elos da cadeia de manutenção da vida. Fica assim estratificada:

D.1. Componente Pré-Hospitalar Fixo: composto pela:

- **Atenção Primária à Saúde** que através das Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Saúde da Família e suas equipes de Agentes Comunitários de Saúde, deve estar estruturado e capacitado para o enfrentamento das Urgências de menor complexidade, principalmente as que ocorrerem na clientela sob sua adscrição, além de poder dar o primeiro atendimento ou suporte de vida a casos graves;

- **Rede de Atenção Especializada** que deve responsabilizar-se pelos pacientes em acompanhamento especializado, dando-lhes retaguarda qualificada em quadros de agudização, bem como acolher prontamente para investigação e/ou seguimento os pacientes que sejam atendidos em serviços de urgência e
- **Rede de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências** (unidades de pronto atendimento e pronto socorro) que necessitam ser amplamente reestruturadas e qualificadas.

D.2.Componente Pré-Hospitalar Móvel: composto pelos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – SAMU -192, eleitos pelo governo como primeira ação no enfrentamento às urgências por seu alto potencial de impacto de preservação da vida, sua capacidade de “observatório do sistema e da saúde da população” e sua capacidade de intervenção nos fluxos de pacientes urgentes em todos os níveis do sistema, através da regulação médica;

D.3.Componente Hospitalar: composto pelas Portas de Urgências de Hospitais Gerais ou Especializados, de qualquer porte ou nível de complexidade, aí incluindo todos os leitos do Sistema - os gerais, os especializados, os de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva;

D.4.Componente Pós-Hospitalar: composto pelas várias modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais Dia, Projetos de Reabilitação e outros serviços de suporte a pacientes com patologias crônicas ou incapacitantes, e tem por funções primordiais a humanização do atendimento a eles prestado, sua desospitalização e reintegração a suas famílias. Além disto, promove a desobstrução da rede hospitalar ao devolver o paciente à sua comunidade.

Cada um desses níveis assistenciais deve ser capacitado e responsabilizado pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução, criando, assim, uma hierarquia resolutiva com responsabilidade sanitária. Na verdade, temos que organizar o sistema para que ele possa acolher a clientela acometida por quadros agudos, de maior ou menor gravidade, a fim de que esta

demanda deixe de dirigir-se sistematicamente aos pronto-socorros, como acontece hoje em dia.

Além disso, as ações da Política Nacional de Atenção às Urgências são complementadas com as seguintes estratégias inovadoras:

E) Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica de Urgências, que deverão atuar em íntima relação e integração com as demais Unidades de Trabalho do Complexo Regulador da Assistência no SUS, promovendo fluxos qualificados de entrada e saída dos pacientes na Rede de Atenção às Urgências;

F) Capacitação e Educação Continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos de atenção, envolvendo todos os trabalhadores do setor (pré-hospitalar fixo e móvel, hospitalar e pós-hospitalar), de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS. (P1863/GM)

G) Orientação segundo os princípios de Humanização da Atenção.

H) Núcleo de Educação em Urgência

A criação dos Núcleos de Educação em Urgência, é proposto pela Portaria 2048/GM aos gestores do SUS, de forma a garantir melhor capacitação dos profissionais atuantes em todos os níveis de atenção às urgências. Registra:

“Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, coordenado pelo gestor público e tendo como integrantes as secretarias municipais e estaduais e as instituições de referência na área de urgência que formam e capacitam tanto o pessoal da área de saúde como qualquer outro setor que prestam socorro à população, de caráter público ou privado e de abrangência municipal, regional ou estadual.” (Portaria 2048/GM).

A Política Nacional de Atenção às Urgências, por sua abrangência deverá, portanto, exercer forte papel indutor na organização do Sistema Único de Saúde, estimulando o exercício do comando único e da pactuação tripartite para a manutenção de ações, que possam atender às diretrizes de Universalidade, Eqüidade e Integralidade do Sistema, bem como uma Hierarquização e Regionalização efetivas da atenção.

II – O NEOLOGISMO “REGULAÇÃO MÉDICA”

1. INTRODUÇÃO AO CONCEITO DE REGULAÇÃO

O termo Regulação médica teve origem na reorganização da atenção às urgências na França, que conseguiu êxito no seu objetivo de descongestionar as portas de entrada dos hospitais de urgência adotando dois processos concomitantes: a ampliação radical da atenção básica - com credenciamento quase universal de consultórios e clínicas ambulatoriais - e a implantação dos "SAMU" (Serviço de Atenção Médica de Urgência). Estes, além da prestação da assistência pré-hospitalar, funcionam como Centros Regionais de Regulação das urgências, conseguindo intervir, previamente, no fluxo dos usuários para os serviços de atendimento. Como resposta positiva a esse processo, a população francesa veio a assumir a conduta de telefonar previamente para um número de acesso público, buscando orientação e ajuda, antes de se dirigir a um serviço de urgência.

Considerando a complexidade e a amplitude do conceito de Regulação, podemos apresentá-lo das mais variadas formas, utilizando-se de diferentes abordagens. Por razões didáticas, optamos por apresentá-lo neste momento na forma com foi originalmente utilizado, e posteriormente o ampliaremos quando formos abordar sua aplicabilidade na estruturação e operacionalização de Sistemas de urgência. Assim temos que:

REGULAÇÃO : Do verbo “Regular”, significa : “que é ou que age segundo as regras, as leis, dirigir, acertar, ajustar, regularizar, guiar, orientar”(Segundo dicionário Michaelis)

REGULADOR: “que regula, peça que ajusta o movimento de uma máquina”.

- ❖ “Regulação Médica é um neologismo criado para designar uma forma organizada de responder a toda situação de urgência que necessite de cuidados médicos, de forma harmônica, proporcional, equânime, de acordo com as diretrizes do SUS, evitando o uso inadequado de recursos”.

2. O COMPLEXO REGULADOR DA ASSISTÊNCIA

A Regulação do SUS é bastante ampla e complexa. Ela pressupõe a aplicação de instrumentos e regras, ações de controle e avaliação do uso dos diferentes serviços (protocolares), que vão do controle financeiro até a avaliação da sua performance. Dentre todas as diferentes modalidades de regulação, algumas se destacam por serem imprescindíveis à viabilização do acesso do cidadão ao serviço de saúde. Este acesso deve ser ordenado de modo a garantir a eficácia do tratamento a ser dispensado, usando como base, entre outros fatores, a gravidade do quadro clínico, bem como a necessidade de atenção urgente ou não. Deste acesso inicial, surge outro aspecto de fundamental importância, que é o contrato financeiro com suas variáveis (pactuação de assistência, tetos físico-financeiros, alta complexidade e outros).

Ainda, após o acesso inicial, deve ser viabilizada a continuidade do tratamento, que não se esgota na assistência hospitalar, porém estende-se à assistência ambulatorial.

De modo geral, compreende-se quatro preceitos básicos no aspecto do acesso do paciente ao serviço:

- **Identificação** da demanda (existência do paciente, com uma queixa inicial);
- **Diagnóstico médico** o mais precoce possível, a fim de indicar o tratamento necessário;
- mecanismo de **acesso** do paciente ao serviço médico (inclui o transporte do mesmo, se necessário); e
- respeitar a **complexidade** do serviço necessário, a partir dos dados até então obtidos, viabilizando a continuidade do tratamento.

Em linhas gerais, as funções básicas de macro regulação do Sistema de Saúde podem ser resumidas nos seguintes aspectos (citados apenas os mais relevantes):

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

O **Complexo Regulador** é o instrumento ordenador dos fluxos gerais das demandas dos usuários do SUS e garante uma multiplicidade de respostas que atenda suas necessidades, sendo constituído de diferentes **unidades de trabalho**, que ordenarão os fluxos de necessidades/respostas, nas urgências, nas demandas eletivas de atenção primária, da atenção especializada, internações (central de leitos), entre outras. As unidades de trabalho devem ser polivalentes no uso dos seus recursos, prevendo no seu interior as divisões de unidades de trabalho especializadas (oncologia, obstetrícia, recursos de alta complexidade etc). Como exemplo, uma gestante em trabalho de parto necessita um acolhimento integrado entre os fluxos de urgência, acesso a leitos, exames, atenção primária à saúde, ou seja, deve ser acolhida por diversas “unidades de trabalho” capazes de dar a melhor resposta, integrada e econômica ao sistema.

Dessa forma, estas centrais interligadas entre si constituem o verdadeiro **complexo regulador da assistência**, cujo objetivo é a garantia do acesso do usuário ao sistema de acordo com princípios de equidade e de racionalização de recursos.



Por definição, uma “Central” (*latu sensu*) pressupõe determinadas áreas físicas, onde se concentram meios materiais (mobiliário, equipamentos de informática e comunicação, etc.) e recursos humanos (diferentes categorias de profissionais) cuja finalidade é executar ações específicas, programadas, e que de modo geral podem ser orientadas por protocolos adequados às suas finalidades. Exemplos: Centrais de busca de leitos, de atendimento a usuários em situação de risco, de marcação de consultas, etc.

Na medida da necessidade, desenvolvem trabalhos ininterruptos ou em turnos prolongados adequados à sua demanda de serviços. Têm ainda uma clientela definida para cuja demanda devem estar devidamente habilitadas a fim de viabilizar a resposta adequada. Fazem a gestão de determinados meios, que são utilizados de acordo com sua necessidade e sobre os quais devem ter domínio integral. Exemplo: disponibilidade de leitos, frota de ambulâncias para atendimento e transporte, etc. São, portanto, ferramentas de gestão fundamentais, quando aplicadas ao conceito de regulação do SUS.

III - A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

1. HISTÓRICO:

O conceito de regulação médica das urgências tem sua origem no atendimento pré-hospitalar francês, como já citado. Embora a idéia do atendimento fora da estrutura hospitalar, com o uso de ambulâncias medicalizadas tenha se originado no final do século XIX em Nova Iorque e daí tenha sido levada para a Europa, é da França a concepção de Regulação Médica de Urgências que se utiliza no Brasil.

Em 1986 é publicada uma lei francesa governamental que define os SAMU franceses (Sistema de Atenção Médica às Urgências) como serviços hospitalares com Centros de Recepção e Regulação das Chamadas – os Centros 15 – que coordenam os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). Os SAMU têm como objetivo “responder com meios exclusivamente médicos às situações de emergência”, com as seguintes missões: “garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital”.

A mesma lei estabelece que os “Centros 15” devem manter comunicação privilegiada com os centros de operações do corpo de bombeiros – cujo número de acesso é o “18” – informando-se mutuamente, os dois centros, do andamento das respectivas intervenções. A lei determina que o SAMU se responsabilize por atividades de ensino que possibilitem a capacitação e formação continuada das profissões médicas e paramédicas (auxiliares do médico) para o atendimento às emergências. Regulamenta, por fim, a regionalização do sistema, com a definição da lista de unidades envolvidas no atendimento e sua respectiva atribuição.

No Brasil a terminologia surge no início da década de 90 através de uma Cooperação franco-brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos estrangeiros na França, e que apresentava uma nova concepção de modelo de atenção pré-hospitalar, centrada no médico, contando com a

participação de profissionais da enfermagem e acrescentando o motorista de ambulância com uma formação específica.

Esta discussão foi intensificada, em decorrência da constatação de mudanças importantes no perfil epidemiológico, evidenciando um aumento da incidência da morbimortalidade por causas externas e causas cardiovasculares e a ausência de políticas públicas de saúde voltadas para a atenção às urgências, tanto na área hospitalar, quanto na pré-hospitalar, caracterizada pela total desestruturação dos serviços, desorganização dos fluxos dos casos de urgência . Este modelo é estruturado através de “Centrais de Regulação” dos chamados de urgência e atendimento pré-hospitalar, chamadas SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência, constituindo-se em centrais inteligentes, onde existe uma “racionalidade” própria no gerenciamento dos recursos disponíveis, baseada na equidade, em quantidade e características compatíveis com a necessidade de cada caso, conforme prerrogativa de avaliação estritamente médica.

A estruturação inicial destes serviços proporcionou a aglutinação de técnicos, que a partir de 1995 vem organizando-se para promover uma ampla discussão em todo o Brasil sobre a atenção às urgências e o que ela representa na organização de Sistemas de Saúde e no processo de construção do SUS. Os trabalhos deste grupo subsidiaram de forma importante a divulgação desta nova forma de trabalho, e resultaram concretamente em parecer do CFM, e, posteriormente, como um marco histórico na área de atenção às urgências, a Portaria Ministerial 824 de 24 de junho de 1999, onde fica regulamentada e conceituada a regulação médica, orientando e subsidiando a organização destes serviços.

Surge então uma nova fase, em que são desenvolvidas as estratégias de implantação efetiva das diretrizes desta portaria através da incorporação destes conceitos pelos médicos reguladores e pelo corpo clínico dos hospitais, implicando na necessidade de mudança na postura destes profissionais no que diz respeito ao recebimento da demanda referenciada segundo determinados critérios, estabelecidos a partir da necessidade do paciente.

A difusão do conceito de Regulação, então, propiciou o surgimento da portaria 814 /2000) que conceitua de forma mais ampliada e avança na normatização da atenção pré-hospitalar além de considerar a Regulação médica interferindo em outros momentos do processo assistencial e mais adiante,

consolidando estes conceitos e como marco importante surge a Portaria Ministerial nº 2048-GM de novembro de 2002

2. REGULAMENTAÇÃO

A Resolução CFM Nº 1.529/98 e Portaria 2048/2002 disciplinam o atendimento pré-hospitalar e regulamenta vários aspectos do Transporte Inter- Hospitalar, conforme:

- *O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento para casos que se enquadrem dentro de sua capacidade de resolução.*
- *Não podem ser removidos pacientes em risco de vida iminente sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico e realização de outras medidas urgentes e específicas para o caso.*
- *Pacientes graves ou de risco só podem ser removidos acompanhados de equipe completa, incluindo médico, em ambulância de Suporte Avançado.*
- *Antes de decidir a remoção, é necessário realizar contato com o hospital de destino.*
- *Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, legível e assinado com CRM (independente de contatos prévios telefônicos ou verbais), que passará a integrar o prontuário do mesmo, no destino. Este relatório deve também ser assinado pelo médico que recebeu o paciente, no destino.*
- *Para o transporte, é necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou responsável. Isto pode ser dispensado quando houver risco de vida e não for possível a localização de responsáveis. Neste caso, pode o médico solicitante autorizar o transporte, documentando devidamente essa situação no prontuário.*
- *A responsabilidade inicial é do médico transferente, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor; as providências para o transporte são de mútua responsabilidade entre os médicos.*

3. CONCEITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Antes de falarmos nos conceitos de regulação médica das urgências, necessitamos inicialmente conceituar “urgência” e emergência”.

Conceito Formal:

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1451, de 10/03/1995, temos:

Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Conceito ampliado:

Segundo prof. Le Coutour, " o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente:

Para os usuários, seus familiares, 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”.

Para o médico, a noção de urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo, com prognóstico vital em certo intervalo: “ele não pode esperar”. -

Para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, é “o que não pode ser previsto”.

E Regulação das Urgências:

Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo de pacientes no Sistema e geram porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de

socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.
(Portaria 2048/GM)

- ❖ **“Regular constitui-se operacionalmente em Estabelecer um diagnóstico telemédico da real necessidade e do grau de urgência de um a situação, classificar e estabelecer prioridades entre as demandas urgentes, definir e enviar recursos mais adaptados às necessidades do solicitante, no menor intervalo de tempo possível, acompanhar a atuação da equipe no local e providenciar acesso aos serviços receptores de forma equânime dentro de um Sistema de Saúde.**

- ❖ **Conforme resolução do CFM 1529/98 e Portaria MS nº 2048/2002, o ato de Regular, fica reconhecido enquanto um “ato médico”, que consistem em ajustar, sujeitando a regras, de forma organizada, todas as respostas às situações Gestão do fluxo de oferta de cuidados médicos de Urgência/Emergência em um município ou região”, possibilitando uma racionalização dos recursos disponíveis; composto por uma fase diagnóstica, obtida através dos dados coletados, concluído por uma decisão que corresponde a uma escolha terapêutica.**

Cabe então a este “médico regulador”, ouvir, qualificar, classificar a demanda e designar o recurso mais adaptado as suas necessidades, incluindo endereçá-la ao serviço mais adequado no momento para a continuidade do tratamento, de forma a respeitar as capacidades operacionais de cada serviço e garantir a distribuição racional dos casos nos serviços hospitalares disponíveis.

A esta tarefa chama-se Regulação Médica que, portanto, apresenta duas dimensões: Uma dimensão técnica que diz respeito a decisão quanto ao tipo de recurso a ser enviado e a realização dos procedimentos de suporte básico e avançado de vida no local da ocorrência e durante transporte, na atenção pré-hospitalar.

Uma outra dimensão, denominada gestora, refere-se ao uso racional do Sistema de saúde hierarquizado, estabelecendo qual tipo de serviço em determinado momento está mais bem preparado e em melhores condições de

receber determinado paciente para que ele possa ser melhor atendido e dar resolutividade ao seu problema.

Este conceito foi considerado importante na estruturação de Sistemas Brasileiros de atenção às urgências, por várias razões, entre elas, porque reforça o papel da saúde enquanto responsável pela atenção integral à saúde do cidadão, numa lógica eqüitativa, utilizando-se das categorias profissionais existentes para tal fim: médicos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Segundo, porque mostra-se um mecanismo eficiente no sentido de organizar Sistemas, reordenar fluxos, e pelo fato de constituir-se numa importante ferramenta de gestão, através do papel deste serviço enquanto um potencial observatório de saúde, cotidianamente avaliando e reavaliando fluxos e situações, orientando planejadores para suas ações.

Estes conceitos, aplicados inicialmente nos SAMU, materializam-se através dos seguintes objetivos:

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

Se entendermos as necessidades imediatas da população, ou necessidades agudas ou de urgência, como pontos de pressão por respostas

rápidas e tendo em vista seu potencial desorganizador sobre o funcionamento geral do sistema, dando visibilidade aos seus sucessos ou fracassos, poderemos equacionar uma oferta resolutiva para as urgências que determine a progressiva normalização da oferta programável.

Então, as portas de urgência do sistema, sua real porta de entrada, passariam a acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e direcionando-a aos locais adequados à continuidade do tratamento, transformando estas portas que hoje funcionam como verdadeiros “para raios” do sistema em “placas distribuidoras” do mesmo (**Manual de Regulação Médica RBCE**).

4. BASES ÉTICAS

A abordagem da Ética neste Curso foi entendida como uma necessidade de imprimir uma mudança paradigmática nos processos ditos de educação, mas que se limitam a assumir uma postura repetitivamente repassadora de conteúdos que podem produzir apenas profissionais bem treinados e tecnicamente hábeis para o exercício da regulação médica.

Pretendemos que este processo de capacitação seja voltado para a produzir uma sensibilização nestas pessoas envolvidas como processo de cuidar em saúde, para que elas tenham o entendimento do paciente como ser humano, complexo e não redutível à dimensão biológica e da saúde como um direito e um bem público a ser mantido ou conquistado através de seus esforços, considerado não apenas como um exercício profissional, mas um exercício de Ética e de Cidadania.

A estrutura do curso previu então um conjunto de conhecimentos, gerais, específicos, de habilidades práticas e teóricas e neste módulo serão valorizados os hábitos, as atitudes e os valores éticos que possibilitem ao profissional uma atuação eficiente, consciente e ativa no âmbito do seu trabalho, que possa refletir na sociedade e em sua auto-realização enquanto sujeito.

4.1. CONCEITOS GERAIS DE ÉTICA E MORAL

Falar em ética, inicialmente nos remete a uma idéia de comportamentos dos homens, que historicamente foram criando formas de se viver que se diferenciam no tempo e no espaço, construindo respostas diversificadas às suas necessidades, reformulando as respostas e inventando novas necessidades.

Os costumes das pessoas, e os valores que atribuem às coisas a aos outros homens, podem ser entendidos enquanto atribuições de significados na maneira como o homem se relaciona com a natureza e com os outros homens, que variam de acordo com a necessidade, desejos, condições e circunstâncias em que se vive. É a cultura de cada grupo social que imprime como deve ser e o que se deve fazer se traduz numa série de prescrições, valores, estabelecimento de regras, relações hierárquicas que possibilitam uma vida em sociedade que a s sociedades criam para orientar a conduta dos indivíduos. Este seria o campo de atuação da moral e da ética. Ele diz respeito a uma realidade humana que é construída histórica e socialmente a partir das relações coletivas dos seres humanos nas sociedades onde nascem e vivem.

Quando existem conflitos na sociedade, as respostas a esses conflitos do passam pela decisão pessoal, influenciadas pelas representações sociais, pela inserção cultural e política dos indivíduos e são ditadas pela moral, palavra originada do latim Mos, *moris*, que significa “maneira de se comportar regulada pelo uso”, que pode ser conceituada então como “o conjunto de normas, princípios, preceitos, costumes, valores, regras de conduta admitidas por um grupo de homens em determinada época e que norteiam o comportamento dos indivíduos.” A moral portanto é normativa. O seu campo é a prática, é o modo de agir de um comportamento do homem, que age bem ou mal, certo ou errado, na medida em que acata ou transgride as regras do grupo, sendo que é a sua consciência que dirige suas atitudes.

Esses comportamentos são ditados por conhecimentos morais que são adquiridos com a vivência dos indivíduos. O ser humano desde o nascimento é moldado pelo meio que o cerca, através da fala, dos gestos e demais interações. Inicialmente a partir da mãe, a seguir pela família, depois a escola, outras instituições, além da religião, da ideologia política e da própria sociedade como um todo. Na interação constante com todas estas instâncias é importante

lembrar que o homem é dotado do livre arbítrio de optar pelo certo ou errado segundo seu julgamento, a partir de valores próprios inerentes a cada indivíduo.

A necessidade de problematizar estas respostas aos conflitos do cotidiano, é Campo específico da ética, definida por ARANHA (1993) como “ **parte da filosofia que se ocupa com a reflexão a respeito das noções e princípios que fundamentam a vida moral**” e esta reflexão pode seguir as mais diversas direções, dependendo da concepção do homem que se toma como ponto de partida. Podemos então entender a ética como uma espécie de ciência, teoria ou **reflexão teórica, que analisa, investiga e critica os fundamentos e princípios que regem a conduta humana à luz de princípios morais**. Ela está relacionada à opção, ao desejo de realizar a vida, mantendo com os outros, relações justas e aceitáveis. Via de regra está fundamentada nas idéias de bem e virtude, enquanto valores perseguidos por todo ser humano e cujo alcance se traduz numa existência plena e feliz.

Segundo Aurélio Buarque de Holanda, ética é definida como: “**Estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente à determinada sociedade, seja de modo absoluto**.”

A Filosofia, segundo Abagnano, trata a Ética em geral como “a ciência da conduta” e VASQUEZ (1995) amplia a definição afirmando que “a ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade.”

Habitualmente, no cotidiano, as pessoas não fazem distinção entre ética e moral, usam equivocadamente como sinônimos duas palavras distintas embora a etimologia dos termos seja semelhante. Segundo GODIM, Ética é uma palavra de origem grega, com dois significados possíveis. O primeiro é a palavra grega *éthos*, com e curto, que pode ser traduzida por costume. Serviu de base para a tradução latina MORAL. O segundo, também se escreve *éthos*, porém com e longo, que significa propriedade do caráter, “modo de ser”. É a que, de alguma forma, orienta a utilização atual que damos a palavra Ética.

A ética, então como vimos, é definida como **a teoria, o conhecimento ou a ciência do comportamento moral, que busca explicar, compreender, justificar e criticar a moral ou as morais de uma sociedade. A ética é filosófica e científica**.

As reflexões desta ciência podem seguir as mais diversas direções, dependendo da concepção do homem que se toma como ponto de partida, existindo duas concepções fundamentais.

Uma primeira, como ciência do Fim a que a conduta dos homens se deve dirigir, e dos Meios para atingir tal fim e deduzem tanto o fim quanto os meios da natureza do homem. Fala a linguagem do ideal a que o homem está dirigido pela sua natureza, e, por conseguinte da “natureza” ou “essência” ou “substância” do homem. É peculiar à esta concepção a noção do bem como realidade perfeita ou perfeição real.

Uma segunda, que considera como ciência do móvel da conduta humana e procura determinar tal móvel com vistas a dirigir ou disciplinar a mesma conduta. Fala sobre “motivos” ou das “causas” da conduta humana ou das “forças” que determinam e pretendem ater-se ao conhecimento dos fatos).

A confusão entre ambos os pontos de vista heterogêneos foi possibilitada pelo fato de ambas se apresentarem habitualmente na forma aparentemente idêntica de uma definição do bem. Mas, a análise da noção de bem mostra logo a ambigüidade que ela oculta; já que bem pode significar ou o que é ou o que é objeto de desejo, de aspiração e estes dois significados correspondem exatamente às duas concepções de Ética acima distintas.

De modo que quando se afirma “O bem é a felicidade”, a palavra “bem”, tem um significado completamente diferente daquele que se encontra na afirmação “o bem é o prazer”. A primeira asserção (no sentido em que é feita, por exemplo, por Aristóteles e por São Tomás), significa: “A felicidade é o fim da conduta humana, dedutível da natureza racional do homem”; ao passo que a segunda seção significa: “O prazer é o móvel habitual e constante da conduta humana”.

Como o significado e o alcance das duas asserções são, portanto, completamente diferentes, a distinção entre éticas do fim e éticas do móvel deve ser mantida continuamente presente nas discussões sobre a ética. Tal distinção, corta em duas a história da ética, e consente reconhecer como irrelevantes muitas das discussões de que ela é tecida e que não tem outra base senão a confusão entre os dois significados propostos.

Por diferentes que sejam as doutrinas nas suas articulações internas, a sua imposição formal é idêntica. Elas procedem determinando a natureza necessária do homem e deduzindo de tal natureza o fim a que deve ser dirigida a conduta.

4.2. EXISTÊNCIA ÉTICA, SENSO MORAL E CONSCIÊNCIA MORAL

“Nenhum homem é uma ilha”. Esta famosa frase do filósofo inglês Thomas Morus ajuda-nos a compreender que a vida humana é convívio. Para o ser humano viver é conviver. É justamente na convivência, na vida social e comunitária, que o ser humano se descobre e se realiza enquanto um ser moral e ético.

