

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE

SAMU 192 CAMPINAS

MANUAL DE ROTINAS

PROCOLOS OPERACIONAIS
SAMU
SERVIÇO DE ATENDIMENTO

MÓVEL DE URGÊNCIA

2001-2008

CAMPINAS

Coordenação 1995-1997: Dra. Margareth de Matos Cardoso

Coordenação 1997-2000: Dra. Arine Campos Oliveira Assis

Coordenação 2001-2004: Dr. José Roberto S. Hansen

Coordenação 2005-2008: Dr. José Roberto S. Hansen

ÍNDICE

<u>PAPEL DO SAMU NO SISTEMA DE URGÊNCIA MUNICIPAL</u>	5
1 <u>PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR</u>	5
2 <u>MISSÃO DO SAMU 192 CAMPINAS</u>	6
3 <u>OBJETIVOS</u>	6
4 <u>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SAMU CAMPINAS</u>	7
5. <u>SAEC - SERVIÇO DE ATENDIMENTO À PACIENTES ESPECIAIS E CRÔNICOS</u>	7
6. <u>ESTRUTURA</u>	9
<u>TIPOS DE AMBULÂNCIAS</u>	9
7. <u>DESCRIÇÃO DE MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E LOCALIZAÇÃO NAS VIATURAS</u>	9
a. <u>Descrição e localização de materiais nas mochilas</u>	9
b. <u>Descrição dos medicamentos nas maletas de medicação</u>	10
<u>Suporte Básico</u>	10
c. <u>Descrição dos medicamentos nas maletas de medicação</u>	11
<u>Suporte Avançado</u>	11
8. <u>EQUIPES</u>	15
a. <u>- Equipe Assistencial Por Plantão</u>	15
b. <u>- Equipe de Apoio Gerencial Por Plantão</u>	16
9. <u>DIRETRIZES OPERACIONAIS</u>	16
a. <u>SALA REGULAÇÃO</u>	16
b. <u>A responsabilidade do médico na Central 192</u>	16
7.2. <u>DEFINIÇÕES</u>	17
a. <u>MÉDICO REGULADOR DA CENTRAL REGULADORA MUNICIPAL</u>	17
b. <u>MÉDICO EMERGÊNCISTA - INTERVENCIONISTA</u>	17
c. <u>MÉDICO PSQUIATRA</u>	18
1) <u>MÉDICO REGULADOR / PSQUIATRIA</u>	18
10. <u>CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA LIBERAÇÃO DE RECURSO</u>	18
i. <u>Causas Externas</u>	19

ii.	Emergências Cardiovasculares	19
iii.	Emergências Neurológicas	20
iv.	Distúrbios Metabólicos	20
v.	Insuficiência Respiratória Aguda	20
vi.	Intoxicação Exógena	20
vii.	Emergências obstétricas	20
viii.	Emergências cirúrgicas	20
11.	<u>PROCOLOS DE ATENDIMENTOS</u>	21
12.	<u>DESCENTRALIZAÇÃO DE VIATURAS EM BASES DA GUARDA MUNICIPAL</u>	21
13.	<u>ROTINAS DE PASSAGEM DOS PLANTÕES (ALTERAÇÃO FEV.2006)</u>	21
a.	No recebimento de plantões	21
b.	<u>PARECER pelo CRM Falta de plantão e Abandono de Plantão</u>	23
c.	<u>Atraso</u>	24
d.	<u>Durante o decorrer dos plantões</u>	25
e.	<u>Ao final da cada plantão</u>	25
14.	<u>TROCAS DE PLANTÕES / ASSUMIR PLANTÕES VAGOS –FÉRIAS</u>	25
15.	<u>FLUXOGRAMA DA CENTRAL REGULADORA</u>	26
16.	<u>MACAS PRESAS</u>	28
a.	Consulta ao CRM No. 14.402/04	29
b.	A abordagem dos chamados em função do solicitante	31
i.	Solicitações de Unidades Básicas de Saúde	31
ii.	Solicitações de Unidades de Pronto Atendimento	31
	2. ANTES DE CHAMAR O SAMU	33
	3. REUNIÃO EM 08 DE AGOSTO 2004	33
	VISITA AOS PRONTO ATENDIMENTOS	34
	RETORNOS AO LAR 24 HORAS	34
	REDIRECIONAMENTO AOS CASOS GRAVES AOS HOSPITAIS	34
17.	<u>VAGAS EM HOSPITAIS SECUNDÁRIOS</u>	34
18.	<u>ATENDIMENTOS DE PACIENTES COM CONVÊNIOS</u>	35
.		36
19.	<u>OUTROS ATENDIMENTOS</u>	36
i.	Atendimentos de casos ginecológicos e obstétricos	36
ii.	Atendimentos de casos clínicos e cirúrgicos	36
iii.	Solicitação de Serviços de Referência	36
iv.	Solicitação pelo RESGATE	37