É na relação com o outro que surgem os problemas e as indagações morais sobre o que devemos ou não fazer, sobre como agir ou não agir em determinada situação, como comportar-me perante o outro, qual a maneira mais correta de resolver determinadas situações, o que fazer diante da corrupção, das injustiças sociais, de milhares de famintos, o que temos ou não temos o direito de fazer por exemplo, diante de entes queridos com doenças terminais que permanecem vivos apenas através de máquinas.

Constantemente no nosso cotidiano encontramos situações que nos colocam problemas morais. São problemas práticos e concretos da nossa vida em sociedade, ou seja, problemas que dizem respeito às nossas decisões, escolhas, ações e comportamentos - os quais exigem uma avaliação, um julgamento, um juízo de valor entre o que socialmente é considerado bom ou mau, justo ou injusto, certo ou errado, pela moral vigente. O problema é que não costumamos refletir e buscar os “porquês” de nossas escolhas, dos comportamentos, dos valores. Agimos por força do hábito, dos costumes e da tradição, tendendo à naturalizar a realidade social, política, econômica e cultural. Com isto, perdemos nossa capacidade crítica diante da realidade. Em outras palavras, não costumamos fazer ética, pois não fazemos a crítica, nem buscamos compreender e explicitar a nossa realidade moral.

As situações e conflitos vivenciados no cotidiano mobilizam nossos sentimentos de admiração, vergonha, culpa, remorso, contentamento, cólera, amor, dúvida, medo, etc. que são provocados por valores como justiça, honradez, espírito de sacrifício, integridade, generosidade, solidariedade, etc. Nossas dúvidas quanto à decisão a tomar e nossas ações cotidianas exprimem nosso **senso moral**, e também põem à prova nossa **consciência moral**, uma consciência crítica, formada pelo conjunto de exigências e prescrições que

reconhecemos como válidas para orientar nossas escolhas e discerne o valor moral de nossos atos. O senso moral e a consciência moral exigem que decidamos o que fazer, que justifiquemos para nós mesmos e para os outros as razões de nossas decisões e que assumamos todas as conseqüências delas, porque somos responsáveis por nossas opções e a decisões que conduzem a ações com conseqüências para nós e para os outros.

Se o que caracteriza fundamentalmente o agir humano é a capacidade de antecipação ideal do resultado a ser alcançado, concluimos que é isso que torna o ato moral voluntário, ou seja, um ato de vontade que decide pela busca do fim proposto.

A complexidade do ato moral etano fato que ele provoca efeitos não só na pessoa que age, mas naqueles que a cercam e na própria sociedade como um todo. Portanto para que um ato seja considerado moral ele deve ser livre, consciente, intencional. Pressupõe ainda a solidariedade e reciprocidade com aqueles com os quais nos comprometemos. E o compromisso não deve ser entendido como algo superficial e exterior, mas como ato que deriva do ser total do homem. Destas características decorre a responsabilidade, responsável é aquele que responde por seus atos, isto é, o homem, consciente e livre assume a autoria de seu ato reconhecendo-o como seu e respondendo pelas conseqüências dele.

4.3. ATRIBUIÇÃO DE JUÍZOS

Como vimos, a ética, entendida como disciplina filosófica, relaciona-se diretamente com o estabelecimento de juízos de valor, e com o estudo das justificativas das ações humanas, procurando determinar, a respeito da conduta humana, não "o que é", mas "o que deve ser". É portanto, de natureza normativa, tendo por objeto um sistema de conceitos que constituem uma teoria do ideal a partir da qual emitimos juízos acerca da positividade ou negatividade dos valores transmitidos. Estes juízos sobre os valores são elementos importantes na tomada de decisões. Não podemos tomá-las baseando-se apenas em fatos.

Se dissermos por exemplo, "Está chovendo", estaremos enunciando um acontecimento constatado por nós e o juízo proferido é um juízo de fato. Se, porém falarmos, "A chuva é boa para as plantas", ou "a chuva é bela", estaremos

interpretando e avaliando o acontecimento. Nesse caso, proferimos um juízo de valor.

Juízos de fato são aqueles que dizem o que as coisas são, como são e por que são. Em nossa vida cotidiana, mas também na metafísica e nas ciências, os juízos de fato estão presentes.

Juízos de valor são avaliações sobre coisas, pessoas, situações, são proferidos na moral, nas artes, na política, na religião. Juízos de valor avaliam coisas, pessoas, ações, experiências, acontecimentos, sentimentos, estados de espírito, intenções e decisões como bons ou maus, desejáveis ou indesejáveis.

Os juízos éticos de valor são também normativos, isto é, enunciam normas que determinam o dever ser de nossos sentimentos, nossos atos, nossos comportamentos. São juízos que enunciam obrigações e avaliam intenções e ações segundo o critério do correto e do incorreto. Nos dizem o que são o bem, o mal, a felicidade. Nos dizem também que sentimentos, intenções, atos e comportamentos devemos ter ou fazer para alcançarmos o bem e a felicidade, além de enunciarem ainda que atos, sentimentos, intenções e comportamentos são condenáveis ou incorretos do ponto de vista moral.

A diferença entre estes tipos de juízo, nos remetem à origem da diferença entre Natureza e Cultura. A primeira, como já vimos, é constituída por estruturas e processos necessários, que existem em si e por si mesmos, independentemente de nós; a chuva é um fenômeno cujas causas e efeitos necessários podemos constatar e explicar. Por sua vez, a Cultura nasce de maneira como os seres humanos interpretam-se a si mesmos e as suas relações com a Natureza, acrescentando-lhes sentidos novos, intervindo nela, alterando-a através do trabalho e da técnica, dando-lhe valores. Dizer que a chuva é boa para as plantações pressupõe a relação cultural dos humanos com a Natureza, através da agricultura. Considerar a chuva bela pressupõe uma relação valorativa dos humanos com a Natureza, percebida como objeto de contemplação.

Freqüentemente, não notamos a origem cultural nos valores éticos, do senso moral e da consciência moral, porque somos educados (cultivados) para eles e neles, como se fossem naturais, existentes em si e por si mesmos. Para garantir a manutenção dos padrões morais através dos tempos e sua continuidade de geração a geração, as sociedades tendem a naturalizá-los. A naturalização da

existência moral esconde, portanto, o mais importante da ética; o fato de ela ser uma criação histórico-cultural.

4.4. O AGIR ÉTICO

Para que haja conduta ética é preciso que exista o agente consciente, isto é, aquele que conhece a diferença entre bem e mal, certo e errado, permitido e proibido, virtude e vício. A **consciência moral**, não só conhece tais diferenças, mas também se reconhece como capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com os valores morais, sendo por isso responsável por suas ações e seus sentimentos, e pelas conseqüências do que faz e sente. Consciência e responsabilidade são portanto condições indispensáveis da vida ética.

A consciência moral manifesta-se, antes de tudo, na capacidade para deliberar diante de alternativas possíveis, decidindo e escolhendo uma delas antes de alçar-se na ação. Tem a capacidade para avaliar e pesar as motivações pessoais, as exigências feitas pela situação, as conseqüências para si e para os outros, a conformidade entre meios e fins (empregar meios imorais para alcançar fins morais é impossível), a obrigação de respeitar o estabelecido ou de transgredi-lo (se o estabelecido for imoral ou injusto).

A vontade é este poder deliberativo e decisório do agente moral. Para que exerça tal poder sobre o agente moral a vontade deve ser *livre*, isto é, não pode estar submetida à vontade de um outro nem pode estar submetida aos instintos e às paixões, mas ao contrário, deve ter poder sobre eles e elas.

O campo ético, assim, constituído pelos valores e pelas obrigações que formam o conteúdo das condutas morais, isto é, as virtudes,. Estas são realizadas pelo **sujeito moral**, principal constituinte da existência ética que deve apresentar como características:

- Ser consciente de si e dos outros, isto é, ser capaz de reflexão e de reconhecer a existência dos outros como sujeitos éticos iguais a ele;
- Ser dotado de vontade, isto é, de capacidade para controlar e orientar desejos, impulsos, tendências, sentimentos (para que estejam em conformidade com a consciência) e de capacidade para deliberar e decidir entre várias alternativas possíveis;

- Ser responsável, isto é, reconhecer-se como autor da ação, avaliar os efeitos e conseqüências dela sobre si e sobre nos outros, assumi-la bem como às suas conseqüências, respondendo por elas;
- Ser livre, isto é, ser capaz de oferecer-se como causa interna de seus sentimentos atitudes e ações, por não estar submetido a poderes externos, que o forcem e o constranjam a sentir, a querer, e a fazer alguma coisa. A liberdade não é tanto o poder para escolher entre vários possíveis, mas o poder para autodeterminar-se, dando a si mesmo as regras de conduta.

O **campo ético** é, portanto, constituído por dois pólos internamente relacionados: o agente ou sujeito moral e os valores morais ou virtudes éticas. Do ponto de vista do agente ou do sujeito moral, a ética faz uma exigência essencial, qual seja, a diferença entre passividade e atividade. Passivo é aquele que se deixa governar e arrastar pó seus impulsos, inclinações e paixões pelas circunstâncias, pela boa ou má sorte, pela opinião alheia, pelo medo dos outros, pela vontade de um outro, não exercendo sua própria consciência, vontade, liberdade e responsabilidade.

Ao contrário, é ativo ou virtuoso aquele que controla interiormente seus impulsos, suas inclinações, e suas paixões, discute consigo mesmo e com os outros os sentidos dos valores e dos fins estabelecidos, indaga se deve e como deve ser respeitados ou transgredidos por outros valores e fins superiores aos existentes, avalia sua capacidade para dar a si mesmo as regras de conduta, consulta sua razão e sua vontade antes de agir, tem consideração pelos outros sem subordinar-se nem se submeter cegamente a eles, responde pelo que faz, julga suas próprias intenções e recusa a violência contra si e contra os outros.

4.5. PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

O grande objetivo da vida, para Aristóteles, seria a felicidade, e esta seria possível graças à qualidade especificamente humana, que diferencia o homem dos outros seres, sua capacidade de raciocínio, a qual lhe permitiria ultrapassar e governar todas as outras formas de vida. Presumia o filósofo que a

evolução dessa faculdade traria realização pessoal e felicidade. Mas o filósofo não previu que essa mesma peculiaridade faria o homem conquistar campos inimagináveis, que o colocariam no limiar da sua própria natureza.

Talvez nunca se tenha pensado que esse domínio do homem pudesse ameaçar a qualidade e a sobrevivência da vida em si mesma. Mas isso já aconteceu. Toda comunidade científica está em alerta já que as descobertas da biotecnologia se sobrepõem com uma rapidez inigualável. É preciso fazer com que a ética consiga ao menos se aproximar desses avanços e trazer perspectivas melhores à humanidade.

A grande questão que se impõe é: face aos avanços da engenharia genética e da biotecnologia, qual o comportamento a ser adotado pelos profissionais das diversas áreas ao enfrentarem os desafios decorrentes dessa evolução? Talvez a resposta fosse mais simples se a própria sociedade já tivesse traçado suas diretrizes para o assunto, mas também ela está perplexa.

Assim, a bioética nasceu e se desenvolveu a partir dos grandes avanços da biologia molecular e da biotecnologia aplicada à medicina realizados nos últimos anos; das denúncias dos abusos realizados pela experimentação biomédica em seres humanos; do pluralismo moral reinante nos países de cultura ocidental; da maior aproximação dos filósofos da moral aos problemas relacionados com a vida humana, a sua qualidade, o seu início e o seu final; das declarações das instituições religiosas sobre os mesmo temas; das intervenções dos poderes legislativos e inclusive dos poderes executivos em questões que envolvem a proteção à vida ou os direitos dos cidadãos sobre sua saúde, reprodução e morte; do posicionamento de organismos e entidades internacionais.

A bioética portanto, trata de forma geral dos aspectos éticos relacionados com o fenômeno vida nas suas múltiplas variedades; de modo particular ela estuda os problemas éticos decorrentes das ciências biomédicas considerados de forma interdisciplinar e intercultural. Analisa os problemas éticos dos pacientes, de médicos e de todos os envolvidos na assistência médica e pesquisas científicas relacionados com o início, a continuação e o fim da vida, como as técnicas de reprodução humana assistida, a engenharia genética, os transplantes de órgãos, as técnicas para alteração do sexo, prolongamento artificial da vida, os direitos dos pacientes terminais, a morte encefálica, a eutanásia, dentre outros

fenômenos. Enfim, visa a analisar as implicações morais e sociais das técnicas resultantes dos avanços nas ciências, nos quais o ser humano é simultaneamente ator e espectador.

A alteridade é um critério fundamental para toda reflexão e prática bioética e refere-se ao respeito pelo outro, entendendo a pessoa como fundamento de toda ação bioética, buscando o equilíbrio entre os diversos pontos de vista e o convívio com as diferenças.

A relação da bioética com o Direito (Biodireito) surge da necessidade do jurista obter instrumentos eficientes para propor soluções para os problemas que a sociedade tecnológica cria, em especial no atual estágio de desenvolvimento, no qual a biotecnologia desponta como a atividade empresarial que vem atraindo mais investimentos.

É necessário promover a valorização da dignidade da pessoa humana, em respeito à Constituição Federal, esta é a tarefa do jurista, sendo a bioética um fundamental instrumento para que se atinja este objetivo e suas perspectivas encaminham-se para uma presença cada vez maior nas decisões pertinentes aos profissionais da saúde, aos seus usuários e às entidades públicas de poder e de governo.

Em 1979 os norte-americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicam o livro "Principles of biomedical Ethics", influenciados basicamente por William Frankena que afirma que "o Princípio da Beneficência não nos diz como distribuir o bem e o mal. Só nos manda promover o primeiro e evitar o segundo. Quando se manifestam exigências conflitantes, o mais que ele pode fazer é aconselhar-nos a conseguir a maior porção possível de bem relação ao mal, ou seja, não causar o mal, maximizar os benefícios possíveis e minimizar os danos possíveis."

Neste livro, os autores expõem uma teoria sobre a bioética, baseada em quatro princípios: o da não maleficência, o da beneficência, do respeito à autonomia e à justiça, cujos protagonistas são os médicos, os pacientes e a sociedade.

Segundo o **Princípio de não maleficência**, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente. Tem sua origem em uma máxima hipocrática que preconiza "cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos". É importante porque,

muitas vezes, o risco de causar danos é inseparável de uma ação ou procedimento que está moralmente indicado.

O **Princípio da Beneficência** é aquele baseado na obrigatoriedade do profissional da saúde (médico) de promover, em primeiro lugar, o bem-estar do paciente, tem a função de "fazer o bem", passar confiança e evitar danos, tratamentos inúteis e desnecessários. É usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar.

Tem sido associado à excelência profissional desde os tempos da medicina grega, estando expressa no juramento de Hipócrates” Usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudicá-los. Significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético.

Ele obriga o profissional da saúde ir além da não maleficência (não causar danos adicionais) e exige que ele contribua para o bem estar dos pacientes, promovendo ações tanto para prevenir o mal ou dano, no caso a incapacidade ou a doença quanto para fazer o bem, entendido aqui como a saúde física, mental e emocional. O Princípio requer ainda ações positivas, sendo preciso avaliar a utilidade de cada ato, pensando nos benefícios, riscos e custos.

Pelo **Princípio da Autonomia** o ser humano (paciente) tem o direito de ser responsável por seus atos, de exercer seu direito de escolha sobre o que ele julga ser melhor para si mesmo, respeitando-se sua vontade, valores e crenças, reconhecendo seu domínio pela própria vida e o respeito à sua intimidade. Respeitar a autonomia significa aceitar o pluralismo ético-social, reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias sobre seu destino, baseada em aspirações, crenças, costumes,

O julgamento da competência ou incompetência para decidir é questão bastante complexa e deve ser dirigido para cada ação em particular. Na esfera legal, o adulto é competente até que a justiça restrinja seus direitos, mas na esfera ética, mesmo que o indivíduo seja incompetente para determinadas decisões, pode ser competente para outros.

Na prática assistencial é no respeito ao princípio da autonomia que se baseiam a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e o

consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e terapêuticas em geral. Este princípio ainda obriga o profissional de saúde a dar ao paciente a mais completa informação possível, com o intuito de promover uma compreensão do problema, como condição para que ele tome sua decisão.

Encontra-se também neste princípio, a essência do consentimento informado verbal ou escrito, enquanto uma decisão voluntária de um sujeito autônomo, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis conseqüências, e que pode ser particularmente limitado em determinadas circunstâncias como situações de emergência, doenças de notificação compulsória, patologias neurológicas ou psiquiatrias que limitem nível de consciência, entre outras.

O **Princípio da Justiça**, neste contexto é utilizado enquanto uma preocupação com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens. O conceito de justiça, do ponto de vista filosófico, tem sido explicado através de diferentes termos, que interpretam a justiça como um modo justo, apropriado ou eqüitativo de tratar as pessoas em função de mérito, necessidade, esforço, contribuição social, etc. Cada um destes argumentos podem utilizados isolada ou articuladamente em diferentes teorias, dependendo das circunstâncias de cada caso particular.

4.6. ÉTICA PROFISSIONAL E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

A Ética é ainda indispensável ao profissional, porque na ação humana "o fazer" e "o agir" estão interligados. O fazer diz respeito à competência, à eficiência que todo profissional deve possuir para exercer bem a sua profissão. O agir se refere à conduta do profissional, ao conjunto de atitudes que deve assumir no desempenho de sua profissão.

Muitos autores definem a Ética profissional como sendo um conjunto de normas de conduta que deverão ser postas em prática no exercício de qualquer profissão, como uma ação "reguladora" da Ética agindo no desempenho das profissões, fazendo com que o profissional respeite seu semelhante quando no exercício da sua profissão.

A Ética profissional então estudaria e regularia o relacionamento do profissional com sua clientela, visando a dignidade humana e a construção do bem-estar no contexto sócio-cultural onde exerce sua profissão. Ela atinge todas as profissões e quando falamos de Ética profissional estamos nos referindo ao caráter normativo e até jurídico que regulamenta determinada profissão a partir de estatutos e códigos específicos. Assim temos a Ética médica, do advogado, do biólogo, etc.

Acontece que, em geral, as profissões apresentam a Ética firmada em questões muito relevantes que ultrapassam o campo profissional em si. Questões como o aborto, pena de morte, sequestros, eutanásia, AIDS, por exemplo, são questões morais que se apresentam como problemas éticos - porque pedem uma reflexão profunda - e, um profissional, ao se debruçar sobre elas, não o faz apenas como tal, mas como um pensador, um "filósofo da ciência", ou seja, da profissão que exerce. Desta forma, a reflexão Ética entra na moralidade de qualquer atividade profissional humana.

Sendo a Ética inerente à vida humana, sua importância é bastante evidenciada na vida profissional, porque cada profissional tem responsabilidades individuais e responsabilidades sociais, pois envolvem pessoas que dela se beneficiam.

Feitas estas considerações, ressaltamos a importância dos profissionais apropriarem-se dos respectivos códigos de ética profissional., que no caso dos médicos é publicado como resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, organizado sob forma de capítulos que tratam inicialmente dos princípios fundamentais exercício da Medicina, e a seguir apresentam capítulos sobre Direitos e deveres dos Médicos, responsabilidade profissional, Direitos humanos, relações com pacientes e familiares, entre médicos além de temas específicos como segredo médico, boletim médico, entre outros.

4.7. Bases Éticas para o exercício da Regulação Médica

Vamos expor alguns conceitos e reflexões, para que possamos tentar reorganizar as idéias dentro do campo ético, e com isso, mudar a nossa prática.

O poder do médico vem do direito comum: ele necessita de regras éticas. Os médicos são dotados de regras morais profissionais que lhes dão as

indicações para que seus comportamentos estejam no sentido do bem, originando-se dos mais velhos Códigos de Deontologia. A Medicina é uma profissão liberal, duas palavras que estão aqui em seu sentido literal, reforçando-se uma na outra e que proclamam que a medicina deve ser livre para decidir de seus cuidados, de acordo com suas regras profissionais e submetida, neste domínio, apenas à censura de seus pares. Lembremo-nos que pela tradição hipocrática a medicina é uma arte que é mais freqüente digna de admiração, mas que por vezes se desvia encaminhando-se em práticas as mais humilhantes, desde que a medicina não esteja submetida a nenhuma penalidade salvo a desonra. Estas regras são freqüentemente consideradas como arcaicas, e é verdade na forma, o Juramento de Hipócrates guarda o velho texto há mais de dois mil anos e os futuros médicos continuam a jurar aplicá-lo durante toda sua vida.

O médico tem o direito de fazer coisas interditas aos outros. Mesmo se este poder lhe é conferido no interesse geral muitos se preocupam quando a sociedade lhes delega funções de controle social cada vez mais amplas.

Normalmente o médico não faz seu cuidado a não ser para àqueles que lhes pedem e que estabelecem de fato um contrato tácito com ele. É necessário reconhecer, como Foucault bem reconhece, que as soluções médicas a certos problemas sociais são freqüentemente mais eficazes e a um menor custo, e que a tendência à super-medicalização da existência e da sociedade é perigosa para a Autonomia, que é o direito fundamental do homem.

O direito na urgência é um direito derogatório de exceção, sendo necessário regras éticas.

Declarar como Urgência é também se apossar do direito de exceção para fazer coisas que normalmente são interditas e mesmo perigosas sob pretexto de "força maior" e em circunstâncias de crise onde a incerteza reina e a morte é uma ameaça presente.

O próprio médico em condições de Urgência deve cuidar de uma parte freqüente sem um "contrato de cuidados" que ele exige habitualmente, pois ele não foi escolhido pelo paciente, não há nem "pedido" nem "aceitação" de quem é "incapaz" e, por outro lado, a pessoa tem "necessidade" de cuidados, que o profissional poderia teoricamente recusar sob pretexto de ter qualidades

mediócras para o seu exercício nestas condições de trabalho. Um artigo do código de Deontologia aponta que ele tem o dever de fazê-lo.

O direito exercido pelo médico "regulador" e pelos médicos dos Serviços de Urgência, pois são os que devem "triar" e "classificar", baseia-se no argumento delegado pela sociedade para fazê-lo: "A quem delegamos o poder absoluto, mas queremos exigir que o exerça bem".

No plano ético nós devemos ter as regras para travar a força que nos levou a deslizar naturalmente para os racionalismos estratégicos de favorecer a todos aqueles que aumentam o espaço de respeito à autonomia e do diálogo, mesmo na assistência ou ajuda médica aos pacientes com afecções vitais.

Por causa do poder delegado a aquele que socorre ou trata e particularmente ao médico dos Serviços de Urgência, a autonomia dos pacientes é particularmente ameaçada nestes serviços. Nós devemos analisar em particular a questão das prioridades de cuidados entre pacientes nos casos em que os recursos são escassos.

A noção de "valor social" que parece intervir de uma maneira oculta para classificar as prioridades de um paciente em relação a outro supõe um terapeuta que se vê delegado na "Capacidade e Direito" de decidir com os meios que ele sabe, subjetivos e pouco confiáveis, sem poder fazer participar nas decisões os diferentes pacientes, e se achando no dever de gerenciar as desigualdades diante da doença.

A autonomia dos pacientes é forçosamente ameaçada nos relatos de cuidados, que são particularmente assimétricos nos Serviços de Urgência onde a livre escolha é impossível e onde o terapeuta pode ir até a decisão de uma verdadeira supressão das liberdades.

Por outro lado nos Serviços de Urgência onde, bem entendido, podemos esperar obter os melhores cuidados, nós podemos e devemos exigir que, na medida do possível, ao menos a liberdade, a confidencialidade e o pudor sejam respeitados, e que seja sempre respondida à solicitação, qualquer que seja a ajuda oferecida. Aqui se torna difícil a interface com os Serviços de Socorro (que são antes de tudo serviços que mantêm a ordem) tratando sob pretexto dos aspectos obrigatórios do Socorro. Estes serviços são mantidos como informantes da autoridade e da justiça e argumentam que tem o dever prioritário da Segurança Pública, antes mesmo da autonomia do indivíduo. Este conflito entre a

Ética do Socorro e da Segurança Pública e àqueles dos Cuidados Médicos é devido ao fato que estes Serviços são freqüentemente utilizados como os sucedâneos dos Serviços de Cuidado, por carência destes últimos na etapa pré-hospitalar, que é devida a uma organização inadequada e a uma confusão de papéis.

Os riscos de desvio para uma amálgama de uma polícia sanitária e social muito potente se multiplicam se pensarmos em estender a organização para as "Urgências Sociais" onde os limites da urgência são ainda muito vagos.

A melhoria da qualidade e não da quantidade de vida: outro eixo da ética dos serviços de saúde.

A qualidade de vida do paciente e a eficiência dos cuidados são os melhores conceitos, mais que a qualidade técnica dos cuidados nos serviços de saúde.

Os profissionais têm a tendência natural, como distribuidores de seus cuidados, em dar prioridade na valorização de sua ação à qualidade técnica para os pacientes e a prolongar a sobrevivência dos pacientes. É necessário preferir, dentre outros, o argumento da qualidade de autonomia do paciente e de favorecer a melhor qualidade de vida e não somente a duração. Aumentar a qualidade de vida dos outros, doando-lhes as partes de seu corpo, é um comportamento altamente moral e que deve ser favorecido com todas as precauções possíveis pelos Serviços de Saúde, pois aqui a mínima falha ética destruirá toda a confiança na estrutura.

A luta contra a iatrogenia dos cuidados urgentes deve ser uma obsessão ética dos terapeutas. Os Serviços de Urgência podem, como os outros locais de cuidados, gerar uma iatrogenia médica, e mesmo social, que é necessário advertir-se, ou estaria aqui somente para prevenir o risco.

Um Sistema de Saúde que não está sob regulação médica cria um hábito de assistência; fica mais vulnerável visto não se responsabilizar, e sua comunidade não é assistida. Um Médico Regulador que não regula, dilapida os recursos da coletividade entrando em coesão com aqueles que abusam do Sistema. Por fim, fragiliza o sistema de cuidados tanto dentro do próprio subsistema de urgências como dentro dos subsistemas de cuidados programados.

Distribuir os recursos comunitários com equidade: último objetivo ético dos Serviços de Saúde.

A teoria da justiça nos dá as armas para melhor fazer esta nova função médica de regulação da demanda dos Serviços de Saúde. Ela estabelece que as desigualdades sociais e econômicas são inevitáveis, sendo isto particularmente próprio no campo das urgências, mas que para serem aceitáveis elas devem satisfazer a duas condições:

- Se elas estão associadas a cargos e posições abertas a todos igualmente;
- Se os menos favorecidos podem se beneficiar ao máximo.

No plano pragmático, a Regulação Médica deverá ser instrumento para aumentar a justiça assim como a equidade. O dever moral de ser equitativo é muito importante para o médico encarregado da regulação, já que ele deve classificar e estratificar as demandas por grau de prioridade e necessidade. Isto lhe permite lutar muito eficazmente contra o desvio que poderia aportar o fator de ponderação social da urgência que joga mesmo inconscientemente, como já falamos anteriormente. Isto lhe permite mais facilmente explicar àqueles que protestam sobre estas decisões, ou se sentem prejudicados em relação a outros.

Nós devemos por outro lado, sobre o plano teórico, questionarmos ainda sobre quais bases éticas estas decisões devem ser tomadas pelo médico regulador.

No que concerne à equidade de acesso ao Sistema, as autoridades políticas devem zelar ao menos para facilitar a equidade de acesso para todos, por meio das telecomunicações. De fato é certo que nós não poderemos jamais ser iguais diante de patologias urgentes. Não seria também no plano geográfico: aquele que se acha "longe" dos recursos não tem as mesmas chances de tratamento daquele que se encontra em um Centro Urbano, mesmo que lhe demos ao menos a possibilidade de chamar ao telefone.

Declarar uma urgência é se apossar do direito de realizar procedimentos que muitas vezes seriam impossíveis sem autorização prévia do paciente.

O médico, em condições de urgência, vai trabalhar sem um *pedido* e uma *aceitação* do paciente, que por sua vez tem *necessidade* de atendimento. Vai também exercer o poder supremo de decidir quais serão atendidos e quais serão relegados, o que pode ser monstruoso.

A sociedade delega este poder, que deve ser usado com todo critério, respeitando os princípios éticos de nossa profissão e os morais e legais da sociedade em que vivemos.

Do ponto de vista do médico regulador, ou de quem atende a urgência, poderíamos resumir os cuidados éticos com a decisão a ser tomada em dois princípios básicos, válidos para apenas para situações de urgências iguais, que seriam o princípio de direito e da ordem .

Princípio de direito: Primeiro a chegar, primeiro a ser atendido.

Princípio da ordem: Terminar o primeiro antes de começar o segundo.

Estes dois princípios, utilizados há tanto tempo, contradizem a equidade.

A regulação médica vem alterar esta lógica, começando a utilizar o conceito da necessidade de cada caso, tentando garantir o atendimento primeiro de quem mais necessita, e não necessariamente de quem primeiro chega, diminuindo assim o tempo de espera para os casos mais graves, que muitas vezes ficavam aguardando em filas e tendo o risco maximizado.

Adotamos como princípios éticos no exercício da Regulação médica, as recomendações propostas na II Jornada de Emergência Médica aprovada por unanimidade pelos participantes em 7 de Dezembro de 1990 em Lisboa, registradas como “DECLARAÇÃO DE LISBOA SOBRE A ÉTICA DA URGÊNCIA MEDICA” com vistas a que os Sistemas de Ajuda Médica Urgente, na Europa e no Mundo, obedeçam a alguns princípios fundamentais dos Direitos do Homem e o médico regulador e intervencionista tome suas decisões em plena liberdade para poder aplicar quatro princípios éticos que seriam:

Primeiro princípio:

RESPEITAR DE FORMA ABSOLUTA A AUTONOMIA DA PESSOA HUMANA, ISTO E, AUMENTAR A AUTONOMIA DO DOENTE, RESPEITANDO A SUA LIBERDADE, MESMO EM CASO DE URGÊNCIA.

Os cuidados prestados pelos médicos devem trazer aos doentes mais autonomia, quer no sentido físico, quer no psicológico e social. Todo o cidadão, mesmo doente, tem o direito ao respeito pela sua autonomia no sentido da sua liberdade de escolha, da sua terapêutica, mesmo quando mais vulnerável, ou seja, na situação de urgência médica. O pessoal dos serviços de urgência deve respeitar

este direito fundamental do doente e aceitar que possa recusar os seus cuidados, mesmo quando julgados indispensáveis.

Todavia a liberdade de escolha do doente em relação ao prestador de cuidados médicos é quase sempre impraticável em caso de urgência médica e particularmente quando se encontra numa unidade de cuidados intensivos. O direito à confidencialidade é também resultante dessa mesma liberdade. Por sua vez, os serviços médicos de urgência não devem permitir erros na área da difusão de informações à população sobre a saúde e a vida privada dos seus doentes a pretexto da sua urgência devendo ainda fazer o necessário para que as crenças, a confiança e o pudor sejam respeitados.

segundo princípio:

OFERECER O MAXIMO DE BENEFICIO DE SAÚDE, OU SEJA, OBTER A MELHOR QUALIDADE DOS CUIDADOS A PRESTAR DOS CUIDADOS DE URGÊNCIA DEVEM TER QUALIDADE PROFISSIONAL.

O doente deve receber o maior benefício possível como consequência da melhor qualidade dos cuidados prestados ao mesmo tempo que de menor custo, mesmo sendo de urgência. Por princípio, qualquer Estado deve garantir a segurança dos cidadãos, o que implica a implementação de socorro médico adequado. A Saúde Pública e os profissionais de cuidados de saúde devem providenciar no sentido de assegurar real qualidade deste cuidados de urgência, com a ajuda dos Serviços Hospitalares, Serviços Móveis de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos, assegurando uma permanência operacional necessária e suficiente durante 24 horas / dia. Este princípio engloba além das terapêuticas clínicas, a ajuda psicológica, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e daqueles que o cercam, e não apenas aumentar sua sobrevivência.

terceiro princípio:

PRODUZIR O MENOR PREJUÍZO POSSÍVEL, ISTO COMO RESULTANTE DE PROCEDIMENTOS IMPOSTOS PELA NECESSIDADE DA URGÊNCIA.

A demora do diagnóstico e do tratamento são fatores de agravamento nas patologias agudas e em situações vitais, impondo aos serviços de saúde uma organização de forma a evitar os prejuízos consequentes da demora de atuação.

Os procedimentos de urgência são mais arriscados que os normais, dependendo particularmente da decisão pessoal, mas sofrendo constrangimentos e restrições de recursos e de tempo.

Os médicos e as autoridades sanitárias, como todo o resto da organização dos cuidados, devem preocupar-se em diminuir e/ou evitar o risco da iatrogenia, que aumenta em todo procedimento realizado em caráter de urgência, através de capacitação adequada dos profissionais. Este princípio de não prejuízo ao doente impõe ao médico a recusa em tratar sob pressão e condições precárias de urgência os doentes que não tenham necessidade de cuidados médicos urgentes e a orientá-los para procedimentos e organizações de cuidados normais, sempre que possível.

quarto princípio:

DISTRIBUIR A AJUDA DA COLETIVIDADE COM CRITÉRIO DE JUSTIÇA, PRESTANDO OS CUIDADOS IGUALMENTE A TODOS OS QUE DELES CAREÇAM.

A igualdade de direitos entre os cidadãos exige que se faça beneficiar do máximo de cuidados de urgência o maior número de doentes que deles tenham necessidade e isto com qualidade.

Por motivos de justiça e equidade na distribuição dos recursos comunitários de Saúde, os médicos dos serviços de urgência são responsáveis, no exercício da sua atividade na urgência, pela gestão econômica desses recursos de Saúde, sem dúvida escassos e caros.

Os profissionais encarregados da regulação das urgências devem estabelecer prioridades, não podendo seguir o princípio habitual de primeiro chegado, primeiro tratado. Ao contrário, na prática de urgência, e particularmente em caso de afluxo de doentes, devem estabelecer com justiça as prioridades no atendimento ocupando-se primeiramente e com mais recursos daqueles que tem necessidade maior e mais premente. Não havendo critérios técnicos de escolha, devem tratar-se primeiro aqueles que sofrerem de patologia que se agrava mais rapidamente.

5.ASPECTOS COMPLEMENTARES:

Dentro do Hospital, na sala de Urgência, terminam existindo barreiras quando se realiza o atendimento de um paciente “que não pode esperar”. A família, os amigos e os observadores não participam, estão na sala de espera; as circunstâncias que envolveram a ocorrência são relatadas rapidamente, se contribuirão para o atendimento.

Entretanto, no atendimento pré-hospitalar, a equipe convive com todas as visões. A do paciente, a da família, a dos amigos, a dos observadores. Não existem barreiras, o atendimento é realizado na casa do paciente, na via pública, onde a equipe que atende se envolve diretamente com todas as circunstâncias, com toda intensidade. Estar preparado neste momento para, além do atendimento em si, levar tranqüilidade, é um desafio ao qual o profissional é constantemente colocado a frente. A ansiedade, o pânico e a revolta estarão presentes, e muitas vezes caberá a equipe desencadear os rituais do luto.

Declarar uma urgência é se apossar do direito de realizar procedimentos que muitas vezes seriam impossíveis sem autorização prévia do paciente ou de seu responsável.

A sociedade delega este poder ao médico, que deve ser usado com todo critério, respeitando os princípios éticos de nossa profissão e os morais e legais da sociedade em que vivemos.

Esta discussão foi iniciada pela Comunidade Européia na década de 80, gerando um documento denominado “Declaração de Lisboa”-(1989), que apresentava as primeiras diretrizes para sistematizar os princípios éticos que envolvem o atendimento às urgências.

Este documento compreende 4 princípios básicos, que devem nortear o médico no processo de triagem e atendimento das urgências.

“Declaração de Lisboa”-(1989)

1.º AUTONOMIA E LIBERDADE:

O cidadão tem o direito ao respeito de sua autonomia. Os profissionais dos Serviços Médicos de Urgência devem respeitar este direito do paciente, mesmo quando ele for contra o recebimento de cuidados que possa necessitar.

O médico deve fazer o necessário para que as crenças, a confiança e o pudor sejam sempre respeitados.

2.º BENEFÍCIO DE TODOS:

Os profissionais dos Serviços de Urgência, na medida dos meios existentes, devem realizar as melhores terapêuticas médicas e ajuda psicológica, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e daqueles que o cercam, e não apenas aumentar sua sobrevivência.

3.º O MENOR PREJUÍZO POSSÍVEL:

Diminuir e/ou evitar o risco da iatrogenia, que aumenta em todo procedimento realizado em caráter de urgência, através de capacitação adequada dos profissionais.

4.º JUSTIÇA, IGUALDADE E SOLIDARIEDADE:

Para garantir a equidade na distribuição de recursos na área da saúde, os casos mais urgentes serão atendidos prioritariamente, independente da ordem de chegada. Os médicos reguladores devem estabelecer prioridades para o atendimento, segundo a classificação da gravidade, ocupando-se primeiramente e com mais recursos daqueles que tem necessidade maior e mais premente.

No Brasil, a discussão sobre regulação médica das urgências começou no início da década de 90, com o estabelecimento de uma cooperação entre o Brasil e o SAMU da França, e vem, desde então, estimulando a estruturação de alguns Serviços de Atendimento Médico de Urgências (SAMU's), principalmente em capitais e grandes cidades do país.

6. EMBASAMENTO LEGAL

A Portaria 2048 registra que:

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

A portaria define, ainda, atribuições, competências e diretrizes da regulação médica, sendo importante destacar que além da competência técnica o médico regulador tem funções gestoras, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar meios de assistência, de acordo com seu julgamento.

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

...como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a **gravação contínua das comunicações**, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador; ... –

tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento: ..decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (**a chamada “vaga zero” para internação**). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência.

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

O aumento da violência e a privatização das estradas fizeram surgir no país, no eixo das grandes cidades, inúmeros serviços privados de atendimento pré-hospitalar móvel. Sobre estes também legisla a Portaria 2048, ao afirmar que a empresa privada de atendimento pré-hospitalar:

...deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção ,equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica ..Estas Centrais Regulatoras privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente.

Para dirimir uma série de conflitos de poder observados na atenção pré-hospitalar, entre médicos reguladores e comandos de bombeiros, a Portaria deixa claro a este respeito que:

... Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as Corporações de Bombeiros Independentes e as vinculadas as Polícias Militares), Polícias Rodoviárias e outras organizações da área da Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos desta portaria.

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

7. REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E DE LEITOS.

Dentro da estrutura do complexo regulador da assistência, é fundamental salientar a importância da regulação médica em algumas áreas estratégicas, a fim de que os pacientes e serviços de saúde não sejam atendidos por ordem de chegada e sim tenham uma avaliação técnica qualificada que permita o ordenamento dos atendimentos por ordem de necessidade.

O médico regulador deve defender os direitos do paciente, oferecendo a melhor resposta às suas necessidades, combinando universalidade e equidade, ou seja, acolhimento universal e respostas conforme hierarquia de necessidades,

sem descuidar de documentar as ofertas não disponíveis, na perspectiva de afirmá-las como objetivos estratégicos de adequação da oferta. Assim, os espaços de regulação se constituem em observatórios privilegiados do funcionamento do sistema, que instrumentalizam seu planejamento, garantindo que a lógica de organização de serviços seja a da necessidade da população.

Existe, portanto, a necessidade de diferenciar funções conforme a natureza de operação ao se abordar a **regulação de acesso do paciente** ao sistema de saúde.

A Regulação Médica de Urgência, melhor detalhadas a posteriori, tem como características básicas e funções:

REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA
1. receber chamadas oriundas da população leiga, em geral, e /ou de profissionais de saúde;
2. Interpretar/analisar a demanda apresentada, identificando todas as demandas potenciais de urgência;
3. Confirmar ou excluir a existência de situação de urgência;
4. Viabilizar o acesso imediato do paciente ao serviço médico para assistência inicial, visando conferir estabilidade clínica: afastamento do risco de morte; diminuição do potencial gerador de seqüelas; diminuição da morbidade;
5. identificar o “status operacional de todos os serviços de acolhimento de urgência existente, utilizando-os conforme sua necessidade;
6. realizar a gestão operacional de meios móveis de atenção médica, utilizando-os conforme sua necessidade;
7. em geral, acolhe pacientes que estão fora da rede assistencial, e portanto em risco potencial agravado, deve, portanto, ter disponibilidade integral e dedicação exclusiva à estas ações;
8. <i>utiliza conceito de “vaga zero” em hospitais e serviços de saúde, pois sua busca é pelo serviço médico e não pela internação imediata, deve, no entanto, possuir informações atualizadas do mapa de leitos existentes de momento, a fim de melhor orientar sua decisão.</i>

A Regulação Médica de Leitos difere fundamentalmente da Regulação Médica de Urgência nos seguintes aspectos:

REGULAÇÃO MÉDICA DE LEITOS
1. realiza controle de ocupação de leitos disponíveis, ou adota medidas de autorização de internação, que por si só pressupõe análise comparativa da oferta e da demanda, não sendo compatível com o manejo de situações de urgência quando o paciente ainda não possui assistência médica ou diagnóstico firmado;
2. realiza rastreamento de serviços, controlando o mapa de disponibilidade de leitos, dependente da interação com os prestadores de serviços;
3. realiza a busca de leitos baseada em um diagnóstico médico preexistente, por mais que possa ser duvidoso ou incompleto, porém sem dúvida orientador direto do tratamento necessário;
4. em geral, atende a demanda de serviços de saúde que apresentam a necessidade de melhor suporte terapêutico para o paciente, porém em geral já estão ministrando algum tratamento com vistas a estabilização clínica, o que possibilita um espaço de tempo maior para o rastreamento do leito definitivo;
5. realiza ações de controle de acesso junto aos prestadores, utilizando meios de auditoria para confirmação;
6. apresenta demanda de transferência de pacientes (transporte inter-hospitalar) maior do que acervo inicial; este processo (TIH) pode em geral ser agendado, prescindindo de intervenções de caráter urgente.

Estas duas ações de **regulação de acesso** são, naturalmente, interdependentes, porém as diferenças apontadas ressaltam a necessidade do perfeito entendimento dos dois momentos diferentes de regulação.

De acordo com o volume de demanda, pode ser altamente aconselhável aglutinar as duas ações em uma só “Central” (área física), porém com sistematização das condutas apropriadas, bem como pode ser necessário criar duas estruturas (“Centrais”) separadas fisicamente, porém com interação mútua para garantir a execução dos dois processos de regulação paralelas.

Em resumo, a regulação sistematizada da assistência em serviços de saúde, apresenta-se como instrumento para a utilização racional de recursos públicos, na busca da equidade de atendimento, ou seja, “ordenar fluxos a partir da necessidade do usuário”.

IV- ORGANIZAÇÃO DE CENTRAIS REGULADORAS DE URGÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO:

A estruturação de uma central reguladora da atenção às urgências, de abrangência municipal ou regional, devidamente articulada com as demais centrais existentes, deve prever o acesso de duas categorias de clientela: pacientes e profissionais de saúde. Naturalmente, além da regulação do acesso dos pacientes às urgências, através das centrais de regulação médica, temos que ter outras centrais que possam operar a saída ordenada destes pacientes.

O acesso do usuário em situação de risco, diante de um caso de urgência (em domicílio, via pública ou qualquer local da área pré-estabelecida) deve ser feito por um número de acesso gratuito, caracterizando este chamado a necessidade de um atendimento de urgência (pré-hospitalar móvel ou aconselhamento médico).

Caso o médico regulador julgue necessário, irá determinar a liberação de viatura com equipe de saúde, para efetuar o atendimento no local.

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel de urgência, o atendimento feito após ter ocorrido o agravo à sua saúde que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. (Portaria 2048/GM).

Este tipo de atendimento é chamado também de **Atendimento Primário**, sendo o atendimento inicial prestado ao paciente.

O acesso dos profissionais de serviços de saúde do município sede da central ou de outros municípios da região, que necessitam transferir pacientes para serviços de referência, pode ser feito a partir deste mesmo número, sendo as ligações distribuídas internamente em ramais ou podem ser feitas através de uma linha telefônica específica, de conhecimento apenas dos estabelecimentos de saúde, mediante protocolos específicos. A esta clientela deverá ser oferecido o que chamamos de **Atendimento Secundário**, pois já houve um atendimento inicial por um profissional de saúde, sendo necessária uma transferência para um outro serviço, dando continuidade ao tratamento.

2.INFRAESTRUTURA

A Estrutura física e de apoio de uma Central Reguladora deve ser compatível com jornadas de trabalho ininterruptas, que contemplem espaços em ambiente reservado para atuação do médico respeitando o sigilo profissional, bem como atuação dos demais profissionais.

Assim deverá contar minimamente com:

- Sistema de telefonia com números suficientes de linhas gratuitas disponíveis à população,
- Aparelhos telefônicos, linhas diretas para envio e recebimento de FAX, e comunicação com órgãos públicos de áreas afins (Bombeiros, Defesa Civil, Secretarias de Saúde, Serviços de Saúde, etc.);
- Sistema de radio comunicação entre ambulâncias, a base e conexões com bombeiros e demais serviços integrados;
- Sistema de gravação contínua para o registro de todas as chamadas e do diálogo dos médicos reguladores com os solicitantes;
- Sistema de localização de chamadas
- Sistema informatizado para arquivamento dos registros, processamento dos chamados e análises estatísticas.

3. RECURSOS HUMANOS: PERFIL E COMPETÊNCIAS

3.1.MÉDICO REGULADOR E INTERVENCIONISTA:

Habilitação Profissional:

Profissional de nível superior titular de diploma de médico, devidamente registrado no conselho regional de medicina e *curso de formação para o suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema.*

Atribuições :

Médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. São também responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte e pelos demais cuidados médicos que se fizerem necessários.

Competências e Habilidades

- *Capacidade de discernir o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.*
- *Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;*

- *Capacidade de tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.*
- *Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;*
- *Monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeio militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;*
- *Definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;*
- *Julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante de socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meios de orientação ou conselho médico, que permite ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;*
- *Reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolvendo o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normativos que definem os passos e as bases para a decisão de regulador;*
- *Estabelecer claramente, em protocolos de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sobre pena de responsabilidade posterior do médico regulador;*
- *definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção,*

objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

- *monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes;*
- *registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como freqüentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar assinados na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;*
- *saber com exatidão as capacidades / habilidades de sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/ orientação/ intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação / revisão que qualifiquem / habilitem os intervenientes;*
- *submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;*
- *participar de programa de educação continuada para suas tarefas;*
- *velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônica;*
- *manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.*
- *Decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;*
- *Decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;*
- *Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos, para a internação de pacientes (a chamada “vaga*

zero” para internações). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquia pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgências;

- O médico regulador de urgência regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá regulação médica das transferências inter-hospitalares, bem, como das internações;
- Acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto de atenção médica de urgência;
- Requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida **a posteriori**, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;
- Exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsável pela transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no sistema;
- Contar com o acesso às demais centrais do complexo regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.
- conhecer a rede de serviços da região;
- manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridade de atendimento,

- *seleção de meios para o atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;*
- *manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar;*
- *exercer o controle operacional da equipe assistencial;*
- *fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;*
- *avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço;*
- *obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;*
- *preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar*
- *garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência*
- *obedecer ao código de ética médica.*
- *Quando em assistência nas Unidades móveis, verificar e manter esta, junto com o enfermeiro e o restante da equipe, sempre em condições adequadas a um novo atendimento no que se refere a equipamentos e materiais.*

Perfil profissional Exigido:

- Ter no mínimo 18 meses de experiência em Atendimento de Urgência e Emergência, podendo ser incluídos nestes o tempo de residência nas áreas de: Cirurgia, Clínica Médica (preferencialmente Cardiologia, Nefrologia, Neurologia), Anestesia, Terapia Intensiva, Neurocirurgia ou outras que incluam o atendimento de pacientes graves em sua grade curricular;
- equilíbrio emocional e autocontrole;

- destreza manual, conhecimento e capacidade física para realizar procedimentos de urgência e emergência, bem como procedimentos de resgate quando necessários;
- iniciativa e facilidade de comunicação;
- capacidade para trabalhar em equipe;
- flexibilidade;
- atenção difusa e concentrada;
- criatividade;
- liderança;
- responsabilidade e compromisso com o serviço público;
- disponibilidade para a capacitação inicial exigida pelo serviço e para a educação continuada;

TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA E RÁDIO OPERADOR

Habilitação Profissional:

Profissional com maioria, curso de Ensino Médio completo e curso de formação para comunicação e auxílio de regulação nas urgências que inclua a habilitação a operar sistemas radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

Competências e Habilidades:

- atender solicitações telefônicas da população;
- anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio, referentes a localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência prestar informações gerais ao solicitante;
- estabelecer contato radiofônico com ambulância e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;
- estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações;
- anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço;

- obedecer aos protocolos de serviço;
- atender às determinações do médico regulador;
- operar o sistema de radio-comunicação e telefonia nas centrais de regulação;
- exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel;
- manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;
- conhecer o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
- digitar todas as informações colhidas, mantendo o sistema de informática sempre alimentado.

Perfil profissional Exigido:

- equilíbrio emocional e autocontrole;
- capacidade de manter sigilo profissional;
- iniciativa e facilidade de comunicação;
- capacidade de trabalhar em equipe;
- criatividade;
- flexibilidade;
- destreza manual para digitação;
- responsabilidade e compromisso com o serviço público;
- disponibilidade para a capacitação inicial exigida pelo serviço e para a educação continuada;
- disponibilidade para a capacitação inicial exigida pelo serviço e para a educação continuada;

V – A ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

1.ASPECTOS HISTÓRICOS

Um veículo, destinado a transportes de pacientes, havia sido criado em 1792, por Dominique Larrey, o cirurgião da Grande Armada de Napoleão Bonaparte. Nesta ocasião criou-se a palavra “ambulância” (do latim Ambulare-“deslocar”) designado uma estrutura relativamente fixa, correspondendo a um hospital de campanha, com ambulâncias móveis. Larrey atendia aos feridos “debaixo de fogo inimigo”, iniciando no local o tratamento precoce, como suturas, incisões em partes lesadas, imobilizações e, quando necessário, amputações. Optando pelo tratamento no local, observam-se maiores chances de sobrevivência. A partir de 1893 o Senado da jovem República Brasileira, aprova a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, sendo encomendadas da Europa várias ambulâncias.

Estas ambulâncias foram consideradas por muito tempo, mais como Sistema de Transportes do que como unidade de atendimento e cuidados precoces, diferente da utilização que teve principalmente nas guerras. Frequentemente as gerências das frotas de ambulâncias sequer estavam ligadas diretamente ao Serviço de Saúde, mas aos Serviços Municipais de Transporte, quando não diretamente aos gabinetes do executivo. Muitas vezes eram utilizadas como moeda política, distribuídas com grande alarde, pois se constituíam em “out-door móvel”, com grande identificação do doador, e também do governante local que a havia conseguido.

No entanto, os veículos escolhidos, em sua grande maioria eram relativamente apropriados apenas para o transporte de pacientes em boas condições, pois a altura, e o espaço físico, não permitiam sequer que o paciente pudesse fazer uso de “soro fisiológico E.V.”, ou uso de O₂, no caso de paciente crítico.

A função de transporte foi que cumpriam até recentemente, independente do estado do paciente. Na ausência do médico, era o motorista destas “ambulâncias”, sem nenhum treinamento específico, quem transportava sozinho os pacientes até os hospitais, e durante o transporte ocorriam mortes, muitas vezes constatadas no momento da chegada nos hospitais.

Em 1998 a Resolução CFM N° 1.529 passa a definir “ambulância” como sendo aquele veículo destinado exclusivamente ao transporte de enfermos.

2.MODELOS

O modelo francês nasceu da necessidade sentida dos médicos “anestesiastas – reanimadores”, responsáveis pelo atendimento às urgências, que começaram a sair nas ambulâncias, pois perceberam que tanto nos casos clínicos como no trauma, se medidas terapêuticas fossem tomadas no local, as chances de sobrevivência e redução de seqüelas aumentavam.

Este tem como pilar o médico, tanto na Regulação do Sistema como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar e é um serviço ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado, sempre ligado aos Centros Hospitalares.