v.	<u>Solicitação pelo Concessionárias de Autovias</u>	37
b.	<u>TRANSFERÊNCIAS</u>	37
i.	<u>Solicitações de Hospitais Públicos (exames)</u>	38
ii.	<u>Solicitações de hospitais Privados</u>	38
20.	<u>O USO DA TELEMEDICINA E SISTEMA DE RADIOTELEFONIA</u>	38
21.	<u>DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSOS</u>	39
22.	<u>A INTERFACE COM A EQUIPE INTERVENCIONISTA</u>	40
a.	<u>O atendimento básico - equipe de enfermagem</u>	40
b.	<u>A interface com demais parceiros do Sistema de saúde</u>	41
23.	<u>A IMPORTÂNCIA DOS REGISTROS</u>	42
a.	<u>Transferências intermunicipais</u>	42
24.	<u>CONDUTAS NAS SITUAÇÕES DE ÓBITO</u>	43
a)	<u>Identificação da morte e conduta no APH móvel</u>	43
b)	<u>Remoção Do Corpo</u>	44
25.	<u>ACIDENTES DE TRABALHO</u>	44
26.	<u>COBERTURA DE EVENTOS</u>	44
27.	<u>ATENÇÃO À CATÁSTROFES</u>	45
a.	<u>Situação de Catástrofe:</u>	45
b.	<u>PROCOLOS de CATÁSTROFES</u>	45
28.	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	48

PAPEL DO SAMU NO SISTEMA DE URGÊNCIA MUNICIPAL

- SAMU 192 é um serviço de urgência, constituindo-se numa porta de entrada do cidadão no Sistema de Saúde, portanto as demandas a ele endereçadas devem ser consideradas sob este aspecto. Sempre alguma resposta deve ser dada ao solicitante, mesmo uma orientação ou justificativa sobre a impossibilidade de resolver seu problema e um redirecionamento do caso.
- Enquanto serviço-meio, mas com características de dar uma definição no caso, tem o papel de facilitador de um processo que foi desencadeado em outro serviço deste Sistema e deve ser completado, integrando os níveis de assistência pré-hospitalar e hospitalar, entendendo-se como assistência pré-hospitalar, aquela prestada na rede básica, Unidades de Pronto atendimento e demais serviços de nível intermediário de resolutividade.
- Tem ainda o papel de regulador do Sistema de Urgência municipal, organizando fluxos, ordenando a demanda e a distribuindo de forma eqüitativa entre todos os equipamentos de saúde disponíveis.
- SAMU 192 constitui-se ainda num “observatório privilegiado de saúde”, com a capacidade de visualizar com bastante clareza, de forma dinâmica e sistematizada todo o funcionamento do Sistema de urgência, através dos fluxos do paciente e a operacionalização da central reguladora, subsidiando o desencadeamento de ações que revertam na melhoria da atenção oferecida e nas próprias condições de trabalho.

1 PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR

1.1- “A inteligência da central”

A inteligência é um dos princípios que norteiam o ato médico de regular, diferenciando nosso serviço de centrais de despacho automatizadas e burocratizadas.

A regulação médica das urgências deve ser permeada por um conceito ampliado de urgência e emergência, não limitado unicamente a conceitos teóricos pré-estabelecidos, utilizando-se de técnicas específicas e bom senso, para saber considerar questões políticas, sociais e circunstanciais que envolvem este tipo de trabalho, que não poderá jamais ser plenamente “protocolizado”;

1.2 - “O tempo é precioso” - poucos minutos podem fazer diferença na vida ou a morte de um ser humano - O tempo resposta é um dos indicadores utilizados pelo serviço. O médico regulador deve sempre estar atento para a necessidade de agilidade máxima em todos os processos de trabalho que envolvem a regulação e o atendimento às vítimas.

1.3- A grande “urgência” é chegar até o paciente. Uma vez chegado 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. Existe grande dificuldade técnica na realização de procedimentos em trânsito. No entanto

esta determinação pode sofrer alterações em função de determinadas condições da cena do acidente (localização, riscos diversos)

1.4- Jamais um paciente pode ser encaminhado para um serviço de destino TERCIÁRIO ou SECUNDÁRIO sem comunicação prévia de sua chegada . Nos casos em que houverem dificuldades operacionais para cumprir tal determinação em tempo hábil, o médico deverá entrar em contato com o receptor o mais brevemente possível, justificando-se.

1.5- 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 adaptado a esta necessidade.

1.6- Atuar em situações de urgência e portanto sob graus variáveis de stress estatisticamente aumenta a incidência de iatrogenia e tende a influenciar nos parâmetros de humanização no atendimento. O médico intervencionista deve sempre atento para tal fato quando na realização de qualquer procedimento em condições adversas, tendo sempre em mente a relação custo benefício para o paciente.

1.7- O conceito de “vaga zero”, estabelecido através de Portaria Ministerial no. 814/ GM em 01 de junho de 2001 e atualmente pela Portaria Ministerial 2.048 de 05 de novembro de 2002 , que regulamenta a atenção pré-hospitalar no território nacional, deve ser constante prerrogativa do médico regulador e utilizada com critérios definidos sempre que necessário para preservar a vida do paciente.

2 MISSÃO DO SAMU 192 CAMPINAS

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, 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 paciente desde medicações e imobilizações até ventilação artificial, pequenas cirurgias, monitoramento cardíaco, desfibrilação, que permitam a manutenção da vida até a chegada nos serviço de destino, distribuindo os pacientes de forma organizada e equânime dentro do Sistema regionalizado e hierarquizado.

3 OBJETIVOS

- Organizar e disponibilizar uma frota de ambulâncias, de forma a garantir em todo o território do município um atendimento adequado conforme as necessidades de cada caso, desde o transporte simples até os transportes que necessitam de suporte avançado de vida, no menor tempo possível .
- Capacitar recursos humanos para prestar atendimento no local da ocorrência e acompanhamento do caso durante transporte.

- Organizar projetos de capacitação de recursos humanos à comunidade, em especial, Guarda Municipal, escolas, creches, indústrias e Centros esportivos.
- Garantir a regulação médica de todas as solicitações nas 24 horas através de uma Central reguladora que monitore todas as fases de prestação da assistência pré-hospitalar às urgências, segundo a lógica da regionalização e hierarquização do Sistema.
- Dotar a Central Reguladora de equipamentos de radiotelefonia que possibilitem respostas às demandas no menor tempo e permitam contato entre as equipes de atendimento e o médico regulador
- Regulação do Sistema de Urgência Municipal e articulação com o Sistema regional.
- Implantar Sistema de informação e instrumentos gerenciais que permitam a análise epidemiológica de produção e avaliação continuada do serviço e do Sistema, evidenciando pontos de estrangulamentos, dificuldades em quaisquer pontos do sistema e gerando ações que visem a melhoria constante da organização do Sistema e da qualidade dos serviços ofertados ao cidadão.

4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SAMU CAMPINAS

4.1- Regulação Médica do Sistema de Urgência Municipal

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, bem como os fluxos entre os serviços existentes no âmbito municipal e ocasionalmente regional.

Tal tarefa envolve a apropriação dinâmica da situação real de todos os serviços de urgência do município, de forma a permitir uma distribuição equânime dos pacientes entre eles, realizando inclusive ativamente permutas entre diferentes níveis, sem que haja prévia solicitação.

4.2- atendimentos De Urgência

- Atendimento pré-hospitalar primário no local da ocorrência
- Atendimento pré-hospitalar secundário (já atendidos em uma unidade de saúde ou transferências inter- hospitalares)
- Atendimento dos “Casos sociais”, como retornos domiciliares para pacientes impossibilitados clinicamente de transporte próprio, das Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais.

4.3- atendimentos Sob Agendamento Prévio

5. SAEC - SERVIÇO DE ATENDIMENTO À PACIENTES ESPECIAIS E CRÔNICOS

Este serviço deverá ser acionado pelo telefone 0800-7710102

HORÁRIO: 07:00 ÀS 12:00 H

- Transportes intermunicipais eletivos

- Transporte de pacientes crônicos para sessões de hemodiálise, radioterapia, fisioterapia, etc.

5.1 – Cobertura de Eventos de Risco

- Cobertura de atividades esportivas, sociais, culturais diversas, através de apoio direto com equipe no local ou à distância através de canal prioritário.

5.2- Cobertura de Acidentes de Grandes Proporções

- Regulação e atendimento local em situações de catástrofes de diferentes portes como enchentes, desabamentos, explosões, acidentes de trânsito c/ múltipla vítimas, etc.
- Participação na elaboração de planos de atendimento e realização de simulados c/ Defesa Civil, Bombeiros, Infraero e demais parceiros.

5.3- Capacitação de Recursos Humanos

- Participação na estruturação de um Núcleo formador regional de urgência junto com CETS - Secretaria da Saúde, CSI-SES e DIR XII e as Universidades locais.
- Participação no projeto de capacitação continuada em urgência de todos os funcionários do Sistema de urgência (médicos, enfermagem, TARMs e operadores de frota) do SAMU, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais, bem como os enfermeiros e profissionais da enfermagem da rede básica.
- Desenvolvimento de projetos de capacitação em urgência da comunidade, enquanto atividade do núcleo.

5.4- Ações Educativas P/ Comunidade

- Palestras sobre atendimento pré-hospitalar para firmas, escolas, creches, Conselhos de Saúde instituições diversas e comunidade em geral;
- Participação no desenvolvimento de programas preventivos junto a serviços de segurança pública e controle de trânsito

5.5- Atividades Político- Científicas

- Participação na Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) juntamente com todos os SAMUs do Brasil, desenvolvendo subsídios para a construção de políticas públicas na área de urgência/ emergência no país
- Participação em trabalhos científicos e atividades técnicas a nível internacional através da Cooperação Franco-Brasileira