O modelo americano trabalha com paramédicos, que tem um programa de formação extenso (3 anos após o término do 2º grau). A guerra do Vietnã resultou em uma grande experiência para os EUA na formação de paramédicos, por ser uma guerra de guerrilha, e ser, portanto impossível contar com profissionais em todas as frentes de combates. Soldados foram treinados no primeiro atendimento, foram delegadas ações até então exclusivamente médicas, e equipamentos de fácil transporte também foram desenvolvidos.

No Brasil, a “atenção pré-hospitalar” foi exercida de forma incipiente, fragmentada e desvinculada da saúde, tradicionalmente pelos profissionais bombeiros, que foram historicamente reconhecidos como responsáveis por esta prática, em decorrência da inexistência de política pública da área da saúde nesta área.

Para a população leiga e infelizmente também profissionais de saúde, os termos “resgate”, “ambulância”, atendimento pré-hospitalar” “socorro”, entre muitos outros, são utilizados indiscriminada e aleatoriamente, evidenciando não uma confusão meramente semântica, mas um total desconhecimento sobre como, o que, e quem procurar em determinadas situações de segurança ou agravos à saúde.

A ação de resgatar, ou seja, de ocupar-se em libertar as pessoas de algo que as prende como acidentes automobilísticos, ou situações ameaçadoras e na

prevenção de situações que podem piorar sua segurança individual, assim como aos demais que se encontram a sua volta, exercida de forma constitucional pelos bombeiros, profissionais da segurança pública, é freqüentemente confundida com as ações dos profissionais da saúde, que trabalham no que diz respeito à saúde do indivíduo e coletividade, sendo o atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência aquele realizado por profissionais da saúde com determinados equipamentos e capacitados e autorizados a realizarem determinados procedimentos, que procuram levar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, sendo necessário prestar-lhe atendimento e transporte adequados até um serviço de saúde que possa dar a continuidade ao atendimento devido.

Analisando estas ações, diferenciadas, porém complementares, entendemos que devam atuar de forma integrada em benefício do cidadão, respeitados os distintos papéis de cada um.

O papel de um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar pode ser entendido em duas dimensões: Uma primeira, enquanto Unidade de produção de serviços de saúde, portanto, num *papel assistencial*, e uma segunda, enquanto instância reguladora da assistência às urgências, portanto num *papel regulatório*, do Sistema de urgência, abrangendo o conceito de “observatório de saúde” .

Ele tem por missão prestar assistência pré-hospitalar a pacientes vítimas de agravos agudos à saúde, de natureza clínica ou traumática, além das parturientes, no momento e no local da ocorrência do agravo, transportando estas vítimas, segundo critérios técnicos internacionalmente aceitos, de forma segura, até aqueles serviços de saúde, que possam melhor acolher cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutiva às suas necessidades, dando continuidade à assistência. Trata-se, portanto, de uma atenção cuja abordagem é individualizada, ou seja, contempla prestação de serviços a pacientes assistidos individualmente. Constitui-se num importante elo de ligação entre os diferentes níveis de atenção do Sistema.

3. MISSÃO

Os Sistemas de Atendimento pré-hospitalar tem por missão, diminuir o intervalo terapêutico para os pacientes vítimas do trauma e urgências clínicas,

possibilitando maiores chances de sobrevivência, diminuição das seqüelas, e garantir a continuidade do tratamento encaminhando os pacientes nos diferentes serviços de saúde de acordo com a complexidade de cada caso, de forma racional e equânime. Utiliza-se para tal de uma frota de ambulâncias devidamente equipadas, com profissionais capacitados capaz de oferecer aos pacientes desde medicações e imobilizações até ventilação artificial, pequenas cirurgias, monitoramento cardíaco, desfibrilação, que permitam a manutenção da vida até a chegada nos serviços de destino, distribuindo os pacientes de forma organizada e equânime dentro do Sistema regionalizado e hierarquizado.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS SERVIÇOS:

- Regulação de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde; do local da ocorrência até os diferentes serviços da rede regionalizada e hierarquizada;
- Regulação dos fluxos entre os serviços existentes no âmbito municipal e/ou regional.
- Atendimento pré-hospitalar de Urgência (primários ou transferências inter-hospitalares)
- Cobertura de Eventos de Risco
- Elaboração de planos de atendimento e realização de simulados c/ Defesa Civil, Bombeiros, Infraero e demais parceiros.
- Capacitação De Recursos Humanos (Participação na estruturação dos Núcleos formadores de urgência do SUS.)
- Ações Educativas para a Comunidade
- Participação no desenvolvimento de programas preventivos junto a serviços de segurança pública e controle de trânsito.

5.PRINCÍPIOS OPERATIVOS

- *O médico regulador é responsável por todos os atendimentos recebidos no SAMU, desde o acionamento-mesmo que abortado durante a ligação- até o encerramento do caso.*
- *A grande “urgência” está em chegar até o paciente. Uma vez no local da ocorrência, o médico intervencionista deve utilizar o tempo necessário para realizar todos os procedimentos que possibilitem estabilização do doente e um transporte em segurança devido a maior dificuldade técnica na realização de procedimentos em trânsito.*
- *Nos casos onde exista dúvida quanto ao recurso a ser enviado, sempre deve ser enviado o de maior complexidade possível.*
- *Nos casos de explícita falta de recursos, gerando as indesejáveis “filas”, o médico regulador deverá constantemente reavaliar o conjunto dos casos pendentes e proceder com priorizações tantas vezes quanto sejam necessárias, não se esquecendo de monitorizar a solicitação através de contatos sucessivos com os solicitantes, informando-os sobre a situação e dando perspectiva quanto ao tempo de espera.*
- *Nunca devemos encaminhar um paciente para um serviço de destino sem comunicação prévia. Nos casos em que houver dificuldades operacionais para cumprir tal determinação em tempo hábil, o médico deverá entrar em contato com o receptor o mais brevemente possível, justificando-se.*
- *Nem sempre o melhor local para ser encaminhado um paciente num determinado momento é aquele que se encontra geograficamente mais próximo ou foi pré-estabelecido como serviço de referência pela grade de regionalização pactuada. Sempre deve prevalecer a necessidade do paciente em função da complexidade do caso e a disponibilidade real do recurso mais adequado a esta necessidade.*
- *Os médicos plantonistas ao chegarem no plantão, deverão imediatamente, interar-se dos recursos internos (viaturas, equipamentos e profissionais) e Recursos externos existentes, inclusive das Centrais de Vagas.*

As fichas de regulação e as fichas de atendimento são documentos equivalentes aos prontuários médicos de qualquer serviço de saúde. São utilizadas também para fins estatísticos, pedidos judiciais, auditorias. Quando

devidamente preenchida, serve ainda de proteção ao médico responsável pela regulação.

Chamamos de “Ferramentas de regulação” os instrumentos gerenciais que possibilitam o acompanhamento da situação em tempo real de todos os Hospitais, incluindo as Salas de emergência dos Pronto Socorros e os próprio leitos, através da articulação com Centrais de Leitos que instrumentalizam o médico regulador no processo de trabalho. Esta integração com as Centrais de Vagas possibilita também uma adequada referência e contra-referência dos pacientes no Sistema a partir da rede assistencial básica ou da Rede Hospitalar.

6. TÉCNICAS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Primeira etapa: “Recepção, Identificação e localização do chamado”

O auxiliar de regulação faz a recepção inicial, realizando a identificação da chamada. Ele deve acalmar o solicitante, anotar sua localização da forma mais precisa possível com dados detalhados lembrando de considerar a natureza e origem do solicitante (via pública, domicílio, serviço de saúde), telefone, ponto de referência, verificando a possibilidade de trote. Quando necessário, pedir que alguém aguarde em local próximo. Deve ainda anotar o motivo da chamada de ajuda, diferenciando-o de uma solicitação de informação. Passar o caso imediatamente para o médico regulador.

O chamado inicia-se sempre com a ligação de um solicitante, que dependendo do grau de instrução, trará maior ou menor dificuldade para o gerenciamento do caso.

Populares: Geralmente estão muito nervosos, exigem um atendimento urgente, sem oferecer informações básicas em relação ao tipo de acidente e vítimas. Nestes casos devemos observar, além do solicitante, outros sons de fundo (gritos, buzinas, outras pessoas falando , para perceber a gravidade do acidente)

Familiares: Também estão muito ansiosos e nervosos. Dependendo do grau de instrução, nível social podem trazer confusão quanto ao diagnóstico precoce. A ansiedade na resposta é um indicativo de gravidade.

Segunda etapa: “Abordagem e Caracterização do Caso”

A abordagem do caso é a etapa que deve ser realizada pelo médico, e consiste na forma de interrogar o paciente na tentativa de obter informações que possam informar a gravidade do caso. A forma de abordagem apresenta alguma especificidade em função do tipo de patologia (traumática ou clínica), do grau de instrução do solicitante e sua relação com a vítima. As nuances da abordagem serão detalhadas nos protocolos técnicos.

Terceira etapa: “Decisão Técnica”

O médico regulador deve avaliar a necessidade de intervenção, decidir sobre o recurso disponível mais adequado a cada caso, levando em consideração: gravidade, necessidade de tratamento cirúrgico, os meios disponíveis, relação custo benefício, avaliação tempo-distância, etc, de forma ordenada por necessidade, por complexidade disponível e proximidade, podendo gerar como respostas:

- Conselho Médico ou orientação técnica a um colega médico
- Remoções Simples (ambulâncias de transporte)
- Atendimentos de suporte básico de vida por profissionais da saúde (ambulâncias de suporte básico)
- Atendimento de suporte básico de vida por profissionais bombeiros ou outros socorristas (viaturas de resgate)
- Atendimentos médicos terrestres (ambulâncias de suporte avançado)
- Atendimentos médicos aéreos (naves de resgate aeromédico)
- Acionamento de múltiplos recursos

Para avaliação da gravidade podemos utilizar:

Avaliação Multifatorial do Grau de Urgência:

Para abordagem dos casos a serem regulados, adotaremos uma nova forma de semiologia médica a distância, desenvolvida pelos Franceses, que

procede com a avaliação inicial do caso a partir de uma seqüência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas pelos solicitantes ao telefone. Estas perguntas devem ser formuladas seqüencialmente, conforme a tipologia adotada internacionalmente (A, B, C, D). Seu objetivo é estabelecer o grau de Urgência, fundamental para o sucesso da regulação.

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

Para avaliação do grau de urgência utilizaremos a seguinte fórmula:

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

Onde:

U - Grau de urgência

G - Gravidade do caso

T - Tempo para iniciar o tratamento

A - Atenção - recursos necessários para o tratamento

V - Valor social que envolve o caso

GRAVIDADE:

É perfeitamente possível quantificar a gravidade do caso pelo telefone, através de perguntas objetivas que caracterizem o caso.

TEMPO:

Trata-se da utilização do conhecimento dos intervalos de tempo aceitáveis entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Quanto menor o tempo exigido, maior a urgência. Nas transferências inter hospitalares, com o atendimento inicial já realizado, esta avaliação deve ser mais cuidadosa, para evitar precipitações.

ATENÇÃO:

Quanto maior for a necessidade de recursos envolvidos no atendimento inicial e no tratamento definitivo, maior será a urgência. Este subfator é o que mais influi na decisão de transferir o paciente.

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.

Aplicando-se esta fórmula, podemos para fins práticos e com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgência, classificar didaticamente as urgências da seguinte forma:

Nível 1 : Emergência ou Urgência de prioridade absoluta

Casos onde haja risco imediato de vida e/ou existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário, devendo o médico agir imediatamente.

Nível 2 : Urgência de prioridade moderada

Casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.

Nível 3 : Urgência de prioridade baixa

Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.

Nível 4 : Urgência de prioridade mínima

situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientando o uso de medicamentos, cuidados gerais, encaminhamentos.

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

Critérios de liberação de recurso em situações especiais

A decisão técnica quanto ao tipo de recurso a ser enviado para cada caso, depende de múltiplos fatores abordados nos protocolos de regulação.

Entretanto, conforme a especificidade de cada serviço, podem existir protocolos que indiquem algumas situações em que a priori deverão ser liberadas **USA** (Unidade de Suporte Avançado que é igual a UTI móvel), sempre que disponível.

Algumas orientações:

Nos casos em que não houver **USA** disponível, ou se existir dúvida em enviá-la, deve ser enviada **USB** (Unidade de Suporte Básico) ou **USB** medicalizada (USB saindo da base acompanhada de médico, como uma alternativa).

Nos casos com indicação de **USA** a liberação deve ser imediata, visando o menor tempo resposta, mesmo sem saber o destino do paciente. O médico do SAMU no local informará o quadro clínico real e, em função destes dados o médico regulador entrará em contato com o Hospital da área de abrangência. Enquanto isto a Viatura já deverá se dirigir ao destino.

Nos casos de urgência extrema, por gravidade ou valência social elevada, múltiplas vítimas, podem ser liberadas uma **USA** e uma **USB** e/ou saída de 2 médicos assistenciais.

Quarta Etapa: Orientações ao Solicitante

Orientar o solicitante sobre como proceder até a chegada da equipe, informar aproximadamente em quanto tempo a equipe deverá chegar, orientar para que ligue novamente caso haja alguma alteração na situação.

Quinta etapa: Acompanhamento da decisão técnica

- Monitorar liberação da Viatura na base ou em trânsito, checar acionamento da equipe e chegada com os respectivos tempos resposta.

- Monitorização do atendimento no local da ocorrência: recebimento do caso pela equipe do local, reavaliação, conduta/ prescrição/ orientação à equipe
- Monitorização do caso durante transporte: Acompanhamento do transporte, evolução, intercorrências, chegada e recepção do paciente ao destino, liberação da viatura;
- Definir o tipo de serviço receptor necessário em função da necessidade do doente/complexidade do caso.

Sexta etapa: Decisão Gestora:

Procedimentos

- Definir sobre o serviço de destino, de acordo com a complexidade e disponibilidade Comunicar à equipe no local da ocorrência o destino do paciente;
- Acionar serviço receptor;
- Comunicar o envio do paciente, providenciando seu acesso no serviço de destino;
- Acionamento de múltiplos recursos ou combinação para otimizar recursos dispersos;
- Comunicar ao solicitante;
- Confirmar o recebimento com o solicitante e/ou com a equipe de transporte para que possa ser providenciada a melhor recepção possível para o paciente.

Sétima etapa: Acompanhamento Da Decisão Gestora

Confirmar chegada do paciente, liberação da viatura e encerramento do caso, saber sobre as condições da viatura para assumir um próximo caso.

VI - AS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES

1. MISSÃO

Existem Centrais Reguladoras de urgência, que ocupam-se especificamente da regulação das transferências de pacientes entre serviços de saúde de diferentes complexidades. Geralmente estes pacientes recebem um primeiro atendimento em um serviço de saúde onde não existe retaguarda diagnóstica e/ou terapêutica para dar continuidade ao caso, geralmente em municípios menores, necessitando serem transferidos para hospitais de maior complexidade.

2. PRINCÍPIOS OPERATIVOS

Uma central reguladora de Urgência, que atua na regulação das transferências inter- hospitalares, recebe um variado leque de “solicitações” que nem sempre serão casos de urgência passíveis de regulação. Logo, precisamos diferenciar inicialmente um chamado ou solicitação endereçada à central de um atendimento (caso efetivamente regulado pelo médico).

2.1.Contatos sempre de médico para médico

Nas solicitações de transferências inter-hospitalares, a comunicação deve ser feita de médico para médico. O médico solicitante deve informar o seu nome, serviço e número do CRM. O médico regulador, com base nos dados acima obtidos, irá estimar a gravidade e se há mesmo necessidade e condições para efetuação da transferência, antes do contato com o serviço receptor.

O médico regulador deve avaliar o motivo da solicitação e a sua pertinência, ou seja: se existe caracterizada uma necessidade de cuidado terapêutico ou diagnóstico de urgência ou emergência sem o qual o paciente corre risco de vida ou de danos orgânicos ou funcionais imediatos e irreparáveis,

levando em consideração a necessidade e as condições do paciente e a infraestrutura do serviço de origem.

Sendo a solicitação considerada pertinente, ele deve procurar o recurso mais adequado para o caso e o mais próximo possível do solicitante. Caso não haja pertinência, o médico regulador orienta o solicitante a como conduzir tecnicamente o caso ou como utilizar os recursos locais. Quando existirem dúvidas, podemos consultar profissionais especializados nos serviços.

2.2. Solicitações sempre documentadas por fax e Registro contínuo das gravações telefônicas

Além da ficha de regulação preenchida pelo médico regulador, deve ser anexado fax do serviço solicitante de forma a ter comprovado o que foi passado.

4. TÉCNICAS DE REGULAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES

Primeira etapa: “Recepção do chamado”

Identificação e localização do chamado:

O auxiliar de regulação faz a recepção inicial, realizando a identificação da chamada, que consiste em registrar:

- A Unidade Solicitante
- Nome e CRM do médico solicitante
- Nome, idade e origem do paciente

Deve ainda diferenciar uma solicitação de informação. A seguir, o auxiliar de regulação deve passar o telefone para o médico regulador.

Segunda etapa: “Abordagem Do Caso”

A abordagem dos casos endereçados às centrais de regulação das transferências inter-hospitalares consiste em reunir a maior quantidade de dados possíveis sobre o caso, que podemos relacionar da seguinte forma.

- Dados clínicos do paciente:

- QP (Queixa principal)
 - Sinais e Sintomas Associados
 - Sinais de Gravidade
 - Antecedentes e fatores de risco
 - Exame físico e sinais vitais
- Conduta inicial: medicamentos e procedimentos
 - Exames realizados
 - Evolução: alterações verificadas após a conduta inicial
 - Recurso solicitado para o caso
 - Justificativa para a solicitação

E de posse destas informações pode ser definida a pertinência do caso, ou seja, se é necessária a transferência ou não. Além de todos estes dados, temos de ter em mente quem são nossos clientes e porque nos procuram, ou seja, quais os principais motivos das solicitações de transferência de um paciente:

a) Gravidade do quadro clínico e disponibilidade de apoio diagnóstico e terapêutico no hospital

Existem casos clássicos, onde invariavelmente existe consenso quanto à gravidade do caso e portanto quanto a necessidade de remoção para um hospital de maior Complexidade. Em situações de doenças menos graves, a gravidade pode ser influenciada por uma série de fatores além da doença em si e das condições do paciente, como: os recursos de apoio existentes no local, o número de profissionais e a capacitação técnica do médico assistente. Alguns casos podem ser considerados de extrema gravidade num hospital e constituir-se num episódio corriqueiro em outro. Este tipo de entendimento e o conhecimento da realidade dos hospitais da mesma região geográfica deve ser do domínio dos médicos, especialmente daqueles plantonistas que recebem pacientes dos hospitais menores, como forma de reduzir conflitos.

b) Incapacidade técnica do médico e/ ou Desejo do médico:

Existem situações nas quais o hospital oferece os meios essenciais para diagnóstico e para tratamento, mas o médico plantonista é incapaz de adotar os

procedimentos recomendados ou não sabe como proceder e, por isso, trata de providenciar, o quanto antes, a transferência do paciente.

Entretanto existem situações onde o hospital e os médicos possuem condições materiais e técnicas para prestar um adequado atendimento, mas que se trata de um quadro clínico ou cirúrgico que exigirá muita observação e acompanhamento ou novas condutas por parte do médico assistente, e principalmente, são pacientes do SUS. Nestes casos, para não ter pacientes complicados ou que possam vir a agravar o quadro clínico, bem como para não ter atividades extras desnecessárias, é possível que o médico o encaminhe a outro hospital, geralmente de maior complexidade, embora o caso clínico não requeira a transferência. É a típica situação do "mandar para a frente para não me incomodar" e que certamente tende a apresentar considerável aumento dos finais de semana e feriados prolongados.

c) Solicitação dos próprios pacientes e/ou familiares:

Em muitas situações de urgência/emergência, em que pese existir recursos materiais suficientes no hospital e um atendimento médico adequado, os pacientes desejam ser transferidos pelas mais variadas razões.

Atribuições dos solicitantes:

São atribuições do Médico Assistente:

- a) fazer a indicação da necessidade de transferência;
- b) avaliar qual a composição da equipe médica necessária para efetuar a remoção, de conformidade com o estado de saúde do paciente;
- c) acompanhar o paciente nos casos em que a presença do médico é obrigatória ou designar médico substituto, de acordo com as normas da instituição, utilizando o apoio da Direção Técnica/Clínica, se necessário;
- d) elaborar relatório de transferência registrando "a hipótese diagnóstica", os procedimentos efetuados, exames e medicações realizadas e os motivos da transferência; (não deve ser esquecido de assinar e de colocar o carimbo de identificação pessoal).

Terceira etapa: "Orientação Técnica"

Conselho Médico ou orientação técnica a um colega médico sobre a conduta a ser tomada para melhor estabilização do paciente antes da transferência ou mesmo para evitar a transferência.

4.Quarta Etapa: Decisão Técnica

O médico regulador deve avaliar a necessidade de intervenção, decidir sobre o recurso disponível mais adequado a cada caso, levando em consideração: gravidade, necessidade de tratamento cirúrgico, os meios disponíveis, relação custo benefício, avaliação tempo-distância. Em resumo, ele decide qual o recurso e o nível de complexidade que o caso exige.

5.Quinta Etapa: Avaliação dos Recursos e Decisão Gestora: Aspectos técnicos éticos e regulamentares

Uma vez constatada a necessidade de transferência, o próximo passo é a procura e/ou escolha do hospital referenciado para o qual o paciente será encaminhado, o que nem sempre se constitui em tarefa simples e rápida quando não existem muitas opções, como no caso de necessidade de UTI tanto adulto quanto neonatal. Diante do estabelecimento da necessidade de transferência, a Central procura o recurso necessário dentro de sua grade. Em caso de dificuldade de recurso disponível, esgotadas as possibilidades de sua área, irá procurando recursos sucessivamente nas demais centrais.

Aspectos éticos: Código de Ética Médica (CEM)

Art. 2º : O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional"

Art. 57 :que veda ao médico: "Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente."

Art. 47 : Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto."

CEM Art. 48 sobre solicitação de transferências por familiares
veda ao médico: "Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar".

Art. 56: veda ao médico: *"Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida."*

Manual de Orientação Ética e Disciplinar refere, à página 58 que: *"Se um paciente necessita, deve **ou quer ser transferido** para outra cidade em situação de urgência/emergência o médico deverá fazê-lo no "bom momento" clínico, ou seja, quando o paciente não está em risco iminente de morte e apresenta estáveis seus sinais vitais, mesmo em níveis não ideais."* Em conclusão, o ideal é que o médico atenda ao desejo do paciente ou de seu representante legal e adote os procedimentos técnicos e a conduta ética compatíveis ao caso em questão, nas condições acima referenciadas.

Procedimentos necessários:

Definir de acordo com a necessidade de cada caso, complexidade e disponibilidade do serviço de destino, considerando a grade de regionalização e hierarquização do Sistema;
Comunicar à equipe no local da ocorrência o destino do paciente
Acionar serviço receptor
Comunicar o envio do paciente, providenciando seu acesso no serviço de destino;
Acionamento de múltiplos recursos ou combinação para otimizar recursos dispersos
Adaptação dos meios
Comunicar ao solicitante
Confirmar o recebimento com o solicitante e/ou com a equipe de transporte para que possa ser providenciada a melhor recepção possível para o paciente
Pactuar com o hospital os casos de recebimento única e exclusivamente para realização de exames com segundo transporte posterior;

Dificuldades enfrentadas:

. Médico do serviço referenciado alega Inexistência de leito vago (enfermaria ou UTI) . O que o que fazer? encaminhar o paciente mesmo sem garantia de vaga ou até mesmo com negativa de vaga, ou mantê-lo no hospital de origem com risco de vida para o paciente e, talvez, servir de fonte de denúncia contra o próprio médico?

Nestes momentos, o bom senso e a prudência devem prevalecer. Cada caso é um caso e cada momento é diferente do outro. Talvez por isso, pela complexidade da questão, nenhuma norma responde claramente e com segurança esta questão.

Alguma regulamentação a ser considerada:

A Resolução CFM N° 1.529/98 e a Portaria MS N° 824/99 abordam, de maneira detalhada, os vários aspectos envolvidos no Transporte Inter-Hospitalar, que vão desde os contatos prévios até a obrigatoriedade de atendimento pelo hospital de destino, passando pelo esclarecimento das responsabilidades médicas e pelo adequado monitoramento do paciente a ser removido e a necessidade de acompanhamento pelo médico assistente.

- **Médico que atendeu o paciente indica transferência mediante transporte inter-hospitalar. De quem é a responsabilidade em acompanhar o paciente durante sua remoção?**

a Resolução CREMESC N° 027/97: Art. 3° - *"Na remoção de pacientes com risco de vida iminente, avaliado pelo seu médico assistente, este deverá acompanhar o mesmo na ambulância ou designar outro médico para tal, até o atendimento por outro médico no local de destino."*

Fica claro, portanto, que nas condições acima, o médico deverá estar sempre presente na ambulância e que a avaliação do risco de vida do paciente será do próprio médico assistente. Se houver possibilidade, poderá ser designado outro médico para tal, sempre de comum acordo entre ambos.

- **Mas e se o Médico está sozinho no Hospital?**

A grande maioria dos médicos têm o entendimento de que não poderiam abandonar seu plantão e, portanto, não deveriam acompanhar o paciente. No entanto, este não é o procedimento correto, tendo em vista o Parecer aprovado pelo Plenário do CREMESC sobre a Consulta N° 407/97 já anteriormente mencionada e cujo consulente, em seu encaminhamento, entendia que as remoções são freqüentes e que não seria possível acompanhar os pacientes porque deixaria "a descoberto" o hospital. O Parecer aprovado pelo Corpo de Conselheiros é taxativo e afirma o seguinte:

"... não podemos concordar com as alegações apresentadas. Os colegas reunidos consideram o assunto polêmico; quanto a isso até podemos concordar, mas não resta qualquer dúvida de que a responsabilidade sobre as eventuais ocorrências que surjam com o paciente, após ser prestado um primeiro atendimento, enquanto não chegar a seu destino e até ser recebido por outro médico, será sempre daquele que o encaminhou. Quanto à possibilidade de chegada de outro paciente, deve ser lembrado que já existe um paciente enquanto a chegada de outro é uma possibilidade. Para tal possibilidade é óbvio que poderá e deverá estar à disposição outro médico substituto."