6. ESTRUTURA

Tipos de Ambulâncias

- **VPS: Viatura para atendimento Psiquiátrico**: Tripulada por motorista emergêncista e uma enfermagem.. Destina-se ao atendimento de casos de média complexidade e atendimento inicial de casos de gravidade desconhecida. Nos casos mais graves , o médico psiquiatra estará acompanhando para os procedimentos necessários . Possui uma Mochila específica com material de contenção e maleta de medicamentos psicotrópicos .
- **VSB: Viatura de Suporte Básico**: tripulada por motorista emergêncista e uma enfermagem. Contém maleta de medicação para urgências, materiais de imobilização. Destina-se ao atendimento de casos de média complexidade e atendimento inicial de casos de gravidade desconhecida. (DESCRIÇÃO ABAIXO RELACIONADA)
- **VSA: Viatura de Suporte Avançado**: equipe tripulante formada por motorista emergêncista, 01 enfermeira e 01 técnica de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e 1 médico intervencionista. É uma U.T.I. móvel. Destina-se ao atendimento de pacientes graves, politraumas, IAM, EAP, arritmia, assim como o transporte de pacientes graves que necessitem de apoio técnico de enfermagem e acompanhamento médico, de outras unidades de saúde até serviços que possam oferecer o atendimento necessário ao problema do paciente

7. Descrição de materiais, equipamentos e localização nas viaturas

a. Descrição e localização de materiais nas mochilas

**b. Descrição dos medicamentos nas maletas de medicação
Suporte Básico**

Viatura de Suporte Básico			
A - Diversos - A1	Qtde	Maleta de Medicação	Qtde
Jogo de cinto de prancha c/ 3	1	Adrenalina	3
Maleta de Medicação	1	AD	8
Colete de Sinalização	2	Furosemida	4
Pares de Óculos	2	Plasil	4
Máscara	1 pcte	Diclofenaco de Sódio	4
B - Imobilização - A2	Qtde	Complexo B	4
Bandagem triangular	4	Dexametasona	2
Ataduras de crepe de 15 cm	10	Berotec	1
Ataduras de crepe de 08 cm	10	Atrovente	1
Jogo de colar cervical pp,p,m,g	2	Hidrocortisona 500mg	3
Gase estéril	10 pctes	Hidrocortisona 100mg	3
C - Venoclise - A3	Qtde	Capitopril	1 cart
Kit Abocath completo	1	Adalat	1 vidro
Ringer	4	Isordil	1 cart
Glicosado 500ml	2	Diazepan	2
Glicosado 250ml	2	Fenergan	2
Fisiológico 500ml	4	Kit Seringa	1
Fisiológico 250ml	2	Kit Agulha	1
Equipo de macro	4	Lidocaína Gel	1
D - Vias Aéreas - A4	Qtde	Glicose 50%	6
Extensões de látex	2	Glicose 25%	6
B.V.M.Inf. c/ másc. em baraca	1	Pote de Algodão	1
B.V.M.Adulto.c/ " " "	1	Kit Escalp	1
Kit Sonda de Aspiração	1	Hioscina	4
Kit de inalação Adulto	1	Aminofilina	3
Kit de inalação Infantil	1	Cartela ASS	1/2 cartela
Sanitos de 20 L	4	Dipirona	4 comp
Gase não estéril	1/2 pcte		
Kit sonda nasogástrica	1		
Kit Parto - A2			

MOCHILA BÁSICA-LARANJA	
Lado 1	Qtde
Luvas de Procedimento	20 U
Esfigmomanômetro (aparelho de PA)	1
Cânulas de Guedell 2 / 3 / 4	1 cd
Estetoscópio	1
Gases Estéreis	1/4 pcte
Tesoura de Lister	1
Lado 2	
Algodão com Álcool	1 rec
Ataduras de Crepe 15cm	6
Ataduras de Crepe 08 cm	6
Destrostix	10 tiras
Esparadrapo	1
Sonda Nasogástrica	2 cada
Gases Estéreis (curativo)	10 pctes
Luvas Cirurgicas 7,5 / 8,0	1 cd
Meio	Qtde
Kit Punção (com 2 equipos)	1
Ringer Lactado	1
Soro Fisiológico 0,9% - 250 ml	1
Soro Glicosado 5% - 250 ml	1
Sanito 20 L	2

c. Descrição dos medicamentos nas maletas de medicação Suporte Avançado

VIATURAS DE SUPORTE AVANÇADO - ARMÁRIOS E GAVETAS
ARMÁRIOS E GAVETAS - MATERIAIS

Armário 4	Qtde	Imobilizações	
materiais		Ataduras 15cm	20
DESINFECÇÃO DAS MÃOS		Ataduras 08cm	10
Almotília Álcool 70%	1	Lençóis	2
Almotília Álcool Glicerinado	1	Jogo de Tirantes (03 unidades)	1
Almotília Povedine Tópico	1	Gaveta 1	
Almotília Água Oxigenada	1	Kit Supletar Seringas (4 cd)	1
Sanito 20 L / 50 L	2	Kit Suplementar Abocaths (4 cd)	1
ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA		Kit Suplementar Agulhas (4 cd)	1
Gazes não estéreis (plástico)	1/2 pct	Kit Suplementar Scalps (2 cd)	1
Inaladores Completos Adulto	2	Manitol	1fr
Máscara Infantil Inalador	1	Bicarbonato de Sódio	1fr
Nebulizador Completo	1	Carvão Ativado	2
Kit Aspiração (04 sondas cada)	1	Gaveta 2	
Extensões de Silicone	2	Kit Intracath	1
Oxímetro	1	Caixa de Pequena Cirurgia	1
Pilhas Peq. (reserva oxímetro)	4	Kit Cricotireoidostomia	1
Armário 3-B		Kit Flebotomia	1
Kit Drenagem de Torax	2	Kit Parto	1
Circuito Estéril de Respirador	2	Kit Pericardiocentese	1
Gases Estéreis	10 pct	Gaveta 3	
Armário 2 - C		Mantas Térmicas	2
Ringer Lactado	12	Plástico de Evisceração	2
Soro Fisiológico 0,9% - 500ml	4	Kit Sondagem Vesical	1
Soro Glicosado 5% - 500ml	4	Kit Suplementar Fios Cir/Bisturis	1
Circulação		Gaveta 4	
Soro Fisiológico 0,9% - 250ml	4	Óculos de proteção	4
Soro Glicosado 5% - 250ml	4	Coletes Sinalizadores	4
Kit Punção Venosa	1	Máscaras Cirurgicas	8
Armário 1 - E		Sanitos 50 L	4
Colares Cervicais	2 jogos	Aventais Plásticos	4
Alfagesso	2		

MALETA DE MEDICAMENTOS
SUPOORTE AVANÇADO

Medicamento do 1º Compartimento		Qtde	Caixa de Psicotrópicos		Qtde
Adrenalina		32	Akineton		1
Aminofilina		4	Clorpromazina (Amplictil)		3
Atropina		16	Diazepam		3
Flebocortid 100mg		2	Meperidina (Dolantina)		3
Flebocortid 500mg		4	Dormonid		3
Glicose 25%		10	Fenobarbital		3
Glicose 50%		10	Fentanil		1fr
Lidocaína		8	Haloperidol (Haldol)		3
Seringa 10 cc / seringa 5ml		1	Fenitoína (Hidantal)		3
Agulhas 25 x 8		2	Ketamin		1fr
Agulhas 40 x 12		2	Naloxone (Narcam)		1
Água Destilada		8	Prometazina (Fenergam)		3
Medicamento do 2º Compartimento		Qtde	Quelicin		1fr
Amiodarona		4	Tramal		3
Brycanil		4	Parte Inferior		Qtde
Cedilanide		4	Isordil Spray		1 cada
Complexo B		4	Adalat		10c
Dexametasona 10mg		2	Atrovent		1fr
Diclofenaco Sódico (Fenarem)		4	Berotec		1fr
Dipirona Injetável		4	Seloken		3
Furosemida		8	Xilocaína Gel		1tb
Hioscina (Buscopam)		4	Kit Seringas		1
Kanakion / 2 Hidrolazina		2	Kit Agulhas		1
Metoclopramida (Plasil)		4	Kit Scalps		1
Ranitidina		2	Esparadrupo		1
Syntocinon		2	Garrote		1
Verapamil		4	Algodão com Álcool		1 rec
Comprimidos: - Isordil 5mg		4	Reserva: - Dobutamina		2
- Ass 100mg		8	Dopamina		5
- Captopril 25mg		10	Cloreto de Sódio		8
			Sulfato de Magnésio		2
			Gluconato de Cálcio		2

VSA - MOCHILA BÁSICA - PEDIÁTRICA - VENTILATÓRIA			
MOCHILA LARANJA - BÁSICA		MOCHILA VERMELHA- PEDIÁTRICA	
Lado 1	Qtde	Lado 1	Qtde
Luvas de Procedimento	20 U	Micropore	1
Esfigmomanômetro (aparelho de PA)	1	Algodão com álcool	1 rec
Cânulas de Guedell 2 / 3 / 4	1 cd	Ataduras de crepe 08cm	4
Estetoscópio	1	Tala Pequena 15cm	2
Gases Estéreis	1/4 pcte	Kit Parto	1
Tesoura de Lister	1	Lado 2	Qtde
Lado 2		Estetoscópio Pediátrico	1
Algodão com Álcool	1 rec	Esfigmomanômetro Pediátrico	1
Ataduras de Crepe 15cm	6		1
Ataduras de Crepe 08 cm	6	Sonda de Aspiração 4/6/8	2 cada
Destrostix	10 tiras	Kit Entubação	1
Esparadrapo	1	Meio	Qtde
Sonda Nasogástrica	2 cada	Ambu Completo	1
Gases Estéreis (curativo)	10 pctes	Laringoscópio	1
Luvas Cirurgicas 7,5 / 8,0	1 cd	Lâmina de Laringoscópio Pediátrico	1
Meio	Qtde	Soro Fisiológico 0,9% 250ml	1
Kit Punção (com 2 equipos)	1	Soro Glicosado 5% 250ml	1
Ringer Lactado	1	Kit Punção	1
Soro Fisiológico 0,9% - 250 ml	1	Equipo Macrogotas	2
Soro Glicosado 5% - 250 ml	1	Equipo Microgotas	1
Sanito 20 L	2	Abocaths 22/24	4 cada
		Scalps 21/23/25/27	2 cada
		Fio Guia	1