- **Em caso de óbito de pacientes durante o transporte entre hospitais sem o devido acompanhamento médico, quem responde perante o CRM, o médico, responsável técnico pela empresa transportadora de pacientes com risco de vida indeterminado, ou o médico assistente e/ou substituto?"**

"O médico assistente é responsável por: a) indicação da transferência; b) avaliação do risco de vida durante o transporte e da necessidade de médico acompanhante; c) acompanhamento do paciente ou providência de seu substituto; d) elaboração do relatório de transferência". Portanto, o médico assistente é quem responde perante o CRM em caso de morte de paciente, decorrente de sua própria patologia, transportado sob sua orientação, sem acompanhamento de equipe médica, em ambulância devidamente regularizada."

Em última análise, sempre que houver risco iminente de vida para o paciente, este deverá sempre ser acompanhado, durante a remoção, por um médico, seja seu médico assistente ou outro disponível.

Nos casos em que não exista um segundo médico no hospital ou mesmo na cidade, o plantonista deverá sempre ir junto na ambulância, recomendando-se que seja informado o hospital mais próximo para alertar o seu Diretor Técnico/Clínico sobre a situação e para eventual cobertura, se for o caso.

Deve ser lembrado, porém, que nos termos da Resolução N° 027/97, cabe ao médico assistente a avaliação sobre a existência ou não de risco de vida iminente. Neste sentido, o Parecer à Consulta N° 407/97 completa: *"Da mesma forma, é totalmente do médico que presta o atendimento e está encaminhando o paciente, a decisão de não acompanhar os casos que ele considerar desnecessário, já que a responsabilidade é dele."*

A grande dificuldade, uma vez decidida a transferência em tempo hábil e estabilizadas as condições clínicas do paciente, está no transporte dos pacientes graves de uma cidade para outra. A quase totalidade dos hospitais em particular aqueles de pequeno e médio porte, não possuem ambulância própria para realizar de forma adequada o transporte de paciente na situação referenciada.

Se considerarmos que muitas vezes alguns poucos minutos sem uma assistência adequada são a tênue linha divisória entre a vida e a morte, é fácil imaginar, embora difícil de quantificar, que muitos pacientes ficam expostos indevidamente a grandes riscos, talvez até mesmo com evolução para o êxito letal. Nesta encruzilhada encontra-se o médico dos hospitais sem os recursos adequados para transferir pacientes, principalmente nas cidades de pequeno porte e com toda a pressão do paciente e/ou da família para que se agilize o transporte e sem que este procedimento possa ser realizado pela simples razão de que inexistente ambulância disponível.

6. Sexta Etapa: Transporte e finalização

Consiste em orientar quanto ao transporte mais adequado e checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

VII – PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS;

1-) PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.

1.1.O Estabelecimento do Diagnóstico Síndrômico:

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

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

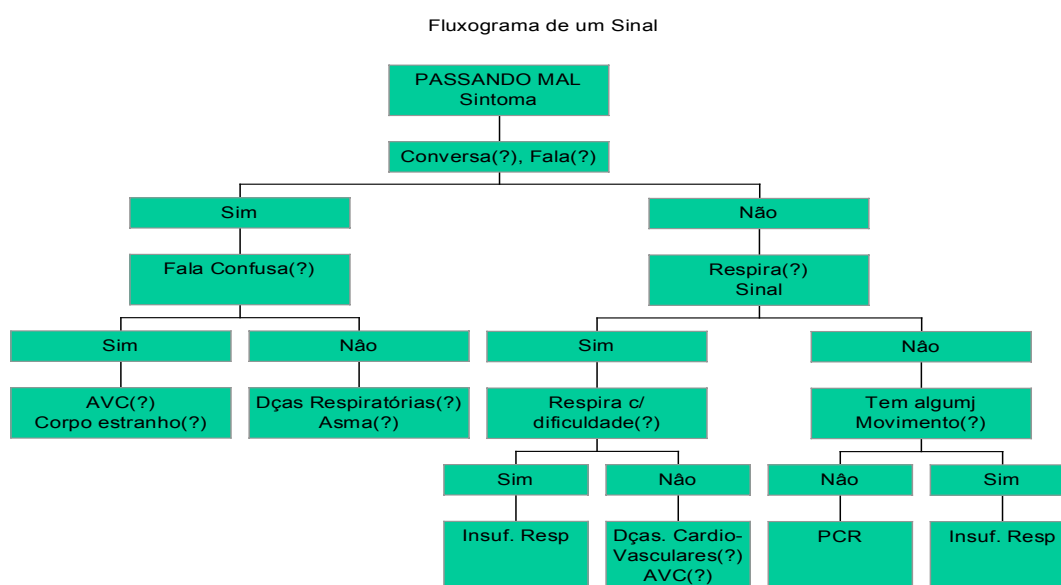
Neste novo tipo de semiologia, a percepção do médico tradicionalmente construída através de seus próprios sentidos é substituída pelos sentidos do informante, que serão interpretados pelo regulador a partir do interrogatório. Assim, por exemplo, um solicitante aflito ao telefone diz ao médico regulador que seu familiar está “*passando mal*”. Esta é uma expressão muito freqüentemente utilizada pelo leigo que não permite ao médico o estabelecimento de um diagnóstico síndrômico ou de uma hipótese diagnóstica. Pode tratar-se desde um distúrbio neuro-vegetativo ou uma hipoglicemia leve, até uma parada cardíaca, passando por uma enormidade de processos patológicos. Caberá ao médico fazer uma série de questionamentos, investigando outros sinais que possibilitem o estabelecimento do diagnóstico síndrômico e/ou de uma hipótese diagnóstica.

Lembramos alguns exemplos de sinais a serem pesquisados a fim de estabelecer o diagnóstico síndrômico: ausência de resposta aos estímulos,

ausência de movimentos respiratórios detectáveis no epigástrio, ausência de pulso, etc.

Tomemos um outro exemplo: um solicitante relata ao telefone que seu familiar está “desmaiado”. Tentaremos então investigar alguns sinais, conforme fluxograma a seguir, perguntando ao solicitante se o paciente responde a estímulo doloroso, se tem movimentos respiratórios, se ele sente pulso, etc. Caso todas as respostas sejam negativas: não existe resposta à dor, não se vêem movimentos respiratórios, pode-se, a partir deste interrogatório, chegar à hipótese diagnóstica de parada cardio-respiratória. Caso ainda exista pulso, podemos estar diante de uma parada respiratória ou um coma.

Fluxograma : “Passando Mal”



Como ilustrado no fluxograma acima, podemos adotar este tipo de interrogatório para abordagem de todos os casos a serem regulados, cujas respostas são orientadoras para o médico regulador em sua decisão.

Apresentaremos então, a seguir, de maneira didática, as síndromes mais comuns agrupadas por tipos de patologias e a forma como o médico regulador deverá abordar e conduzir cada uma delas.

Diretrizes Gerais

O diálogo médico com o solicitante deve compreender em linhas gerais:

a) A Caracterização do caso

Idade, antecedentes (tratamentos e hospitalizações anteriores);

Queixa principal, HPMA resumida: apreciar as funções: respiratórias, circulatórias, neurológicas;

Sua evolução, tratamentos iniciados;

b)Análise de sintomas referidos:

Modo do aparecimento (súbito ou gradual)

Intensidade (forte, fraco, moderado)

Localização e irradiação da dor

Fatores desencadeantes e concomitantes

c)Análise de sinais referidos:

Dados objetivos - tudo aquilo que é verificado no paciente, através dos sentidos do informante;

Estado geral (bom, regular ou mal);

Nível de consciência;

Respiração (facilidade, dificuldade, ausência);

Cor da vítima (cianose, palidez);

Movimentos (espontâneos, restritos, involuntários);

Sudorese fria.

1.2.Abordagem da Parada Cardiorespiratória

(Síndromes: “Desmaiado”, “Eu acho que está Morto”).

Abordagem	A vítima esta falando? Respira? Qual a cor da boca? A pessoa se mexe? Nos casos onde há uma resposta negativa, despache imediatamente USA. Após confirmar o despacho, continue o interrogatório: Circunstâncias (clínica, trauma, tóxicas) idade?
Decisão técnica	Uma só preocupação, ganhar tempo para uma assistência mais precoce possível. USA: Se identificado suspeita de PCR USB: Nos demais casos.
Orientações ao solicitante	Solicite calma, e oriente colocar a pessoa em posição horizontal e local rígido e oriente RCPC básico para solicitantes que tenham uma noção de Primeiros Socorros.
Acompanhamento da	Se USA: Orientações demandadas pelo equipe. Caso seja

decisão técnica	constatado óbito, o transporte ao hospital somente será realizado se houver um valor social muito alto. Se USB: Caso se verifique PCR, RCPC e transporte para um hospital, preferencialmente que contemple Unidade Cardiológica ou uma UTI.
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.3. Angina/ Infarto

(Síndrome “Dor No Peito”)

Abordagem	Sexo, idade, Características da dor: (Tipo, Tempo de início e Duração, Localização, Irradiação, evolução) Antecedentes coronarianos e tratamentos realizados Fatores de risco: HAS, Diabetes, fumo, obesidade, Sinais de gravidade: perda de consciência, dispnéia, sudorese, sensação de morte iminente, palidez O que já foi feito pelo paciente
Decisão técnica	USA: se quadro típico , quadro atípico + antecedentes ou sinais de gravidade ou fatores de risco. USB: se quadro atípico, sem antecedentes e sem sinais de gravidade
Orientações ao solicitante	Repouso absoluto em posição confortável, solicite afrouxar as vestes, nitrato sublingual, orientar abertura da porta caso paciente esteja só. AAS
Acompanhamento da decisão técnica	Se USA: ECG , A.A.S, Morfina, Oxigênio ,Nitrato Trombólise se disponível . Se USB: repouso absoluto, oxigenioterapia, controle rigoroso de sinais vitais. Transporte para Hospital com disponibilidade de leito em UTI e/ou trombólise, acompanhamento cardiológico
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.4. Crise Hipertensiva

(Síndrome da pressão alta)

Emergências Hipertensivas: todas as condições em que há evidência de lesão vascular em órgão alvo agudo ou em progressão.

Exemplos: encefalopatia hipertensiva, AVC, insuficiência ventricular esquerda aguda, insuficiência coronariana.

Abordagem	Sexo, idade, Características: Náuseas, vômitos, escotomas, cefaléia. Antecedentes HAS e tratamentos realizados Fatores de risco: Diabetes, fumo, obesidade, Sinais de gravidade: perda de consciência, dispnéia, sudorese, palidez, O que já foi feito pelo paciente
Decisão técnica	USA: Quando há evidência de lesão vascular em órgão alvo aguda ou em progressão (encefalopatia hipertensiva, AVC, etc. USB: Situações que se apresentam com marcada elevação da pressão diastólica sem evidências de lesão vascular aguda. Apesar da elevada pressão arterial este paciente não apresenta lesão em órgão alvo, e o controle da pressão arterial pode ser realizado em 24 horas.
Orientações ao solicitante	Repouso absoluto em posição confortável, solicite para afrouxar as vestes. Orientar para que não seja realizado nenhuma ingestão oral.
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.5. Edema agudo de Pulmão

(Síndrome: “falta de ar”, “problema de coração”).

Abordagem	<p>Sexo, idade</p> <p>Características: Dispnéia importante?; Secreção rósea pela boca?; Intolerância ao decúbito dorsal?;</p> <p>Antecedentes Cardiológicos e tratamentos realizados</p> <p>Sinais de gravidade: distúrbios de consciência, dispnéia, sudorese, palidez,.</p>
Decisão técnica	USA: Sempre que identificado sinais de gravidade
Orientações ao solicitante	<p>Repouso absoluto em posição sentado, solicite para afrouxar as vestes.</p> <p>Orientar para que não seja realizado nenhuma ingestão oral.</p>
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.6. Patologias Respiratórias (DPOC, Asma, Pneumonias...) :

(Síndromes “Falta de Ar”, “Cansado”)

Abordagem	<p>Características: Dispnéia; Cianose; Sudorese; Taquicardia; Confusão mental; Utilização da musculatura acessória; Exaustão; Incapacidade de falar.</p> <p>Antecedentes Medicação em uso; Frequência das crises; Internações anteriores Já foi medicado nesta crise; Doença cardio-pulmonar associada.</p> <p>Sinais de gravidade: Agitação, confusão, sonolência, coma; Cianose, sudorese; Dispnéia intensa; Dificuldade para falar, Crise de aspecto não habitual, inquietando o pte ou seus familiares.</p>
Decisão técnica	<p>USA: sempre que fatores de mau prognóstico ou pelo menos um critério de gravidade estiverem associados.</p> <p>USB: ASMA LEVE/MODERADA sem fatores de mau prognóstico (gravidade).</p>
Orientações ao solicitante	<p>Repouso absoluto em posição confortável, solicite para afrouxar as vestes.</p> <p>Orientar uso de broncodilatadores, caso já faça uso.</p> <p>Colocar paciente em local arejado</p> <p>Orientar para que não seja realizado nenhuma ingestão oral.</p>
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino

Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura
-------------	---

1.7.Hemorragia Digestiva

(Síndrome do “vomitando sangue”)

Abordagem	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. <u>Antecedentes:</u> Passado de HD, Síndrome dispépticas, Hepatopatias, Patologias concomitantes.
Decisão técnica	USA: paciente pode evoluir para choque hipovolêmico rapidamente. antecedentes ou sinais de gravidade ou fatores de risco. USB: Demais situações
Orientações ao solicitante	Manter paciente em decúbito dorsal, com membros inferiores elevados (30°)
Acompanhamento da decisão técnica	USB – Posição lateral de segurança.
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.8.Acidente Vascular Cerebral:

(Síndromes do “Ataque”, “Derrame”).

Abordagem	Sexo, idade, Tempo de início, Cefaléia, Vômitos, Crise Convulsiva, Déficit neurológico (Paralisias, Paresias, Disartrias, Disfalias), Alteração do nível de consciência (Confusão Mental, Agitação, Sonolência e coma. Antecedentes AVC anterior, Cardiopatias tratamentos realizados Fatores de risco: HAS, Diabetes, Sinais de gravidade: perda de consciência, dispnéia.
Decisão técnica	USA: se quadro típico , quadro atípico + antecedentes ou sinais de gravidade ou fatores de risco. USB: se quadro atípico, sem antecedentes e sem sinais de gravidade
Orientações ao solicitante	Colocar o paciente em posição lateral de segurança
Acompanhamento da	USB: Oxigenioterapia, controle rigoroso de sinais vitais,

decisão técnica	Posição lateral de segurança se vômitos
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.9.Convulsão:

(Síndromes do “Ataque”).

Abordagem	<p>Circunstâncias: Idade e Sexo Contexto (trauma?)</p> <p style="text-align: center;">Crise finalizada, em curso ou reentrantes</p> <p>Sintomatologia: Salivação Movimentos involuntários Cianose de lábios Dificuldade respiratória Tremores Liberação de esfíncteres.</p> <p>Antecedentes:Epilepsia, Etilista, uso de drogas, traumas há 12 horas. Crêterios de gravidade: Duração de mais de 10 minutos, Estado pós- crise alterado (Coma, Insuficiência Respiratória) Convulsões recidivantes.</p>
Decisão técnica	USA: Quando houver um sinal de gravidade USB: Demais casos
Orientações ao solicitante	Orientar retirar de perto do paciente objetos que possam machucá-lo Segurar a cabeça para que ele não se machuque Não restringir o paciente Não colocar os dedos na boca do paciente Solicitar para afrouxar as vestes do paciente Colocar o paciente em posição lateral de segurança, caso haja problemas de consciência, ou presença de secreções nas vias aéreas
Acompanhamento da decisão técnica	USB – Orientar Oxigenioterapia + Posição lateral de Segurança. Orientar sempre sobre a possibilidade de uma PCR, principalmente devido à hipoxia
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.10. Diabetes:

(Síndrome do Diabético)

Abordagem	O paciente fala? (Consciente ou Inconsciente); Respira? (Bem ou Mal) Faz algum tipo de tratamento para Diabetes? Se sim: Insulina ou Antidiabéticos orais? Tem feito tratamento normalmente? Houve algum tipo de alteração alimentar? Questionar sobre (Mal estar geral, sudorese fria, agitação psiquiátrica, etilismo agudo, coma, convulsão, desidratação) e pensar sistematicamente em hipoglicemia quando os sinais acima estiverem presente
Decisão técnica	USA: Em casos de confusão mental, desidratação grave, sinais de inconsciência e ou dificuldade respiratória, associado à traumatismos (ou suspeita) USB: Nos demais casos e de menor risco
Orientações ao solicitante	Repouso absoluto em posição confortável, solicite para afrouxar as vestes. Orientar para que não seja realizado nenhuma ingestão oral. Orientar Posição Lateral de Segurança, se necessário
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.11. Intoxicação aguda por medicamentos:

(Síndrome do Tentou se matar tomando remédios)

Abordagem	Circunstancias da descoberta: 1- Afirmação da intoxicação aguda por medicamentos: embalagens de medicamentos, cartas, testemunhas...
-----------	--

	<p>2- Produtos suspeitos: receituários</p> <p>3- Quantidade máxima ingerida e hora provável de intoxicação.</p> <p>Estado da Vítima: Consciência, agitação, movimentos anormais, dificuldade respiratória, cianose, sudorese, coma, dor torácica, dor abdominal, problemas neurosensoriais.</p> <p>Identificar se houve outras tentativas de suicídio.</p>
Decisão técnica	<p>USA: sempre que intoxicações por cardiotônicos, cloroquinas, antidepressivos tricíclicos e hipoglicemiantes orais. E em casos de insuficiência respiratória, inconscientes, coma, convulsões, agitação extrema ou muita dor.</p> <p>USB: Em todo caso, onde o recurso chegue mais rápido que a USA e em casos notoriamente sem gravidade.</p>
Orientações ao solicitante	<p>Repouso, em posição confortável, ou PLS (nos casos de inconsciência), solicite para afrouxar as vestes.</p> <p>Orientar para que não seja realizado nenhuma ingestão oral.</p> <p>Coleta de todas as embalagens.</p>
Acompanhamento da decisão técnica	<p>Solicitar confirmação se houve associação com trauma ou não.</p> <p>Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades</p>
Decisão gestora	<p>Busca do serviço mais adequado na grade de referência</p> <p>Comunicação ao serviço de destino</p>
Finalização	<p>Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura</p>

1.12. Animais peçonhentos:

(Síndrome da Picada por: Cobra, Aranha, Escorpião, etc.)

Na maioria das vezes a população não sabe identificar se o animal é venenoso ou não. Por isso o Médico Regulador deverá associar a epidemiologia + quadro clínico da vítima para identificar o animal peçonhento.

Abordagem	<p>Iniciar sempre a abordagem segundo o ABCDE (Conversa?, Respira?, Tem sangramento visível?)</p> <p>Idade da vítima (+ grave em crianças)</p> <p>Qual o agente agressor? (Cobra, aranha, escorpião,</p>
-----------	--

	<p>taturanas, etc...)</p> <p>Local da picada.</p> <p>Quanto tempo após acidente?</p> <p>Identificar os sinais e sintomas clássicos, como intensidade da dor, sangramentos no local da picada, edemas, hematomas, alterações neurológicas, alterações do quadro respiratório.</p> <p>Sinais de gravidade: Múltiplas picadas, Insuficiência Respiratória, Alterações Neurológicas (Aparência de Intoxicação Aguda por Bebida Alcoólica, chegando à coma), Sinais de Choque hemorrágico, Náuseas, Vômitos, Agitação, confusão, sonolência, coma,</p>
Decisão técnica	<p>USA: Toda vez que for evidenciado algum sinal de gravidade.</p> <p>USB: Nos demais casos</p>
Orientações ao solicitante	<p>Repouso absoluto em posição confortável, solicite para afrouxar as vestes.</p> <p>Orientar para que não seja realizado nenhuma ingestão oral (medicamentos, querosene, álcool etc.), não colocar nada no local da picada (pó de café, urina, etc.), não perfurar as proximidades da picada para tentar liberar o veneno, não fazer a sucção oral no local da picada, não fazer o garrote nos membros onde foi picado.</p>
Acompanhamento da decisão técnica	<p>Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais necessidades</p> <p>Orientar levar o agente agressor, caso possível.</p>
Decisão gestora	<p>Busca do serviço mais adequado na grade de referência, de preferência os Centros de Controle de Intoxicações.</p> <p>Comunicação ao serviço de destino</p>
Finalização	<p>Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura</p>

1.13. Regulação Em Saúde Mental

(Síndrome do “Doido”, “Louco”)

Abordagem	<p>A pessoa está ansiosa?</p> <p>A pessoa está agitada?</p> <p>A pessoa tem idéias delirantes ou incoerentes?</p> <p>A pessoa tem idéias suicidas?</p> <p>A pessoa apresenta agressividade?</p>
-----------	---

	Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos, desemprego e outros fatores de stress.
Decisão técnica	USB/ USA + Policiamento No Caso De Agressividade Com Risco De Vida.
Orientações ao solicitante	Pedir para o solicitante colocar o paciente em ambiente calmo. Não permitir que o paciente cometa auto agressão e para com os demais acompanhantes. Caso o paciente esteja hiperventilando, solicitar para que o mesmo respire dentro de um saco de papel. Não deixar o paciente só, até que chegue a equipe de socorro.
Acompanhamento da decisão técnica	Em caso de paciente violento, solicitar auxílio da polícia. Confirmar a ausência de utilização de substâncias tóxicas, drogas, etc. <i>Diante da pessoa perigosa, avaliar o grau de perigo:</i> Para ela mesma Para seus familiares e Para a equipe de atendimento
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica) Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

1.14. Tentativa De Suicídio:

Síndrome do ^Tentando se matar^

Abordagem	Verificar o mecanismo da tentativa de suicídio (Por arma de fogo, arma branca, pular de viaduto, etc) Existem riscos para terceiros ? O solicitante é parente ou conhecido do suicida? Colher maiores informações sobre a situação.
Decisão técnica	USA: Sempre USB: Para apoio se necessário

	Solicitar apoio da PM e Bombeiros.
Orientações ao solicitante	Pedir para o solicitante aguardar no local para passar informações caso haja alguma mudança na situação.
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

NORMAS GERAIS PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Sempre solicitar um acompanhante da família

Pesquisar antecedentes de tratamento

Avaliar suporte sócio-familiar

Lembrar diagnósticos diferenciais com:

Distúrbios metabólicos, Cardiopatias com baixo fluxo,

Distúrbios respiratórios, Encefalopatia hepática,

Intoxicação por drogas, Endocrinopatias, que podem mudar a conduta de USB para USA

1.15. Regulação Em Ginecologia E Obstetrícia

(Síndrome do “Parindo”)

TRABALHO DE PARTO:

Abordagem	Caso o parto não tenha ocorrido, deverá ser realizado os seguintes questionamentos:
-----------	---

	<p><u>Interrogatório:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade da paciente (os extremos de idade oferecem maior risco de complicações) • Paridade • DUM (gestações pré-termos oferecem maior risco ao Recém Nascido) • Fez pré-natal? (pacientes que fazem pré-natal diminuem os riscos de complicações obstétricas) • Antecedentes (HAS, Diabetes) <p>Dados complementares referentes à situação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor (início, intensidade, frequência - para prever a proximidade do período expulsivo, e descartar risco de ruptura uterina e deslocamento placentário). • Perda de Sangue - Intensidade (risco de choque hipovolêmico), com ou sem dor (placenta prévia) • Perda de líquido <ul style="list-style-type: none"> ▪ Claro: com ou sem grumos, prever prematuridade, ▪ Amarelado ou esverdeado: situação fetal, apresentação pélvica, ▪ Odor: maior risco de infecção, principalmente se com história de perda de líquido durante a gestação. • Outros sintomas associados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tonturas, Síncopes, Convulsões ▪ Dispnéia, Escotomas.
Decisão técnica	<p>Segundo critérios do Score de Malinas*</p> <p>Score <5: boa margem de tempo: Meios Próprios ou Ambulância de simples remoção Score entre 5 e 7: USB Score >7: USA</p> <p>SBV: Normalmente fica indicado na maioria das urgências obstétricas.</p> <p>Indicar USA nos seguintes casos: Risco de parto iminente TP prematuro avançado (possibilidade de haver necessidade de atendimento e procedimentos ao RN) Perdas sanguíneas acentuadas (necessidade de condutas médicas para evitar o choque)</p>

	<p>DHEG severa (risco de convulsões e eclampsia materna)</p> <p>Risco de ruptura uterina (choque hipovolêmico)</p> <p>DPP</p>
Orientações ao solicitante	<p><u>No parto domiciliar:</u></p> <p>Orientar a colocar a gestante em DLE, se possível em lugar limpo;</p> <p>Reservar cobertor limpo para aquecer o RN</p> <p>A gestante deverá ficar no leito e o RN amparado assim que desprender a cabeça.</p> <p>Imediatamente após o parto deverá ficar em um ângulo de 45 graus com a cabeça em nível inferior e de lado para evitar aspiração</p> <p>Evitar cortar o cordão ou desprender a placenta.</p>
Acompanhamento da decisão técnica	Depende da demanda do USB ou USA
Decisão gestora	<p>Busca do serviço mais adequado na grade de referência (Ginecologia e Obstetria e/ou UTI neonatal)</p> <p>Comunicação ao serviço de destino</p>
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Observação:

Estado de saúde de outros filhos (cardiopatas congênitas, óbitos perinatais, requerem maior cuidados em novas gestações).

Patologias pré-existentes (cardiopatas, diabetes, HAS, ...aumentam o risco do parto, cesárea com menos de 3 anos oferecem maior risco de ruptura uterina)

Patologias nesta gestação (DHEG, placenta prévia, rubéola, bolsa rota...)

Evolução da gestação anterior (fórceps ou cesáreas anteriores diminuem a possibilidade de risco ao RN)

*Score de Malinas

Cotação	0	1	2	Total
Paridade	1	3	3 e +	
Duração do TP	<3h	3 a 5h	>6h	
Duração das contrações	<1min	1 min	>1 min	
Intervalo entre as contrações	> 5 min	3 a 5 min	< 3min	
Perda de líquidos	Não	Recente	>1h	

Obs. Atenção: com um mesmo score as multíparas parem mais rapidamente, levar em conta o prazo de chegada até a maternidade.