MOCHILA AZUL - VENTILATÓRIO	
Parte Externa	Qtde
Laringoscópio Adulto Cabo	1
Lâmina Laringoscópio 3	1
Lâmina Laringoscópio 4	1
Cânula Orotraqueal - 7,0 / 7,5 / 8,0	1 cd
Seringa 20 cc	1
Cadarço	2
Mandril Adulto	1
Pinça de Manguil	1
Pilhas Médias	2
Dentro Parte 1	Qtde
Kit tubos Endotraqueais	1
Sondas de Aspiração 14	2
Luvas Cirúrgicas - 7,5 / 8,0	1par cd
Avulso - Saco Plástico com	
Ambú Adulto	1
Máscara Grande	1
Máscara Média	1
Dentro Parte 2	Qtde
Kit Cricotireoidostomia	1
Gases Estéreis	1
Pacote de Sutura	1
Luvas Estéreis 7,5 / 8,0	2 cd
Kit Intracath	1
Kit Toracocentese	1

8. EQUIPES

a. - Equipe Assistencial Por Plantão

- 03 MÉDICOS REGULADORES NA CENTRAL REGULADORA /dia
- 02 MÉDICOS REGULADORES NA CENTRAL REGULADORA /noite

- 01 MÉDICO PSIQUIATRA
- 03 MÉDICOS INTERVENCIONISTAS
- 04 ENFERMEIROS
- 16 AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (dependendo da frota)
- 02 OPERADOR DE FROTA
- 03 TARM

b. - Equipe de Apoio Gerencial Por Plantão

- Coordenador / Co-Gerente Assistencial/ Co-Gerente Operacional
- Diretor Técnico
- Chefe de Plantão Médico - Médico mais antigo ou mais frequente do plantão
- Enfermeiro Chefe de equipe
- Equipe de assessores de manutenção

9. DIRETRIZES OPERACIONAIS

a. SALA REGULAÇÃO

- Local onde se concentra todos os chamados e informações das solicitações 192 e outros , composta por:
- Médicos Reguladores (3)
- TARM (3)
- Operador de Frota (2)

É **proibido a permanência ou visita demorada**, de qualquer funcionário que não faça parte da Central de Regulação Médica .

b. A responsabilidade do médico na Central 192

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 (paciente recebido no serviço de destino até ambulância em QRV.). É também responsável pelo funcionamento geral do serviço, na ausência do Coordenador, que deverá ser acionado em caso de qualquer dúvida ou intercorrência significativa, que fuja às regras definidas.

O Médico de Plantão é o profissional mais graduado , devendo ser ele inicialmente o responsável por todas as situações referentes e interligados ao atendimento da população e do serviço . Ultrapassando seus limites , deverá ser comunicado imediatamente a coordenação médica para que assuma a situação e o controle do problema .

Todos os profissionais envolvidos na regulação médica estão subordinados ao Médico Regulador pois ele tem a função de regular todos os atendimentos , dúvidas, encaminhar o melhor recurso, reavaliar as prioridades continuamente orientando o Operador de Frota , a liberação e priorização dos casos .

Responde a todas as orientações passadas e repassadas às equipes de atendimento.

Quando existir qualquer problema , deverá acionar os representantes diretos das categorias e discutir o problema assim como comunicar a Coordenação na forma escrita para que se registre e se necessário, tome as medidas cabíveis .

A Central 192 é composta de várias equipes interrelacionadas. Os TARMs em número de 03 (três) , Operador de Frota (2) e 02 Médicos Reguladores e 03 Médicos Intervencionistas..

Apesar de estar contido na mesma Central, as funções são distintas, possuindo uma Central 192 (atendimentos diversos) e uma Central de Regulação Municipal (responsável pela regulação e controle dos leitos dos Prontos Atendimentos e dos Hospitais conveniados SUS e procura de vagas para transferências inter unidades de saúde)

10. DEFINIÇÕES

a. MÉDICO REGULADOR DA CENTRAL REGULADORA MUNICIPAL

Atividades :

- ✓ reorientação dos casos não definidos como urgências ou emergências, orientando ou auxiliando profissionais médicos em casos incomuns nas Unidades de Saúde assim como equipes de enfermagem na ausência de médicos no local,
- ✓ definir a viatura mais adequada ao atendimento solicitado pelo
- ✓ acompanhamento e controle dos leitos dos Pronto Atendimentos e das vagas dos hospitais secundários.
- ✓ preencher em planilha eletrônica ou escrita, as vagas e leitos, informados pelos serviços de saúde(PAs ou Hospitais), por fax , Internet ou outra via on line.
- ✓ Ficará responsável de encontrar vagas solicitados pelo SAMU quando em atendimento in loco ou as demais unidades de saúde aos pacientes com necessidade de serviços mais adequados .

b. MÉDICO EMERGÊNCISTA - INTERVENCIONISTA

Os médicos plantonistas intervencionistas são responsáveis pelo atendimento liberado pelos médicos reguladores das solicitações pelo 192 , saindo nas Viaturas de Suporte Avançado para o atendimento no local ou transferir pacientes que necessitem de acompanhamento médico.

Deverá ainda:

- Seguir as orientações do médico regulador quanto ao local de destino do paciente e outras questões relativas às ocorrências;
- Ser responsável pela equipe que for designada para acompanhá-lo, dando apoio e orientação à mesma, tratando com respeito todos os membros da mesma assim como pacientes, eventuais acompanhantes e população presente;

- Comunicar-se com a base passando a situação encontrada no local para o médico regulador.
- No local da ocorrência, ao chegar, deverá imediatamente identificar-se enquanto médico responsável pela equipe perante o paciente, familiares, transeuntes ou equipes de Corpo de Bombeiros ou Policiais presentes, dirigindo-se aos mesmos com respeito, procurando manter a calma no local e obtendo as informações necessárias.
- Respeitadas as questões de segurança, determinadas pelos Bombeiros ou Defesa Civil, o médico do SAMU deverá avaliar clinicamente o paciente, e no próprio local já iniciar com todas as medidas necessárias para a manutenção da vida deste paciente, afim de que possa ser transportado com a maior segurança e estabilidade possível.
- Após a estabilização inicial, o médico deverá comunicar-se com a base via rádio, informando ao médico regulador sobre o estado do paciente e as condutas tomadas. O médico regulador deverá então orientá-lo sobre o destino do paciente.
- A equipe de atendimento deverá acompanhar o paciente durante todo o trajeto, dentro da cabine, até o local de destino.

c. MÉDICO PSIQUIATRA

1) MÉDICO REGULADOR / PSIQUIATRIA

Em 2003 iniciamos a regulação com médicos psiquiatras com plantões noturnos de 12h e fins de semana e feriados de 24 horas.

Em 2005 iniciamos a partir de outubro a regulação psiquiátrica no período de 24 horas por profissionais médicos .

Na presença do profissional psiquiátrico, este deverá conduzir o caso , podendo orientar por telefone uma conduta ou ir ao local , avaliar e conduzir da forma mais adequada possível . Este paciente poderá ser conduzido para um CAPS ou ao Pronto Socorro Psiquiátrico .

Se o caso solicitado ser de risco de morte e o médico psiquiátrico estiver em atendimento na rua , o médico emergencista/plantonista, deverá atender o chamado , mesmo sem acompanhamento de um profissional da saúde mental e após os procedimentos necessários para contenção do paciente, deverá ser encaminhado ao Pronto Socorro Psiquiátrico (PUCC ou HC) .

11.Critérios específicos para liberação de recurso

A decisão técnica quanto ao tipo de recurso a ser enviado para cada caso, depende de múltiplos fatores podendo ser passíveis de equívocos :

- Informação passada pelo solicitante (regulação)
- Diagnóstico Provável Inicial
- Horário
- Idade
- Local (via pública x domicílio x unidade de saúde)
- Distância x tempo de resposta x atendimento x prognóstico

- Condição social x patologia

O Médico Regulador quando estiver empenhado nesta atividade , deverá manter-se nesta posição liberando o atendimento para outro profissional, que estará destacado para uma VSA para realizar o atendimento nas Bases Descentralizadas.

Existem algumas situações em que a priori deverão ser liberadas VSA .

Após a liberação , o Médico Regulador deverá continuar seus questionamentos assim como, orientar os solicitantes de como proceder até a chegada da atendimento solicitado .

Caso as informações passadas pelo solicitante confirme o diagnóstico inicial seja de considerado uma emergência , a liberação da Unidade de Suporte Avançado deve ser imediata.

O Médico Regulador , informando ao solicitante que a viatura já foi deslocada, com o paciente mais calmo, tem condições de conseguir mais informações a respeito do paciente .

Caso as informações sejam confirmadas com a gravidade inicial, com risco de morte e o recurso liberado pelo Médico Regulador deverá dar prosseguimento ao atendimento .