Se um toque vaginal é realizado no local, esta tabela permite avaliar o tempo para parto com mais confiança:

Dilatação	1 parto	2 partos	multípara
5 cm	4h	3h	1h 30 min
7 cm	2h	1h	30 min
9 cm	1h	30 min	A qualquer minuto
completa	Parto	Parto	parto

Tempo < 1 hora: parto no local

Tempo > 1 hora: transporte em decúbito lateral esquerdo, O2, SG 10%.

Conduta:

USB: Normalmente fica indicado na maioria das urgências obstétricas.

Indicar USA nos seguintes casos:

Risco de parto iminente

TP prematuro avançado (possibilidade de haver necessidade de atendimento e procedimentos ao RN)

Perdas sanguíneas acentuadas (necessidade de condutas médicas para evitar o choque)

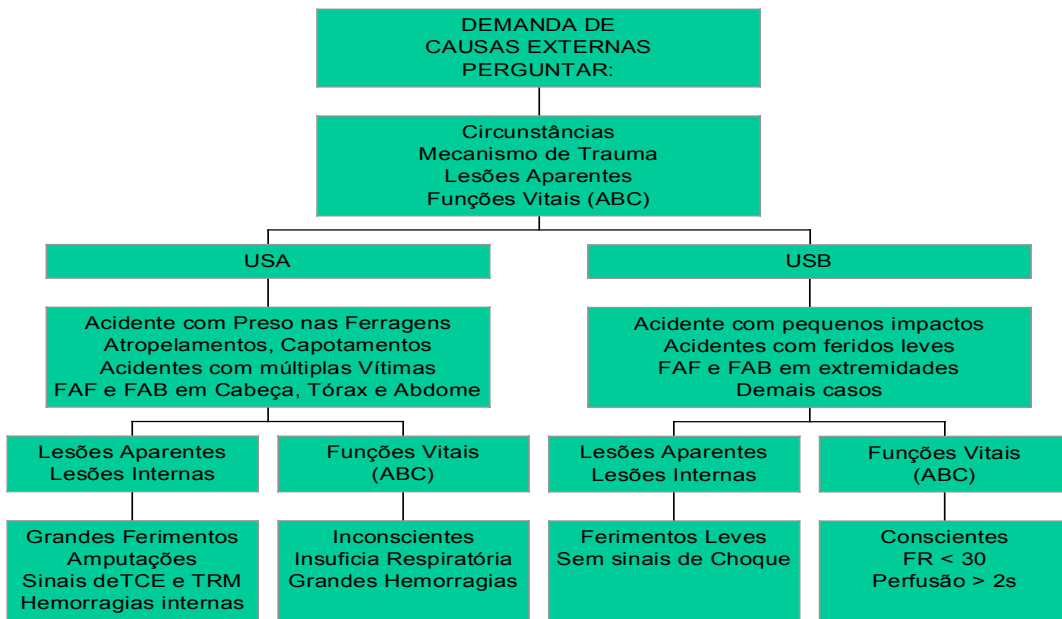
DEHG severa (risco de convulsões e eclampsia materna)

Risco de ruptura uterina (choque hipovolêmico)

DPP (às vezes se faz necessário romper bolsa, pois o hemo hidrânio aumenta a pressão intra-uterina, aumentando o descolamento, favorecendo o óbito fetal)

1.16.Regulação De Traumas/ Causas Externas

Fluxograma : “Causas Externas”



ACIDENTES DE TRÂNSITO

Abordagem	Circunstâncias do acidente (o que aconteceu?) Mecanismo do acidente (colisão, capotamento, atropelamento) A situação oferece riscos mecânicos, químicos, incêndios, etc? Existem vítimas presas em ferragens (encarceradas)? Número de vítimas Existem vítimas mortas? Existem vítimas lançadas para fora do veículo? Vítimas conscientes e inconscientes Vítimas respirando? Vítima com sangramento? Se alguma vítima está andando (quantificar se possível) ou deitada?
-----------	---

Decisão técnica	USB – Sempre USA – Quando houver sinais de gravidade (Atropelamentos, Preso em ferragens, vítimas inconscientes, dentre outras)
Orientações ao solicitante	Orientar sempre a não mexer nas vítimas, sinalizar o local e aguardar a chegada do socorro 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, DERSA, EMDEC) Perguntar se Já tem algum policiamento no local?
Acompanhamento da decisão técnica	Se USA: Orientações demandadas pela equipe. Se USB: ABC
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

QUEDAS

Abordagem	Queda da própria altura? Queda de que altura? Superfície a qual caiu Vítima consciente? Vítima respirando? Lesões aparentes? Em que regiões? Vítima esta movendo espontaneamente os membros? Localização das hemorragias aparentes
Decisão técnica	USA: Quando identificado que há risco iminente de vida, associado ou não à quadro com indicativos de TRM, Quedas acima de 3 metros USB: Demais situações
Orientações ao solicitante	Não mexer na vítima antes da chegada do socorro.
Acompanhamento da decisão técnica	USB –Reforçar imobilização adequada de coluna. Orientação ao motorista da Viatura quanto à aceleração e desaceleração.
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Ferimentos Armas de Fogo /F A Branca E DEMAIS AGRESSÕES INTERPESSOAIS

Abordagem	<u>Interrogatório:</u> Região do tiro ou facada Motivo aparente da lesão - tipo de arma Número de vítimas agredidas Agressor no local da ocorrência? Orifício de entrada e saída Vítima consciente, falando? Presença de mais de um ferimento?
Decisão técnica	Conduta: USA <i>a priori</i> , podendo ser considerada USB ocasionalmente em função do grau de urgência e demais fatores.
Orientações ao solicitante	Não mexer na vítima antes da chegada do socorro.
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recurso Humanos e Materiais)
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

QUEIMADURAS

Abordagem	Tipo de agente causador (Incêndios, líquidos ferventes, substâncias químicas, explosões, eletrocussões...) Localização e aspecto da queimadura A vítima está falando? Respirando? Houve queimadura no nariz e boca? Sinais de Gravidade Imediata: Distúrbios de consciência Dificuldade respiratória Voz rouca Acima de 15%, em adultos e idosos Acima de 5 % em crianças Localização: Face, pescoço, orifícios naturais.
Decisão técnica	USA, quando houver pelo menos 1 dos sinais de gravidade Avaliar possibilidade de USB nos demais casos. Avaliar necessidade de analgesia. Acionamento de bombeiros nos casos de incêndio, explosões, produtos perigosos, riscos físicos, etc...
Orientações ao solicitante	Retirar vítima da área de risco Resfriar a parte queimada o mais cedo possível com água fria durante 15 minutos, sem pressão, sem retirar vestimentas aderidos Quando por substâncias químicas, retirar mecanicamente antes de lavar Não passar nas queimaduras: pasta de dente e outros produtos.

Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recurso Humanos e Materiais)
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

DESABAMENTOS E SOTERRAMENTOS

Abordagem	Motivo do desabamento Tipo de material precipitado sobre a vítima Vítima total ou parcialmente encoberta Número de vítimas Nível de consciência, respiração Lesões aparentes? Em que regiões do corpo? Hemorragias aparentes?
Decisão técnica	USA <i>a priori</i> com acionamento de resgate
Orientações ao solicitante	Não mexer na vítima antes da chegada do socorro.
Acompanhamento da decisão técnica	Em local de risco aguardar a chegada da equipe de resgate. Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recurso Humanos e Materiais)
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

ELÉTROCUSSÃO

Abordagem	Eventual risco persistente local Levantar Sinais de gravidade imediata Localização de pontos de entrada e saída Há trauma associado (queda, ejetado?) Questionar choque por alta ou baixa tensão Extensão das queimaduras Sinais de Gravidade Imediata: Problemas neurológicos (alterações de consciência, perda de consciência breve ou estado de morte aparente) Dificuldade respiratória (tetanização dos músculos respiratórios) Queimaduras de grandes extensões Evento associado com trauma (queda, ejeção etc) Choque elétrico de alta tensão. PCR
Decisão técnica	USA, quando houver pelo menos 1 dos sinais de gravidade

	<p>Avaliar possibilidade de USB nos demais casos. Avaliar necessidade de analgesia. Acionar Corpo de Bombeiros e Companhia Elétrica em caso de risco persistente local.</p>
Orientações ao solicitante	<p>Retirar vítima da área de risco, TOMANDO CUIDADO COM A PROTEÇÃO PESSOAL, para não se tornar uma outra vítima Desligar chave sistema de energia</p>
Acompanhamento da decisão técnica	<p>Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recurso Humanos e Materiais)</p>
Decisão gestora	<p>Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino</p>
Finalização	<p>Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura</p>

QUASE AFOGAMENTO

(Síndromes “Afogado”)

Abordagem	<p>Tempo de imersão Idade Antecedente de trauma Dispneia Alterações neurológicas</p> <p>Sinais de Gravidade Imediata: Seqüência de avaliação da vítima:</p> <p><i>Aquastress</i> - paciente respirando às vezes, discretamente hipotérmico, com arrepios. <i>Pequena Hipóxia</i> - pequena inalação, sintomas de tosse. <i>Grande hipóxia</i> - Insuficiência respiratória severa. PCR</p>
Decisão técnica	<p>USB – Nos casos de aquastress UAV – Nos demais casos</p>
Orientações ao solicitante	<p>Retirar vítima da área de risco, TOMANDO CUIDADO COM A PROTEÇÃO PESSOAL, para não se tornar uma outra vítima</p>
Acompanhamento da decisão técnica	<p>Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recurso Humanos e Materiais)</p>
Decisão gestora	<p>Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino</p>

Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura
-------------	---

2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES

2.1. Emergências Respiratórias

ASMA/ DPOC	
Abordagem	<p>QP: Dispneia e chiado no peito</p> <p>Sinais e Sintomas Associados: Sudorese, Náuseas e Vômitos, tosse, opressão torácica</p> <p>Sinais de Gravidade: Cianose, fala entrecortada, taquicardia, taquipneia, tiragem, musculatura acessória</p> <p>Antecedentes, fatores de risco e fatores desencadeantes: sensibilização precoce, atopia IgE, fumo, pequeno diâmetro brônquico, infecções virais, emocional, ar frio/seco, exercícios, convivência com alérgenos</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR estarão elevados, sibilos</p> <p>No estado de Mal Asmático:</p> <p>-Fadiga, sudorese, alteração de consciência, músculos acessórios, FR > 30 FC > 120, pulso paradoxal, PEAK FLOW < 120 L/min</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: PFE – Pico de fluxo expiratório (PEAK FLOW)</p> <p>Evolução: quais melhoras obteve com as condutas iniciais</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	Oxigênio

	<p>B agonistas inalatórios</p> <p>Ipratrópio/ Teofilina</p> <p>Magnésio EV</p> <p>Corticosteróides (Metilprednisolona 1-2mg /kg EV)</p> <p>Antibióticos</p> <p>Entubação + Ventilação Mecânica</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Hospital de Destino e Comunicação ao mesmo
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

CORPO ESTRANHO	
Abordagem	<p>QP: Dispnéia, disfagia, odinofagia</p> <p>Sintomas Associados: Pesquisar inicialmente a localização do corpo estranho e estes sinais estarão relacionados a localização como dispnéia, odinofagia, disfagia, sangramento</p> <p>Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, Cianose, rouquidão se corpo estranho em vias aéreas</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: Rx, endoscopia</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado: normalmente endoscopia ou broncoscopia e avaliação da cirurgia</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>

Orientação técnica	Se localização em vias aéreas e paciente está em Insuficiência Respiratória com sinais de gravidade, orientar quanto a estabelecer via aérea definitiva: Crico ou Traqueostomia
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI , Hospital Secundário ou Terciário que tenha endoscopia
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Hospital de Destino e Comunicação ao serviço. Se não tem sinais de gravidade e o caso fica pendente é importante que a Central sempre atualize os dados do paciente para acompanhar a evolução
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se tiver sinais de gravidade, caso contrário apenas remoção simples com acompanhamento de profissional de enfermagem
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.2.Patologias Cardiovasculares

ANGINA/INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
Abordagem	<p>QP: DOR Tipo opressiva em tórax, intensa. Dor epigátrica</p> <p>Sinais e Sintomas Associados: Sudorese, Dispneia, Náuseas e Vômitos, Palpitações, Tonturas, irradiação da dor para mandíbula ou membros superiores ou dorso.</p> <p>SINAIS: Torpor, Coma, Edemas, Palidez, Cianose, Arritmias, déficit motor,</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: HAS, diabetes, obesidade, fumo,</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR</p>

	<p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: Descrição E.C.G., Enzimas (CKMB), <u>Classificação clínica</u> – Killip Kimball</p> <p>Evolução: Principalmente quanto a presença de arritmias</p> <p>Recurso Solicitado: normalmente UTI e Cardiologia</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>A.A.S.</p> <p>Meperidina</p> <p>Oxigênio</p> <p>Nitrato</p> <p>Não fazer uso de medicação intramuscular</p> <p>Uso de Trombolítico: Ideal até 3 horas; porém não se descarta usar até 12 horas do início da dor.</p> <p>Verificar contra indicação para o trombolítico</p> <p>- H.D.A., Cirurgia recente,- Coagulopatia</p> <p>SK (estreptoquinase) 1,5 milhões + S.F. 100 ml em 1 hora.</p> <p>TPA (ativador tecidual plasminogenio) 30mg em 1 hora (incluindo bolos de 10mg) depois 20 mg/hora por 2 horas (total de 100 mg).</p> <p>Heparina após TPA é obrigatório.</p> <p>Heparina após SK não é obrigatório.</p> <p>Se não houver trombolítico – heparinizar.</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI e/ou trombólise, acompanhamento cardiológico
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao

	que foi passado
--	-----------------

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA/EDEMA AGUDO DE PULMÃO	
Abordagem	<p>QP: Dispnéia</p> <p>Sinais e Sintomas Associados: Sudorese, Dispnéia, Náuseas e Vômitos, Palpitações, Tonturas, Cefaléia, edema de membros inf., estase jugular, tosse com expectoração rósea</p> <p>Sinais de gravidade: Torpor, Coma,, Palidez, Cianose.</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: HAS, diabetes, obesidade, fumo, Coronariopatia</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR aumentados, estertores crepitantes</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: Descrição E.C.G., Enzimas (CKMB), <u>Classificação clínica</u> – Killip Kimball</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Furosemide – 20 a 60 mg</p> <p>Morfina – 02 a 05 mg durante 3 a 5 minutos</p> <p>Dobutamina se necessário (normalmente em pacientes com disfunção ventricular severa)</p> <p>Digitálico</p> <p>Aminofilina – 240mg a 480mg em solução glicosada 100ml</p> <p>Nitroglicerina</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI se não conseguido compensar no município de origem

Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Comunicação ao serviço de destino
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

Killip – Kimball

- K₁ – ausculta cardíaca e pulmonar normais
K₂ – estertores crepitantes bases pulmonares (congestão pulmonar)
K₃ – B₃ (terceira bulha) aumento estertores crepitantes (edema agudo pulmão)
K₄ – choque cardiogênico

CRISE HIPERTENSIVA	
Abordagem	<p>QP: Cefaléia, tontura, mal estar</p> <p>Sinais e Sintomas Associados: Náuseas , Vômitos, tontura, cefaléia , Palpitações, epistaxe, déficit neurológico</p> <p>Sinais de gravidade: Dor precordial, dispnéia, déficit neurológico, Torpor, Coma, Arritmias,</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: HAS, diabetes, obesidade, fumo,</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA extremamente elevada, Pulso, FR aumentados. E outros dependendo da causa</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p>

	<p>Exames: Descrição E.C.G., Enzimas (CKMB) e outros dependendo da causa</p> <p>Evolução: normalmente boa evolução. A transferência será pertinente se hipertensão maligna que não cede à medicação e tem sinais de gravidade associados</p> <p>Recurso Solicitado: normalmente UTI</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Opções de drogas:</p> <p>Nitruprussiato de sódio - EV</p> <p>Nitroglicerina – EV</p> <p>Diuréticos - EV</p> <p>Hidralazina – EV (eclampsia)</p> <p>Labetalol – EV(crises adrenérgicas)</p> <p>Fentolamina – EV (crises adrenérgicas)</p> <p>Captopril - VO</p> <p>Nifedipina - SL</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI se hipertensão maligna ou com melhor monitorização do paciente se não tiver indicação de UTI
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.3. Emergências Vasculares Periféricas

EMERGÊNCIAS VASCULARES PERIFÉRICAS	
Abordagem	<p>QP: DOR</p> <p>Sinais e Sintomas Associados: palidez, diminuição de temperatura, pulso fraco ou inexistente, parestesia e parestesia. Ver Duração, Localização.</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: Diabetes, Insuficiência Renal, Cardiopatia, Patologia respiratória</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR O exame físico consiste em definir melhor o grau de obstrução através da observação; sensibilidade, presença de pulso, aspecto. Vão caracterizar a emergência os casos agudos, principalmente de obstrução arterial.</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames:</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado: Cirurgião Vascular</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	Depende do tipo obstrução
Decisão técnica	Recurso Hospitalar que tenha avaliação de cirurgia Vascular
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se sinais de gravidade, mas na maioria dos casos exige apenas acompanhamento de profissional

	de enfermagem
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.4. Doenças Neurológicas

AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL)	
Abordagem	<p>QP: Déficit Neurológico</p> <p>Sintomas Associados: Sudorese, Dispnéia, Náuseas e Vômitos, Palpitações, Tonturas, Cefaléia</p> <p>Sinais de gravidade: Torpor, Coma, (glasgow < 8), Insuf. Respiratória</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: HAS, diabetes, obesidade, fumo,</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR, Déficit neurológico</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Oxigênio</p> <p>Entubação se glasgow <8</p> <p>Acesso venoso</p> <p>Anti-hipertensivo se PA elevada</p> <p>Hiperventilação</p> <p>Manitol se edema cerebral (isquêmico)</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI , Tomografia e acompanhamento de Neurocirurgia
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI

	móvel se sinais de gravidade
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

ESTADO DE MAL CONVULSIVO	
Abordagem	<p>QP: Crises convulsivas repetidas</p> <p>Sinais de gravidade: Torpor, Coma. Insuf. Respiratória.</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: alcoolismo. epilepsia</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR ,</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames:</p> <p><u>Classificação clínica</u> – Glasgow</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Benzodiazepínicos ev</p> <p>Oxigênio</p> <p>Hidantal</p> <p>Entubação se necessário (Glasgow < 8, Insuf. Respiratória)</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de acompanhamento de Neurocirurgia e Tomografia
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.5. Doenças Infecto- Contagiosas

MENINGITES	
Abordagem	<p>QP: Febre, cefaléia, rigidez de nuca</p> <p>Sinais e Sintomas Associados: Dispnéia, Náuseas e Vômitos,</p> <p>Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, petéquias,</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR, temperatura elevada, rigidez de nuca</p> <p>Em crianças menores de 1ano não há rigidez de nuca ,terá fontanela abaulada.</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: Líquor,</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Colher o Líquor</p> <p>Acesso venosos</p> <p>Baixar temperatura</p> <p>Não usar drogas que baixem o nível de consciência</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI se sinais de gravidade e isolamento.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se sinais de gravidade
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.6. Emergências Por Causas Externas

2.6.1. Traumas

POLITRAUMATIZADO	
Abordagem	QP: Causa do Trauma (queda de altura, acidente automobilístico ou outros) Pesquisar o mecanismo de trauma Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR, glasgow, trauma score, pupilas, expansibilidade torácica, exame físico completo, sinais de choque hipovolêmico Conduta inicial: (o que já foi realizado) Exames: Rx <u>Classificação clínica</u> : Glasgow, Trauma score Evolução: Recurso Solicitado: normalmente equipe multidisciplinar Justificativa: Pertinência:
Orientação técnica	Oxigênio Dois acessos venosos periféricos ou flebotomia Drenagem torácica se presença de pneumotórax ou hemotórax hipertensivo Entubação se glasgow<8 ou Insuf. Respiratória Crico se trauma facial Analgesia e sedação se necessário para melhor ventilação
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI e possibilidade de avaliação multidisciplinar: Cirurgia Geral, Neurocirurgia, ortopedia
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Comunicação ao serviço de destino

Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

TRAUMA SCORE

A	Frequência Respiratória	10 a 29	4
		> ou = 30	3
		6 – 9	2
		1 – 5	1
		0	0

B	Frequência cardíaca	> ou = 90	4
		76 a 89	3
		50 a 75	2
		< 50	1
	Sem pulso carotídeo	0	0

C	Escala de Glasgow	3 – 15	4
		9 – 12	3
		6 – 8	2
		4 – 5	1
		0 – 3	0

Escala de Coma de Glasgow (GCS)

A. Abertura Ocular	B. Melhor Resposta Verbal	C. Melhor Resposta Motora
Não abre 1	Ausente 1	Não reage 1
Estímulos dolorosos 2	Sons e gemidos 2	Extensão anormal 2
Estímulos auditivos 3	Palavras desconexas 3	Flexão anormal 3
Espontaneamente 4	Confuso 4	Retira aos estímulos 4
	Orientado 5	Localiza e retira 5
		Atende a solicitações 6
TOTAL	A+B+C=	

2.6.2. Queimaduras

Abordagem	<p>QP: DOR, lesão.</p> <p>Sinais e Sintomas Associados: dor, Sudorese, sinais de choque.</p> <p>Sinais de Gravidade: Depende da extensão e grau, especial atenção aos casos de queimaduras de III grau, mãos, face, pescoço, tórax e períneo.</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: Definir agente causal, PA, Pulso, FR, Grau e extensão da queimadura (grau I, II ou III e regra dos 9 para extensão),</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames:</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Resfriar local</p> <p>Reposição volêmica</p> <p>Analgesia</p>

	Proteção da área queimada
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI ou Unidade de queimados dependendo da extensão e grau.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se sinais de gravidade
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.6.3. Intoxicações

Abordagem	<p>QP: ingestão ou contato com produtos</p> <p>Sintomas Associados: Vão depender do tipo de intoxicação (ingestão, contato, aspiração) Sudorese, Dispneia, Náuseas e Vômitos, Palpitações, Tonturas, Cefaléia. Definir o tipo, quantidade do produto, tempo de ingestão ou contato</p> <p>Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, Glasgow <8</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Sempre consultar um Ceatox para condutas específicas</p> <p>Cuidados Gerais com vias aéreas</p> <p>Entubação se glasgow <8</p> <p>Acesso Venoso</p>

Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI se sinais de gravidade.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se sinais de gravidade.
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.6.4. Acidentes Com Animais Peçonhentos

Abordagem	<p>QP: Dor</p> <p>Sintomas Associados:</p> <p>Sinais de gravidade:</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames:</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	Depende do tipo de animal Também pode ser consulto o Ceatox
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI se Sinais de gravidade e avaliação cirúrgica se lesão extensa
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha e Comunicação ao serviço de destino
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se sinais de gravidade
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao

	que foi passado
--	-----------------

2.6.5. Afogamento

Abordagem	<p>QP: afogamento]</p> <p>Definir se é água doce ou salgada, tempo dentro de água,</p> <p>doenças associadas</p> <p>Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, insuf. respiratória</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames:</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Cuidados com vias aéreas: entubação e ventilação adequada</p> <p>Acesso venoso</p> <p>Monitorização</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Comunicação ao serviço de destino
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.7. Emergências Em Neonatologia

EMERGÊNCIA EM SALA DE PARTO	
Abordagem	<p>QP: Insuf. respiratória</p> <p>Sinais e Sintomas Associado/Sinais de Gravidade: cianose, hipotonia, ausência de choro, presença de mecônio em cavidade oral</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: Doença hipertensiva específica da gravidez, bolsa rota há mais de 24 hs, prematuridade, e outras doenças diagnosticadas no pré-natal, diabetes.</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA, FC abaixo de 60, FR diminuída ou ausente, cianose, apgar: 1º minuto <5</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Oxigênio sob máscara</p> <p>Estimulação tátil</p> <p>Aspiração de cavidade oral e nasal</p> <p>Ambu se necessário</p> <p>Entubação se necessário</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI neonatal
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Comunicação ao serviço de destino
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel

Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado
-------------	--

Boletim de Apgar

	0	1	2
Frequência Cardíaca	Ausente	Menor 100	Maior 100
Esforço Respiratório.	Ausente	Choro fraco Resp. irregular	Resp. Regular
Tono muscular	Flácido	Discreta flexão de extremidade	Semiflexão completa
Irritabilidade reflexa	Ausente	Resposta com careta	Tosse ou Espirro
Coloração da pele	Cianose generalizada ou palidez	Corpo róseo, extremidades cianóticas	Completament e Róseo

2.8. Emergências Em Gineco-Obstetrícia

ECLÂMPSIA	
Abordagem	<p>QP: cefaléia, hipertensão</p> <p>Sintomas Associados: alterações visuais, agitação psicomotora, hiper-reflexia, Náuseas e Vômitos.</p> <p>Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, Cianose, convulsão</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: HAS prévia, obesidade, fumo.</p> <p>Exame físico e Sinais Vitais: PA diastólica > 110, edema de membros inf., convulsão</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames: ácido úrico, proteínas, coagulograma, hemograma, bioquímica, bilirrubinas, LDH</p> <p>Evolução:</p>

	<p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Ambiente tranquilo, o mais silencioso possível</p> <p>Manter vias aéreas livres para reduzir risco de aspiração</p> <p>Manter decúbito elevado em torno de 30° com a cabeça lateralizada, para facilitar a remoção de secreções nasofaríngeas</p> <p>Oxigênio sob máscara ou cateter (5l/min)</p> <p>Sondagem vesical</p> <p>Acesso venoso</p> <p><u>Terapia anti-hipoertensiva:</u></p> <p>-Hidralazina 5mg EV (repetir 5 a 10 mg cada 20 min.até 40 mg</p> <p>-se não melhora: Nifedipina 5 a 10 mg vo(repetir 10 mg cada 30 min até 30 mg.)</p> <p>-se não melhora: Nitroprussiato de sódio 0,25 mg/kg/min.Cuidados especiais.</p> <p><u>Terapia anti-convulsivante:</u></p> <p>Sulfato de magnésio: 4g ev em 20 min.(dose de ataque)</p> <p>Dose de manutenção: 2 a 3 g/min.ev ou IM profundo.</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI para mãe e UTI neonatal.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

2.9. Emergências Em Psiquiatria

QUADROS ACOMPANHADOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA E AGRESSIVIDADE	
Abordagem	<p>QP: idem título</p> <p>Sintomas Associados: confusão mental, delírio, alucinações , distúrbio de comportamento</p> <p>Antecedentes e fatores de risco: álcool, toxicomania, hiperatividade, distúrbios metabólicos , idéia de suicídio.</p> <p>Conduta inicial: (o que já foi realizado)</p> <p>Exames:</p> <p>Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Avaliar riscos no local para paciente, familiares e equipe de atendimento</p> <p>Contenção</p> <p>Sedação</p> <p>Avaliar possibilidade de alterações metabólicas e corrigir</p> <p>Acomanhamento familiar na transferência</p>
Decisão técnica	Hospital Psiquiátrico se indicação de internação
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

VIII - NOÇÕES DE REGULAÇÃO MÉDICA DA ATENÇÃO À MÚLTIPLAS VÍTIMAS

Conceitos:

DESASTRE OU CATÁSTROFE - Situação na qual os meios de socorro disponíveis não são suficientes para fazer frente à situação de emergência, havendo necessidade de ajuda externa.

ACIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS - São aquelas situações em que há desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades, porém com os recursos locais consegue-se manter um padrão mínimo de atendimento adequado.

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

Principais Causas de Acidentes de Massa

ACIDENTES NATURAIS - enchentes, terremotos, vulcões, furacões, incêndios, etc...

MODERNOS MEIOS DE TRANSPORTE - acidentes rodoviários, ferroviários, aeronáuticos, etc...

AGRESSIVIDADE E AGLOMERAÇÕES - shows, estádios, passeatas, etc...

CIRCULAÇÃO E ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS TÓXICOS

GUERRAS E ATENTADOS TERRORISTAS

ACIDENTES TECNOLÓGICOS - fábricas, indústrias, reatores nucleares, etc...

“CONHECER, PREVER, AGIR” (Henri Mondor)

A ocorrência de uma catástrofe, ou de um acidente coletivo importante, exige uma resposta mais ou menos precoce, mais ou menos rápida.

Esta resposta será variável, conforme a natureza e a intensidade da ocorrência, e da importância das conseqüências deste sinistro. Mas será sempre médica quando, acima dos danos materiais, houver a presença de vítimas.

Em situação de catástrofe, a organização dos socorros médicos deverá integrar-se aos dispositivos da vasta organização geral dos socorros, onde diferentes equipes de profissionais buscarão, em conjunto, o resultado mais favorável. Para que isso ocorra é necessário que cada profissional conheça bem o seu papel, sua área de atuação e seus limites. Isto só será possível com a existência de planos de atendimento previamente elaborados e do conhecimento de todos. Esses planos serão baseados nos mapeamentos de riscos de cada região (inundações freqüentes, presença de auto-estradas, fábricas, etc...). Os problemas mais comuns nos atendimentos aos desastres de massa são: a insuficiência de pessoal e material, as condições ambientais, as interferências externas, as características relacionadas aos mecanismos do trauma e as dificuldades com as pessoas traumatizadas psicologicamente.

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

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

Químicos - contato com substâncias tóxicas, combustíveis, etc...

Biológicos - contaminação por doenças

Ergonômicos - materiais inadequados para o atendimento

Psicossociais - contato com as vítimas e as pessoas envolvidas no atendimento.

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

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

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

CUIDADO MÉDICO OU SOCORRO MÉDICO - compreende as técnicas realizadas por médicos, ou profissionais por eles designados, para assegurar o tratamento de uma vítima.

Princípios Gerais do Plano de Atendimento de Emergências

Para alcançar uma eficiência satisfatória no atendimento das vítimas, torna-se necessária a obediência a princípios gerais de ação no acidente de massa (PLANO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIAS).

Planejamento

Comando e comunicação

Segurança

Triagem e estabilização das vítimas

Pessoal treinado e equipamento de socorro adequado

Transporte e evacuação

A) PLANEJAMENTO

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

B) COMANDO

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

C) COMUNICAÇÃO

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

D) SEGURANÇA

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

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

A ZONA VERMELHA (OU QUENTE) compreende a área do sinistro propriamente dito, onde está contido a totalidade dos destroços. Deve ter um controle rigoroso e seu acesso é limitado apenas às equipes de resgate e socorro. O Posto Médico Avançado será instalado dentro desta zona, em local que não ofereça risco.

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

A ZONA VERDE (OU FRIA) compreende a área de livre circulação, mas com cuidado especial para que o trânsito pelas ruas e estradas de acesso estejam liberadas, garantindo a chegada até os hospitais e outros serviços médicos.

E) TRIAGEM

A triagem e estabilização das vítimas no local do acidente tem se mostrado muito mais eficiente do que “pôr na maca e correr”. A triagem aumenta a percentagem de sobreviventes e evita o desperdício de transporte e hospitalização

desnecessária, permitindo uma racionalização dos meios e distribuindo adequadamente os feridos para os hospitais certos.

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

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

VERMELHO - 1ª- prioridade ou prioridade absoluta

Compreende os pacientes críticos, com risco de vida iminente, que necessitam de cuidados imediatos para sua estabilização e posterior transporte. Tem prioridade no transporte, o qual deve ser efetuado em UTIs móveis.

AMARELO - 2ª prioridade ou prioridade relativa

Compreende os pacientes graves, também com risco de vida, mas que dispõem de algumas horas para receber atendimento . Devem ser transportadas após as vermelhas.

VERDE - 3ª prioridade ou prioridade baixa

Compreende os pacientes ileso, os pacientes com traumas simples, sem risco de vida ou de função de membros, que podem aguardar várias horas para serem atendidos. Serão transportadas depois das amarelas.

NEGRO - 4ª prioridade ou prioridade nula

Compreende os pacientes em morte clínica ou evidente e os extremamente graves, com probabilidade mínima de sobrevivência.

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

F) ESTABILIZAÇÃO

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

As vítimas triadas deverão ser agrupadas no Posto Médico Avançado conforme a gravidade: vermelho, amarelo, verde. Lonas coloridas poderão ser estendidas no chão, designando cada setor onde as vítimas serão colocadas. As de risco vermelho receberão prioridade no atendimento, seguidas das amarelas e das verdes. Todos os materiais e equipamentos médicos deverão ser agrupados próximo às bases vermelha e amarela, a fim de agilizar o atendimento e evitar serem transportadas de um lado para o outro, o que sobrecarregará ainda mais as equipes e provocará a dispersão dos equipamentos.

G) TRANSPORTE E EVACUAÇÃO

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

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

H) RECEPÇÃO HOSPITALAR

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

I) FINALIZAÇÃO

Uma última equipe, após o transporte de todas as vítimas, fará um rastreamento no local da ocorrência, recolhendo materiais, lixos, etc... e certificando-se de que realmente todas as vítimas tenham sido atendidas e encaminhadas, e que os óbitos tenham sido retirados pelas autoridades competentes (Polícia Civil, IML). As viaturas, então, retornarão à base para limpeza terminal, reposição dos materiais e equipamentos e balanço da ocorrência.

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

Considerações Gerais

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

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

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

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

Etapas do Atendimento

Fase 1: Acionamento e Alerta

Através do apelo direto da polícia, dos bombeiros ou de populares, o plano é ativado após verificação da natureza do chamado.

Desde que o alerta é confirmado, algumas ações são simultaneamente firmadas:

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

Fase 2: Recepção Dos Informes Do Local

- A primeira equipe que chega ao local repassa imediatamente à Central de Regulação, via rádio, a situação: tipo de acidente, nº estimado de vítimas, vítimas encarceradas, risco de incêndio, explosão, quedas, etc... e dá início à triagem das vítimas, caracterizando-as em diferentes níveis de urgências.
- Com esses primeiros dados obtidos a Central de Regulação envia outras equipes de viaturas básicas para o local, bem como o apoio de bombeiros, guinchos, etc... , conforme a necessidade.
- O Médico (a) Coordenador (a) e o (a) Enfermeiro (a) supervisor (a) do SAMU é acionado para comparecerem à Central de Regulação Médica e assumem o comando a nível central.
- A Central de Regulação Médica prepara uma viatura para o transporte de equipamentos e medicamentos reservas, os quais já estão previamente prontos para situações de catástrofes.
- O alarme é repassado para todos os hospitais e serviços de saúde da região, e ambulâncias desses serviços são requisitadas para apoio.

Fase 3: Organização No Local Do Acidente

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

- A triagem das vítimas é prontamente iniciada e estas são encaminhadas para um Posto Médico Avançado (P.M.A), onde receberão atendimento médico e serão estabilizadas .
- O P.M.A. deve ser instalado próximo da ocorrência, em local que não ofereça riscos, evitando que a equipe médica corra de um lado para outro para prestar o atendimento. Além disso, facilita a montagem de equipamentos e a utilização dos materiais e medicamentos, os quais estarão centralizados nesse local e não espalhados pela área do sinistro. Ele pode ser improvisado colocando-se lonas coloridas (vermelha, amarela, verde, preta) no chão, separadas umas das outras, mantendo a seguinte disposição:

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

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

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

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

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

Se o número de médicos for insuficiente, ele deverá permanecer com os pacientes classificados como vermelhos e amarelos, dividindo estas tarefas com o(s) enfermeiro(s) e orientando os outros profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem, socorristas, etc...).

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

Fase 4: Transporte e Evacuação

- O médico coordenador do PMA organiza o transporte das vítimas mais graves e começa o envio desses pacientes para os hospitais, de acordo com a orientação da Central de Regulação.
- Se houver várias vítimas graves o médico parte em comboio com outras viaturas e vai dando orientações pelo rádio. Se houver alguma intercorrência no transporte o comboio pára e o médico pode prestar o atendimento.
- O 2º médico permanece no PMA e continua o atendimento até que todas as vítimas tenham sido examinadas e liberadas, quer seja para algum serviço médico, quer seja para seguir viagem.
- O médico regulador acompanhará via rádio todo o transporte e a confirmação da chegada de todos os pacientes aos hospitais. Todos os hospitais já deverão estar cientes do estado de cada vítima.

Fase 5: Balanço Da Ocorrência

- Após deixarem as vítimas nos hospitais as equipes devem realizar a limpeza das viaturas, reposição dos materiais e recomposição das equipes, a fim de retornarem a seus postos.
- A Central de Regulação deve fazer um balanço da ocorrência, emitindo um relatório geral constando o tipo de ocorrência, dados das vítimas, destino as mesmas, equipes que as transportou e para qual serviço, etc... e enviar uma cópia para as autoridades competentes (Secretarias de Saúde, Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Diretoria de Hospitais, etc...).
- Deve ser feito um levantamento global dos materiais e equipamentos utilizados, além de uma discussão sobre os problemas enfrentados, a fim de aprimorar cada vez mais o serviço.

Regulação Das Transferências Simultâneas De Múltiplas Vítimas

A Central de Regulação Médica pode deparar-se com situações em que a demanda por leitos hospitalares seja de magnitude tal que, esgotados os recursos de sua região de abrangência, necessite extrapolar esse terreno e solicitar ajuda a outras Centrais, muitas vezes até a outros Estados. Trata-se das situações onde ocorre o afluxo maciço de vítimas a determinado hospital, seja por acidentes com múltiplas vítimas, o que tem sido bastante comum, principalmente com o aumento do número de veículos de transporte tipo "Van", seja por ocorrências clínicas como intoxicações alimentares (maionese estragada em festa de casamento, p.ex.), acidentes com explosivos, etc..

Após o primeiro atendimento no hospital onde chegou por conta própria ou foi levado, é necessário estar transferindo essas pessoas para outros serviços. A Central de Regulação será a encarregada de estar buscando esses novos serviços. Se a demanda for muito grande, interferindo na rotina da Central, é importante que mais médicos reguladores e auxiliares de regulação médica sejam acionados para ajudar nessa fase.

O médico regulador irá expor ao colega do serviço onde pleiteará uma vaga a situação de excessão em que se encontra, procurando a cooperação de todos. É importante que todos estejam conscientes de que o trabalho poderá levar dias para ser completado, e que as coisas não se resolverão de uma hora para outra. Protocolos firmados em conjunto com todos os serviços da área de abrangência de outras regiões, inclusive com a participação dos serviços particulares, para fazer frente às Catástrofes, ajudam bastante a agilizar esta árdua tarefa.

Conclusão:

É IMPORTANTE SABER QUE:

O desastre de massa é uma agressão coletiva de características imprevisíveis;

Os recursos disponíveis nunca são suficientes;

O sucesso do socorro depende de conhecimento, treinamento, disciplina e utilização racional dos meios disponíveis.

IX-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- CAMPOS, G.W.S **Os médicos e a política de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- CAMPOS, G.W.S, **A reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- COHN, A **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.
- COSTA, N.R. **Lutas urbanas e Controle Sanitário - Origem das Políticas de Saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- ESMANHOTO, R. **A saúde nas cidades**. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MERHY, E.E. **A saúde pública como política**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- NUNES, E.D. **Medicina Social: textos**. São Paulo: Global, 1979.
- OLIVEIRA, J.A e TEIXEIRA, J.M. **(IM) Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.
- POSSAS, CRISTINA. **Epidemiologia e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- TEIXEIRA, S.F. **Reforma Sanitária - em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez-Abrasco, 1989.
- Alexander, RH & Proctor, HJ. **Manual de Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS)**. Programa para Médicos. Colégio Americano de Cirurgiões. 5ª Edição (Tradução). Editor: Dr. Dario Birolini. 414 p. 1996.
- Gonçalves, AJ. **Urgência e Emergência. Atendimento global e competência**. SER MÉDICO, Janeiro/Março. Ano II N° 6: 32-35, 1999.
- Martinez-Almoyna, M & Nitschke, CAS. (Org.). **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência**. SAMU. Brasil. 1998.
- **Les Samu – Centre 15 – Organization, Activités, Techniques De Régulation Médicale, Elements Historiques**. J.M. Fontanella, Ch, Ammirati, C. Ferracci, G. Leclercq, S. Tartiere, J.M.Fonrouge

- **Permanencière(E)S Auxiliaires De Régulation Médicale** –Cesu (Centre D'enseignement Des Soins D'urgence) 93 Programme De Formation Finalise Mars 1992
- **Régulation Des Urgences Médicale:** Actes Du Séminaire De Formation De Formateur Paris – Juin 1995 Cesu 93
- **Reglement Interieur – Samu Du Rhone** Centre De Réception Et De Régulation Des Alpes - A.D.Re.M.U.R Novembre 1995
- **Recommandations Concernant Les Transferts Interhospitaliers Médicalisés** - Société Française D'anesthésie Et De Réanimation Dec 1992 E 1994
- **La Revue Des Samu** – Protocoles D'aide A La Régulation Première Partie – 118 Issn 1148-8115 1995 Tome Xvii N°5 e 6 Novembre
- **Manuel Du Medicin Regulateur** – Samu 38, l'a.M.U.A.G Et Le Centre Hospitalier Regional Et Universitaire De Grenoble – 19 Et 20 Avril 1991
- **Le Médecin Régulateur et La Régulation Au S.A,M.U. De Grenoble** – Thèse Présentée À L'université Scientifique E Médicale De Grenoble Par J. M. Maubert 1980-1981

X – ANEXO:ESPECIFICAÇÕES DAS FUNCIONALIDADES DO SISTEMA DE GESTÃO

As funcionalidades dos softwares necessários para o perfeito funcionamento da solução a ser contratada estão descritos a seguir.

1. SISTEMA DE GESTÃO SAMU

1.1.Introdução

O Sistema de Gestão do Atendimento de Urgência é um software que tem por objetivo gerenciar o atendimento das chamadas de emergência, armazenando informações importantes sobre as vítimas e auxiliando o médico regulador na tomada de decisão sobre o melhor encaminhamento a ser adotado. Além disso, deverá possibilitar a configuração/customização das diversas informações a serem registradas de acordo com as necessidades de cada Central SAMU.

1.1.1. Características Técnicas

- a) A plataforma do aplicativo deverá ser baseada em arquitetura cliente/servidor ou na arquitetura WEB, on-line. O aplicativo deverá estar residente na própria Central de Regulação;
- b) Deverá utilizar Sistema Gerenciador de Banco de Dados relacional com suporte a ODBC e JDBC;
- c) O Sistema de Gestão deverá ser portátil para qualquer tipo de Banco de Dados relacional;
- d) Deverá permitir a criação de tabelas, fichas de atendimento, questionários e formulários que comporão as janelas do aplicativo, em total acordo com as orientações estabelecidas pela Gerência do SAMU e Ministério da Saúde;
- e) Utilizar os cadastros e tabelas adotadas pelo MS, que sejam pertinentes ao SAMU, como por exemplo, Cadastro de Profissionais de Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Tabelas de Procedimentos, Tabela de Medicamentos, CBO e CID X. O DATASUS ficará responsável pelo fornecimento das tabelas padronizadas pelo MS necessárias, assim como sua atualização;
- f) Permitir de forma configurável, a seleção de campos para geração de arquivos em formato “txt”;
- g) Deverá possuir menus, ajuda on-line e manual do usuário escritos em língua portuguesa, permitindo a resolução de dúvidas operacionais de preenchimento de campos e utilização de funções;
- h) Deverá possuir documentação técnica em português do Brasil, compreendendo a especificação do sistema, os modelos de dados e processos;

- i) Deverá trabalhar sobre as plataformas de sistemas operacionais Windows ou Linux;
- j) Deverá ter a capacidade de identificar univocamente um usuário do sistema, seja ao nível de paciente, profissional e instituição, clínicas, procedimentos, e especialidades.
- k) Deverá apresentar tempo de resposta compatível com as necessidades requeridas pelo serviço;
- l) Deverá possuir teclas especiais de comandos para o teclado do terminal, a fim de que o atendente possa colocar o usuário em espera, fazer transferência da chamada para atendimento pelo médico regulador, realizar conferências, consultar o supervisor, desconectar a chamada, etc., sem que necessite utilizar o teclado na console de áudio do sistema; e
- m) Deverá gerar informações estatísticas sobre os atendimentos realizados.
- n) O aplicativo deverá disponibilizar consultas ao banco de dados, a partir da escolha de determinados campos, (como por exemplo: nome de usuário, profissional, logradouros, órgãos, informações úteis, edificações, telefone, etc.) apresentando após a seleção de um registro a visualização completa do mesmo.
- o) Todas as tabelas de código disponíveis no aplicativo deverão ser passíveis de atualização a partir das tabelas oficiais do Ministério da Saúde. Os códigos e seus valores/ significados deverão ser facilmente alteráveis sem necessidade de recompilar programas. Quando os códigos forem informados nos campos apropriados, seus valores deverão ser verificados na tabela apropriada e rejeitados se não forem válidos. Se o código requerido for desconhecido, deverá ser possível ao usuário consultar uma tabela e selecionar o código específico, sem a perda de seu trabalho anterior.
- p) O banco de dados do sistema deverá ser alimentado utilizando-se cadastros onde os dados serão inseridos através de janelas apropriadas para cada caso (formulários).
- q) Na segurança lógica, o aplicativo deverá apresentar procedimentos de controle de acesso ao sistema, por operador através da geração de trilhas de auditoria (logs) devendo ser configurados da seguinte maneira:
 - registro de data e hora de login e logoff do sistema;
 - registro de atividades de inclusão e alteração de registros no sistema;
 - registro de falhas de sistema.
- r) Os registros da trilha de auditoria deverão ser acessíveis apenas pelo administrador do sistema através do sistema.
- s) O processo de geração dos arquivos de trilha de auditoria (logs) deverá possuir mecanismo de controle de tamanho, permitindo a configuração do tamanho máximo do log e o controle da ação, como a

abertura de um novo arquivo. Arquivos antigos sempre deverão ser mantidos e passivos da rotina de salva-guarda e restauração.

- t) O acesso ao computador deverá ser protegido por identificação do usuário e senha. O acesso do usuário à aplicação deverá ser realizado através de:
 - Acesso não permitido/permitido, por módulo / função
 - Somente consulta
 - Consulta e atualização
 - Inclusão – o sistema não deverá permitir exclusão de registros. Esta ação pode apagar evidências de falha humana. Deverá também possibilitar o controle da quantidade de registros de atendimento na base, como uma política de salva guarda de informação.
- u) As classes de operadores do sistema deverão ser configuradas/criadas on-line pelo administrador do sistema. Para cada classe, o administrador associa as funções disponíveis no sistema com o nível de acesso conforme descrito anteriormente. Todas as funções do sistema deverão ser passíveis de configuração dentro deste contexto de segurança.
- v) O sistema deverá possuir a facilidade para execução de processo de salva-guarda e recuperação (backup e restore), com acesso permitido apenas para o administrador do sistema e/ou perfil específico. Este processo de salva-guarda e recuperação deverá contemplar a princípio:
 - Registros de atendimento;
 - Registros de trilha de auditoria (logs).
- w) As telas deverão ser controladas pelo acesso, fechando-as no caso de não utilização de tempo superior a 10 minutos.
- x) O sistema deverá possuir facilidade para o envio de informações complementares para a unidade móvel, através do uso da impressora térmica, tais como: endereço da ocorrência, tipo da ocorrência e outras referências necessárias.
- y) As versões disponibilizadas deverão ser controladas para fins de novas instalações.

1.1.2. Módulos do Sistema de Gestão SAMU

O sistema deverá ser concebido de forma a prover o suporte às múltiplas etapas do atendimento de urgência devendo armazenar informações relativas aos seguintes módulos, descritos a seguir.

- Módulo I - Recepção do Chamado;
- Módulo II - Regulação Médica

1) Médico e usuário;

2) Rádio Operador e equipe - liberação

❑ Módulo III - Regulação Medi

1) Médico e equipe no local;

2) Rádio-Operador e equipe no local;

❑ Módulo IV - Conclusão do atendimento

1) Médico e equipe da Unidade de Destino;

2) Registro da Ficha de Atendimento no Local;

❑ Módulo V - Relatórios/Estatísticas.

1.2. Módulo I – Recepção do Chamado

Este módulo deverá permitir o (a) atendente registrar as informações necessárias à documentação da ocorrência e identificação da(s) vítima(s), atendendo às seguintes funcionalidades:

- a) Deverá fazer busca automática de informações a partir de dados da chamada (número do telefone de origem e categoria), relativos ao logradouro, apresentando-as na tela de atendimento das chamadas;
- b) Deverá fazer a apresentação do número do telefone, nome do proprietário e endereço completo, em tela própria para o atendimento da chamada (esta tela deverá ser incrementada com uma barra de ferramentas para as funções de telefonia). Deverá permitir também que o atendente substitua o nome do proprietário do telefone pelo nome do solicitante, no caso de não ser a mesma pessoa;
- c) Deverá fazer inclusão automática no registro da chamada dos seguintes dados:

Item	Campo
1	Número único de identificação do chamado (pode ser por dia, semana, quinzena ou mês);
2	Nome do (a) atendente;
3	Número de identificação do telefone originador;
4	Endereço e nome do proprietário do telefone quando disponível na base do SAMU;
5	Município/Estado;
6	Tipo de telefone (fixo, celular, público)
7	Data e hora em que a chamada foi recebida;

- d) O sistema deverá permitir que estes dados sejam pesquisados a qualquer momento pelo operador.
- e) Obs. As telas de cada profissional devem ser controladas por tempo para que possamos registrar e observar o tempo gasto por cada profissional durante a regulação.

- f) Deverá capturar em formulários específicos as informações mínimas necessárias ao registro de uma solicitação, tais como:

Item	Campo
1	Nome do solicitante (se diferente do proprietário)
2	Tipo do chamado
2.1	Socorro – abre texto para “motivo do chamado”(palavras-chave)
2.2	Transferência inter-hospitalar : agendamento sim ou não (se “sim” abre campo para data e horário previsto e no dia devemos poder buscar esta ocorrência para completar os dados e deve haver um comando para a cada plantão podermos verificar os agendamentos existentes) e se possível um alerta para lembrar a equipe da regulação de que há agendamento para aquele determinado plantão.
2.3	Transporte para exame ou outro procedimento (idem anterior) e aqui o destino normalmente é o mesmo da origem da solicitação, mas não necessariamente.
2.4	Informação
2.5	Trote
2.6	Engano
2.7	Outros (texto)
3	Endereço da ocorrência
3.1	Logradouro
3.2	Complemento
3.3	Bairro/Comunidade
3.4	Distrito
3.5	Região
3.6	Micro-Região
3.7	Rodovia
3.8	Kilômetro
3.9	Pontos de Referência (texto)
4	Número de vítimas (Obs.em seguida abre um item 5 para cada vítima de acordo com o número colocado);
5	Identificação de cada Vítima
5.1	Nome
5.2	Sexo
5.3	Idade
6	Origem da Ocorrência
6.1	Via Pública
6.2	Rodovia
6.3	Domicílio
6.4	Local de Trabalho – Qual
6.5	Serviço de Saúde: (abre as opções abaixo)
6.5.1	Hospitalar – nome e setor
6.5.2	Não Hospitalar - nome
6.5.3	Unidades Básicas/UPSF - nome
6.6	Outros (texto)
7	Natureza do Solicitante
7.1	População
7.2	Médico
	CRM
7.3	Enfermeiro

	COREN
7.4	Aux./Tec.Enfermagem
	COREN
7.5	Segurança Pública (abra as opções abaixo)
	Bombeiro
	Patente
	Polícia Rodoviária
	Patente
	Polícia Militar
	Patente
	Polícia Civil/Guarda Municipal
	Setor de Trânsito
7.6	Assistente Social
7.7	Equipe de Suporte Básico/Simples
	Prefixo
7.8	Equipe de Suporte Avançado
	Prefixo
7.9	Ministério Público – Instituição
7.10	Gestor de Saúde - Instituição
7.11	Administração Pública -Instituição
7.12	Outros (texto)
8	Conduta do TARM
8.1	Regulação
8.2	Orientação
8.3	Outra (texto)
	Lembrar que esta ocorrência pode ser agrupada a outra(s) e encerrada ou então relacionada a uma que ocorreu mais de uma vez no mesmo dia ou nos últimos dias para detectar pacientes que acionam o serviço muitas vezes

- g) Deverá possuir um campo para observações e outras informações que poderão ser definidas pelo MS ou pela Central SAMU.
- h) As chamadas identificadas como trotes, que demandaram ou não ações, como o envio de unidades móveis para o local indicado, também deverão ser registradas no sistema, e nas gravações de voz. Deverá ser mantida uma lista de números telefônicos que originaram trotes com o registro de data, hora, e local destes eventos, para que os operadores tenham meios adicionais para decidir sobre medidas a serem adotadas;
- i) O sistema deverá avisar o atendente sobre a multiplicidade de solicitações, caso seja registrada mais de uma solicitação do mesmo tipo, para o mesmo endereço, em um período pré-determinado, desde que a chamada não tenha sido encerrada;
- j) Deverá permitir a escolha do médico regulador que dará andamento ao atendimento do solicitante, no caso de haver mais de um médico na Central de Atendimento;
- k) Deverá possibilitar a inclusão de informações adicionais sobre a solicitação, no sistema, durante o atendimento, pelos operadores e após o encerramento, mediante senhas específicas;
- l) Permitir que o atendente e o médico regulador possam encerrar solicitações que não necessitem de prosseguimento, informando motivo para tal procedimento, ou encaminhar o solicitante para atendimento pelo médico regulador;
- m) Deverá permitir a configuração do tipo de solicitação, para atribuição automática da prioridade da chamada, de acordo com informações prestadas pelo Gestor de cada Central SAMU, possibilitando a alteração desta prioridade pelo médico regulador;
- n) Deverá permitir a visualização simultânea das várias “janelas” relativas a um atendimento;
- o) Deverá apresentar uma janela contendo todas as chamadas em andamento, permitindo a visualização de todos os dados de uma solicitação que for selecionada.

1.3. Módulo II - Regulação Médica (Médico e usuário);

Após o atendimento inicial pelo atendente, os dados são repassados ao médico regulador, que tem como função avaliar o estado do paciente e definir o tipo de ambulância a ser enviada ao local para atendimento ao solicitante.

- a) O sistema deverá disponibilizar um conjunto de perguntas que serão feitas pelo médico regulador ao solicitante, possibilitando o registro da avaliação para cada vítima. Também deverá apresentar uma lista composta por questões e alternativas de respostas para a seleção da opção desejada. Essas perguntas e respostas serão cadastradas de forma “customizável” em cada Central de Atendimento, a partir de informações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (conjunto mínimo

comum a todas as Centrais) e definição de necessidades específicas de cada Central.

Item	Campo
1	Identificação do Médico Regulador
1.1	Nome
1.2	CRM
2	Caracterização do caso
2.1	Sinais e Sintomas mais comuns
2.1.1	Dor (abrir para opções de local)
2.1.1.1	Cabeça
2.1.1.2	Pescoço
2.1.1.3	Tórax
2.1.1.4	Abdome
2.1.1.5	Lombar
2.1.1.6	Membros superiores
2.1.1.7	Membros inferiores
2.1.2	Sangramento (local)
2.1.3	Falta de ar
2.1.4	Febre
2.1.5	Diarréia
2.1.6	Vômitos
2.1.7	Agitação
2.1.8	Desmaio
2.1.9	Convulsão
2.1.10	Alergia
2.2	Lesões
2.3	Sinais e sintomas(texto) – complementação do quadro clínico e outras observações
2.4	Antecedentes Pessoais
2.4.1	HA
2.4.2	Diabetes
2.4.3	Alcoolismo
2.4.4	Drogadição
2.4.5	Convulsão
2.4.5	Alergia
2.4.6	Transtorno Mental
2.4.7	AIDS
2.4.8	Doença Renal
2.4.9	Doença Coronária
2.4.10	Doença Respiratória
2.4.11	Doença Infecciosa
2.4.12	Outros
2.5	Antecedentes Familiares
2.5.1	H.A
2.5.2	Diabetes
2.5.3	Coronariopatia
2.5.4	Outros
3	Estado do Paciente
3.1	Estado de Consciência
3.1.1	Consciente
3.1.1.1	Orientado
3.1.1.2	Confuso

3.1.1.3	Torporoso
3.1.2	Inconsciente
3.1.3	Não Sabe
3.2	Respiração: sim, não ou não sabe (se “sim” passa para baixo)
3.2.1	Normal
3.2.2	Alterada
3.3	Pulso:sim,não, não sabe (se “sim” passa para baixo)
3.3.1	Normal
3.3.2	Fraco
3.3.3	Acelerado
3.4	Cor da pele
3.4.1	Corado
3.4.2	Palidez
3.4.3	Cianose
3.5	Sinais Vitais
3.5.1	PA
3.5.2	FC
3.5.3	FR
3.5.4	Glasgow
4	Exames e Condutas já realizados (texto)
5	Tipo de Agravo
5.1	Clínico
5.1.1	Adulto
5.1.2	Pediátrico
5.2	Psiquiátrico
5.2.1	Tentativa de suicídio
5.2.1.1	Autoagressão: sim ou não
5.2.2	Agitação
5.2.3	Agressividade
5.2.4	Outro (texto)
5.3	Gineco-Obstétrico
5.3.1	Gestante: sim ou não (se não o médico vai direto para “outros” a fim de caracterizar o caso)
5.3.2	Trabalho de Parto: sim ou não (se “não” abre somente até idade gestacional e em seguida o médico marca em outros qual o tipo de agravo na gestante ou não gestante)
5.3.3	Aborto:sim ou não (se “sim” deve abrir até idade gestacional pois o restante até nascimento se refere a trabalho de parto)
5.3.4	Gesta(número) Para(número) Aborto(número)
5.3.5	Idade gestacional (Exemplo: 33 semanas)
5.3.6	Fez pré-natal: sim ou não
5.3.7	Horário de início da dor
5.3.8	Número de contrações por minuto
5.3.9	Perda de líquido: sim
5.3.10	Perda de sangue
5.3.11	Mecônio sim ou não
5.3.12	Dilatação (centrímetros)
5.3.13	Gestação: única ou gemelar (número, se gemelar)
5.3.14	Nascimento: sim ou não

5.3.14.1	Dequitação: sim ou não
5.3.14.2	Apgar:No 1º min (número) No 5º Min (número) (<u>Neste item deve haver a possibilidade de marcar um “apgar” para cada recém nascido quando gemelar. (Apgar é uma nota que se refere às condições em que a criança nasceu e é dada no 1º e 5º minuto e no 10º min, mas aqui resumimos para 1º e 5º)</u>)
5.3.14.3	Recém Nascido: vivo(s)(número); morto(s) (número)
5.3.15	Outros (texto)
5.4	Cirúrgico
5.5	Causas Externas
5.5.1	Agressões
5.5.1.1	FAF
5.5.1.2	FAB
5.5.1.3	Outras (texto)
5.5.2	Quedas
5.5.2.1	De mesmo nível
5.5.2.2	Altura (metros)
5.5.3	Queimaduras

5.5.3.1	Fogo
5.5.3.2	Líquidos
5.5.3.3	Química
5.5.3.4	Outras (texto)
5.5.4	Soterramento
5.5.5	Eletrocução
5.5.6	Explosão
5.5.7	Incêndio
5.5.8	Acidente com intoxicação
5.5.9	Acidentes com animais (peçonhentos e outros)
5.5.9.1	Peçonhentos
5.5.9.2	Outros animais (qual)
5.5.10	Quase afogamento
5.5.11	Outros (texto)
5.5.12	Acidentes de Transporte
5.5.12.1	Colisão
5.5.12.2	Capotamento
5.5.12.3	Tombamento
5.5.12.4	Atropelamento
5.5.12.5	Queda de Veículo
5.5.12.6	Queda no Veículo
5.5.12.7	Não sabe
5.5.12.8	Outros (texto)
5.5.13	Tipo (s) de veículo (s) ou situação envolvido (s)
5.5.13.1	Anteparo (este se refere mais à colisão)
5.5.13.2	Bicicleta
5.5.13.3	Motocicleta
5.5.13.4	Automóvel
5.5.13.5	Caminhão
5.5.13.6	Máquina agrícola
5.5.13.7	Veículo de tração animal

5.5.13.8	Outros (texto)
5.5.13.9	Não sabe
5.5.14	Situação do Paciente
5.5.14.1	Dentro do veículo e não preso nas ferragens
5.5.14.2	Preso nas ferragens
5.5.14.3	Ejetado
5.5.14.4	Deambulando no local
5.5.14.5	Outros (texto)

- b) De acordo com os dados coletados durante o atendimento, competirá ao médico regulador definir a gravidade inicial da ocorrência bem como atribuir um diagnóstico inicial. O sistema deverá prover o registro das seguintes informações:

Item	Campo
1	Hipótese diagnóstica ou Diagnóstico sindrômico (texto) – CID 10 por grupo
2	Gravidade presumida
2.1	Indeterminada (Dados insuficientes)
2.2	Leve
2.3	Moderada
2.4	Severa

- c) Em relação a decisão técnica (conduta inicial), o sistema deverá apresentar uma lista de opções desejadas, tais como:

Item	Campo
1	Orientação sem envio de recurso
1.1	Procura de serviço/UBS ambulatorialmente
1.2	Orientação clínica + observação no local
1.3	Procura por UBS/PSF p/ meios próprios (Qual Unidade)
1.4	Procura por PA p/ meios próprios (Qual Unidade)
1.5	Procura por Hosp p/ meios próprios (Qual Unidade)
1.6	Utilização de transporte próprio ou do plano de saúde (Qual)
1.7	Outras (texto)
2	Orientação com envio de recurso
2.1	Unidade de suporte básico (Quantidade)
2.2	Unidade de suporte avançado (idem)
2.3	Veículo rápido (idem)
2.4	Viatura de suporte simples (idem)
2.5	Viatura de resgate do corpo de bombeiros (idem)
2.6	Outros (texto)
3	Orientações Médicas enquanto aguarda Ambulância (texto)

4	Solicitação de Apoio
4.1	Bombeiros
4.2	Polícia Civil
4.3	Polícia Militar
4.4	Guarda Municipal
4.5	Polícia Rodoviária
4.6	Serviço de Trânsito
4.7	Defesa Civil

4.8	Outra(s) Viatura(s) do SAMU
4.9	Outros (texto)
5	Operador de Frota (automático)
5.1	Horário de Comunicação
5.2	Identificação do Operador de Frota

- d) Após o médico regulador efetuar o atendimento inicial ao usuário, ele poderá encerrar a solicitação ou definir a necessidade de envio de ambulâncias ao local onde está o solicitante.
- e) Se o médico regulador decidir pelo envio de ambulâncias ao local onde está o solicitante, ele poderá fazê-lo diretamente no sistema, sem necessidade de contato via áudio com o operador de frota. Neste caso, os principais campos deverão estar listados, a saber: (saliento que estes próximo campo é do operador de frota e é raro o médico acionar diretamente as ambulâncias, podendo acontecer se o operador de frota estiver muito ocupado, mesmo assim o médico terá que falar com ele para saber quais as viaturas disponíveis)

f)

Item	Campo
1	Viaturas
1.1	Número de viaturas Liberadas
1.2	Identificação da viatura (por viatura)
1.2.1	Horário de Comunicação (automático)
1.2.2	Médico
1.2.3	Enfermeiro
1.2.4	Aux/Tec. Enf. 1
1.2.5	Aux/Tec. Enf. 2
1.2.6	Motorista 1
1.2.7	Motorista 2
1.2.8	Horário de Partida
1.2.9	Horário de Chegada no Local
1.2.10	Horário de Saída no Local
1.2.11	Horário de Chegada no Destino
1.2.12	Horário de Saída no Destino
1.2.13	Horário de Chegada na Base
2	Intercorrência do Chamado
2.1	Cancelado Pelo Solicitante
2.2	Endereço Não Localizado
2.3	Paciente(s) Já Socorrido(s)
2.4	Trote
2.5	Óbito
2.6	Outros (texto)

Além dos campos discriminados acima, o sistema deverá possuir novos campos para registro de informações adicionais que o médico regulador achar necessário tais como: dados sobre o exame físico realizado no paciente pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento local, prescrição das ações e medicamentos, remoção do paciente, identificação do quadro sintomático, ocorrência de óbito, etc.

1.4. Módulo III - Regulação Médica (Médico e equipe no local);

Após a chegada da equipe de socorro ao local da ocorrência e com base nos dados já coletados caberá ao médico regulador definir a necessidade de intervenção (se é necessária, possível, sem meios no momento, chamado não pertinente, sem dados suficientes para tomá-la, ou outras que o administrador do sistema pode cadastrar) em campos próprios.

O médico deverá visualizar informações que foram registradas no atendimento inicial para cada paciente que está em atendimento pela equipe no local da ocorrência.

- a) O sistema deverá também registrar os sinais vitais e escores repassados pelo médico ou outro profissional que estiver junto ao solicitante, tais como:

Item	Campo
1	Sinais Vitais e Dados Complementares
1.1	PA
1.2	FC
1.3	FR
1.4	Glasgow
1.5	Temperatura
1.7	Score Trauma
1.8	Oximetria
1.9	Glicemia Capilar
1.8	Outros (texto)_
1.9	Óbito

- b) Com os dados da gravidade devidamente registrados, o médico regulador definirá a necessidade de intervenção, orientando o profissional de saúde que se encontra no local da ocorrência, sobre os procedimentos e ações que deverão ser adotados. O sistema deverá registrar estas informações e os respectivos horários. As informações e prescrições deverão estar relacionadas a cada paciente, quando se tratar de mais de uma vítima.

Item	Campo
1	Conduta Inicial – médico regulador ou orientações dadas (texto)
2	Alterações de Conduta
3	Justificativa
4	Hora/Data
5	Conduta da equipe no local (texto)
5.1	Nome do Profissional
5.2	CRM ou COREN

- c) O médico regulador após orientações iniciais prestadas à equipe no local, entrará em contato com os serviços de saúde, visando identificar o melhor destino para cada paciente. O sistema deverá apresentar uma tabela para o registro das informações levantadas pelo médico regulador.

Item	Campo
1	Serviço
2	Profissional de Contato
2.1	Nome

2.2	Função
2.3	CRM/COREN
3	Data/Hora
4	Justificativa

Obs.Em relação a este campo acima podemos ter mais de uma situação:

- Muitas vezes o médico regulador decide o local, pois já tem pactuação prévia ou tem apenas um Hospital de referência e informa a equipe antes de fazer contato, anotando o destino no campo seguinte e depois só liga informando a equipe do Hospital, então este campo não precisa ser preenchido.
- Ou ele usa este campo, principalmente nas transferências e acidentes com múltiplas vítimas, registrando cada serviço que contatou e os problemas que teve.

Portanto este campo não é obrigatório, já que algumas informações se repetem nos campos abaixo

1.5.Módulo I V – Conclusão do Atendimento

Após o médico regulador ter decidido sobre o melhor destino de cada paciente, o sistema deverá possibilitar o registro das seguintes informações que deverão estar associadas a cada paciente:

Item	Campo
1	Liberado no Local
2	Domicílio
3	Destino (buscar no cadastro)
3.1	Nome
3.2	Setor
4	Alterações de Destino e Justificativa (texto)
5	Tipo de Acesso ao serviço de destino
5.4	Sem Acesso Garantido (justificativa do plantonista do hospital)
	Com acesso Garantido
5.4.1	Justificativa do Encaminhamento (do médico regulador em relação ao hospital que foi negado o acesso pelo plantonista) – Exemplo: não há outro na região com centro cirúrgico e o paciente precisa com urgência de cirurgia

1.5.1 Ficha de Atendimento

O Sistema deverá gerar uma Ficha de Atendimento com alguns campos preenchidos com dados já inseridos no sistema durante o atendimento, como por exemplo: número da solicitação, endereço, identificação do (s) paciente (s), etc.

Essa ficha será complementada pelos profissionais que realizarão o atendimento no local e, posteriormente serão incluídas no sistema.

A seguir, foi incluído um modelo da ficha de atendimento com as informações que deverão ser capturadas, apesar da mesma não se encontrar na sua forma final de apresentação.

FICHA DE ATENDIMENTO

I – IDENTIFICAÇÃO

N. ° da Solicitação: _____ Data: ___/___/___ Horário: ___:___

Endereço da ocorrência:

Rua _____ complemento _____

Bairro _____ Distrito _____ micro-região _____

Cidade _____ Estado _____ Rodovia _____ Kilômetro _____

Pontos de Referência: _____

Identificação do paciente:

Nome _____ Sexo ___ Idade _____

Obs.: Quando for digitado o nº da solicitação e a data, aparecer automaticamente o horário e o endereço cadastrados na ficha de regulação, mantendo-os abertos para correção. Na identificação do paciente listar todos aqueles atendidos para aquela ocorrência.

Prefixo da viatura que transportou o paciente: USA ___ USB ___

Paciente atendido pela USA: (sim ou não) Qual: _____

Obs.: Solicitar se o paciente foi atendido pela USA somente se o prefixo da viatura que transportou for USB.

II - AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA:

Vias Aéreas

Pérvias Obstrução

Ventilação

Eupneico Dispneia Apnéia

M. V. normal Diminuído Ausente

Direito Esquerdo Bilateral

Circulação

Pulso: Normal Fino Arritmico Ausente

Enchimento Capilar: Normal Diminuído

Avaliação Neurológica

Nível de consciência: Consciente Desorientado Agitado

Torporoso Sonolento Comatoso

Pupilas: Miose Bilateral Midríase Bilateral

Anisocoria: Direito Esquerdo Fotorreagentes Não

Fotorreagentes

Outros Sinais: Rinorragia Otorragia Perda de massa encefálica

Sinais vitais e dados complementares

EVOLUÇÃO	DADOS VITAIS					GLASGOW				TRAUMA SCORE				GLICEMIA CAPILAR
	PA	FC	FR	TEMP.	SAT.O2	A.O.	R.V.	R.M.	TOTAL	F.R.	P.A.	GLASGOW	TOTAL	
INICIAL														
FINAL														

III - RELATÓRIO MÉDICO DO ATENDIMENTO:

- 1 - Exame físico – cabeça e pescoço: _____ (campo aberto)
 tórax: _____ (campo aberto)
 abdome: _____ (campo aberto)
 pelve: _____ (campo aberto)
 genital: _____ (campo aberto)
 mmss: _____ (campo aberto)
 mmii : _____ (campo aberto)
 ausculta (torácica e/ou abdominal) _____ (campo aberto)
- 2 - Observações Gerais e Conduta: _____ (campo aberto 500 caracteres)
- 3 - Diagnóstico Final: : _____ (campo aberto 500 caracteres)
- 4 - Nome _____ CRM _____

IV - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

- 1- Observações gerais, exame e conduta de enfermagem: _____ (campo aberto)

2- Infusões e medicamentos

Volume e Medicações	Tiop / quant./ dos e/ via de adm.	horário
Volume		
medicações		
Drogas vasoativas		
Trombólise		
Hemoderivados		
Outros		

- 3- Nome _____ COREM _____
 Orientações técnicas do médico regulador ____ CRM _____ (campo aberto)

V - PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Ventilatórios:

- Desobstrução de Vias aéreas Aspiração de vias aéreas Cânula de Guedel
 Oxigenação por máscara Ventilação por ambú Ambú
 Oximetria Entubação Ventilação mecânica
 Outros _____

Circulatórios:

- Acesso venoso periférico Acesso venoso profundo Manobras de RCPC
 Monitorização Desfibrilação/cardioversão Marcapasso externo
 Outros _____

Outros procedimentos invasivos:

- Crico Dissecção venosa Punção intra-óssea

Drenagem de tórax
S.O.G.

Punção Pleural
S.N.G.

Sonda Vesical
Outros _____

De Resgate:

- Imobilização
- Imobil.cabeça
- SKED
- Desencarceração

- Colar cervical
- Aspiração
- Maca a vácuo
- Outros _____

- Prancha longa
- KE
- Rap

VI - ATENDIMENTO SEGUNDO MORBIDADE:

1 - Causas clínicas

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doenças do Ap. Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Doenças do Ap. Respiratório |
| <input type="checkbox"/> Transtornos Mentais e comportamentais | <input type="checkbox"/> Ações do período perinatal |
| <input type="checkbox"/> Doenças endocrinológicas | <input type="checkbox"/> Ações metabólicas |
| <input type="checkbox"/> Doenças do Ap. Digestivo | <input type="checkbox"/> Doenças Ginecológicas |
| <input type="checkbox"/> Gravidez, parto e puerpério | <input type="checkbox"/> Outras doenças _____ |

Obs.: se for causas clínicas pular para Destino do Paciente.

2 - Causas externas

2.1 - Tipo de trauma/violência

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> FAF | <input type="checkbox"/> FAB | <input type="checkbox"/> Outras agressões | <input type="checkbox"/> Queda de mesmo nível |
| <input type="checkbox"/> Queda de altura | <input type="checkbox"/> Soterramento | <input type="checkbox"/> Eletrocução | <input type="checkbox"/> Acidente com |
| <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Explosão | <input type="checkbox"/> Incêndio | <input type="checkbox"/> Afogamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente com Intoxicação | <input type="checkbox"/> Outros Ferimentos | <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input type="checkbox"/> Acidentes com |
| <input type="checkbox"/> animais peçonhentos | <input type="checkbox"/> outros animais | | |
| <input type="checkbox"/> acidentais | | | |

2.2 - Tipo do acidente de transporte

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Choque | <input type="checkbox"/> colisão | <input type="checkbox"/> capotamento | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> tombamento | <input type="checkbox"/> atropelamento | <input type="checkbox"/> queda de bicicleta | <input type="checkbox"/> queda de motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Não Sabe | <input type="checkbox"/> outros _____ | | |

2.2.1 - Tipo de veículo da vítima:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bicicleta | <input type="checkbox"/> motocicleta | <input type="checkbox"/> automóvel |
| <input type="checkbox"/> caminhão | <input type="checkbox"/> outros | |

2.2.2 - Posição da vítima

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> Motorista | <input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro | <input type="checkbox"/> Passageiro traseiro |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|

2.2.3 - Situação do paciente

- | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dentro do veículo e não encarcerada | <input type="checkbox"/> Encarcerada | <input type="checkbox"/> Ejetada |
| <input type="checkbox"/> Deambulando no local | <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

2.3 - Natureza da lesão

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escoriação | <input type="checkbox"/> Ferimento Contuso | <input type="checkbox"/> Fratura Aberta | <input type="checkbox"/> Fratura Fechada |
| <input type="checkbox"/> Luxação | <input type="checkbox"/> Contusão | <input type="checkbox"/> Ingestão /penetração de corpo estranho | |
| <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> substância _____ | <input type="checkbox"/> Outros _____ | |
| | <input type="checkbox"/> %de área corporal _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Grau _____(primeiro, segundo ou terceiro) | | |

Obs.: Poderá ser assinalado mais de um item.

2.4 - Localização da lesão

- cabeça face Pescoço Dorso Tórax
 Abdome MS MI Bacia Genitália

Obs.: Poderá ser assinalado mais de um item.

VII - ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

- Óbito no local sem atendimento após atendimento
 Óbito durante transporte Óbito logo ao chegar ao destino

VIII – INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

- Paciente recusou atendimento Paciente recusou transporte
 Acidentes de trabalho QTA/ cancelamento
 Problemas com ambulâncias Outras _____

XI - INTERCORRÊNCIAS NO LOCAL DE DESTINO

- Maca presa
 Conflitos na recepção do paciente

Profissional que recebeu o paciente:
nome _____ função _____ CRM /COREN _____

X - PERTENCES DO PACIENTE DEIXADOS NO HOSPITAL

Pertences _____ (campo aberto)
Responsável no destino _____ (campo aberto)

1.6.Módulo V - Relatórios

O sistema deverá prover a geração de relatórios estatísticos de indicadores de eficiência e qualidade nos atendimentos, avaliação do estado do paciente e controle de tráfego, a partir das informações registradas durante a chamada. Esses registros contêm informações coletadas desde o recebimento da ligação até a finalização da ocorrência.

Deverá ainda possibilitar a geração de relatórios que poderão ser visualizados na tela, impressos ou exportados em formatos padrão ("txt", "xml"), a partir da definição de filtros.

Os relatórios padrão a serem disponibilizados deverão ser os seguintes:

- a) Número total de solicitações, número e % de trotes, número e % de enganos, número e % de pedidos de informação, número e % solicitações primárias, número e % solicitações secundárias, número e % de casos regulados;
- b) Mapeamento das solicitações por bairros e/ou distritos;
- c) número e % de casos clínicos, número e % de casos cirúrgicos, número e % de casos de trauma, número e % de casos de violência, número e % de casos obstétricos, número e % de casos psiquiátricos;
- d) Número e % do motivo do chamado;
- e) Queixas, por frequência;

- f) Gravidade presumida, por freqüência;
- g) Número e % de reorientações, Número e % de envio de algum tipo de recurso, Número e % de acionamento de outros recursos;
- h) Número e % de envio de: simples transporte, suporte básico, suporte avançado, resgate, veículo rápido;
- i) Número e % de intercorrências em relação ao total de missões enviadas;
- j) Procedimentos realizados pelo suporte básico de vida, por freqüência;
- k) Procedimentos realizados pelo suporte avançado de vida, por freqüência;
- l) Diagnóstico inicial, por freqüência;
- m) Diagnósticos final, por freqüência;
- n) Listar os destinos, por freqüência;
- o) Calcular o tempo resposta, para o suporte básico, avançado, resgate, veículo rápido e de transporte: (Horário de chegada no local– horário do chamado);
- p) Calcular o tempo de atendimento no local do evento, para o suporte básico, avançado, veículo rápido e de transporte: (horário de saída do local do evento – horário de chegada da equipe ao local do evento);
- q) Calcular o tempo total de atendimento, para o suporte básico, avançado, veículo rápido e de transporte: (horário de chegada ao destino – horário de saída da base);
- r) atendimentos por região/distrito/bairro;
- s) atendimentos por Faixa Etária e sexo;
- t) Solicitação por dia da semana e hora do dia por faixa etária;
- u) Solicitação por horários do dia;
- v) Históricos de acessos ao sistema (Log);
- w) Morbidade;
- x) Mortalidade; e
- y) Outros relatórios que serão definidos de acordo com as necessidades do Ministério da Saúde e Centrais de Atendimento.

OBS. A FICHA DE ATENDIMENTO E OS RELATÓRIOS AINDA PODEM SOFRER ALTERAÇÕES