Caso o Médico Regulador avalie com as novas informações uma complexidade menor , a Viatura de Suporte Avançada poderá ser alterada para uma Viatura de Suporte Básico se existir essa viatura imediatamente (Cód 3) . Caso não tenha esse recurso , a VSA deverá continuar e dar a assistência necessária .

i. Causas Externas

- *Acidentes de trânsito / Politraumas
- *FAF, FAB (em função da localização e gravidade da lesão)
- Asfixia, TCE
- Afogamento
- Eletrocussão
- Quedas de alturas

ii. Emergências Cardiovasculares

- E.A.P.
- I.A.M.
- Arritmias
- ICC descompensada
- PCR
- Crise hipertensiva com lesões em órgão alvo
- Angina
- Síncope
- Hipotensão

iii. Emergências Neurológicas

- *Crise convulsiva
- *A.V.C. em fase aguda
- Depressão do S.N.C.
- TCE

iv. Distúrbios Metabólicos

- Cetoacidose diabética
- *Hipoglicemia
- Choque anafilático
- Choque séptico

v. Insuficiência Respiratória Aguda

vi. Intoxicação Exógena

vii. Emergências obstétricas

- DHEG
- Parto múltipara domiciliar
- Período expulsivo

viii. Emergências cirúrgicas

- *HDA
- Abdome agudo com descompensação hemodinâmica

Algumas orientações:

O médico regulador deve cobrar sistematicamente o contato com a equipe no local da ocorrência e prontificar-se imediatamente a enviar apoio sempre que solicitado, lembrando-se que às vezes não é possível o fornecimento de justificativas detalhadas, devido a múltiplas razões. As discussões sobre a real necessidade do apoio deverão ser realizadas posteriormente junto com os responsáveis diretos dos profissionais envolvidos. Nestas situações de risco iminente, a equipe deve sair do local com a vítima e encontrar com apoio no caminho.

A solicitação do paciente para ser levado a um determinado serviço de referencia por ser acompanhado no mesmo, poderá ser realizada se :

O paciente vai ter no serviço de referencia toda estrutura que realmente necessita.

O serviço de referencia tem condições de receber este paciente.(vagas)

O médico regulador devera sempre atuar de forma a garantir o acesso do paciente ao sistema de saúde, de modo que o paciente seja adequadamente atendido sem congestionar o sistema, se possível respeitando a autonomia do paciente.

Nos casos em que não houver UTI disponível, deve ser enviada VSB ou VSB saindo da base acompanhada de médico.

Nos casos com indicação de U.T.I. a liberação deve ser imediata, visando o menor tempo resposta, mesmo sem saber o destino do paciente. Enquanto isto a U.T.I. já deverá se dirigir ao destino.

O médico do SAMU no local, informará a base do real quadro clínico, e em função destes dados o médico regulador entrará em contato com o Hospital da área de abrangência.

Nos casos de urgência extrema, por gravidade ou valência social elevada, múltiplas vítimas, podem ser liberadas uma VSA e uma VSB e/ou saída de 2 médicos assistências.

Quando o Corpo de Bombeiros estiver em atendimento em campo com paciente crítico, ou liberando uma UR para esta circunstância, o médico regulador deverá liberar uma VSA para apoio de acordo com a disponibilidade da base da ,ou tempo resposta para o apoio, e mesmo em campo deverá assumir o atendimento ao paciente grave

10. PROTOCOLOS DE ATENDIMENTOS

(Clicar sobre o item acima)

11. Descentralização de Viaturas em Bases da Guarda Municipal

Desde de 2005 , o SAMU 192 CAMPINAS , descentralizou as viaturas de Suporte Básico para Bases da Guarda Municipal

As Bases estão definidas da seguinte forma :

- Base DIC 6
- Base FLORENCE 1
- Base Taquaral
- Base SAMU – Centro

Em cada uma das Bases ficam dispostas 02 Viaturas de Suporte Básico e na Base Centro são dispostas 04 Viaturas de Suporte Básico .

A partir de Fevereiro de 2006 , estaremos descentralizando as Viaturas de Suporte Avançado para as Bases :

- Base DIC 6
- Base Taquaral
- Base SAMU/Centro

12. Rotinas de passagem dos plantões (alteração fev.2006)

a. No recebimento de plantões

- A troca de serviço deve ser realizado às **07:00 horas e às 19:00 horas**. Será fornecida uma escala mensal via e-mail a todos os profissionais . Os que não estão recebendo informes , favor confirmar o endereço eletrônico correto .

Essas mudanças também trarão mudanças nas Trocas de Plantões

O número de profissionais de plantão deve ser mantida durante todo o período de trabalho .

Cada profissional não é substituível por outro que esteja no plantão .

Cada plantão tem um número de médicos e que deve ser mantido até a troca de turno.

Cada profissional tem sua função da escala entretanto , por conveniência , até hoje as equipes não criaram períodos de trabalhos que respeitassem os turnos e suas funções durante aquele período .

Com estas mudanças , cada médico terá diariamente uma função previsto em escala e estará sendo responsabilizado pela atividade determinada .

Estaremos dividindo os médicos nas Bases Descentralizadas e Regulação

- Base Centro / SAMU
- Base DIC 6
- Base do Taquaral
- Base Florence 1

Somente os Médicos Reguladores terão decisão final sobre os casos e seus destinos .

Todos os demais Profissionais deverão obedecer os Médicos Reguladores e suas decisões .

Casos que forem discordados , após o atendimento , poderá ser discutido e/ou encaminhado para a Coordenação para avaliação e rediscussão .

PLANTÕES NOTURNOS

No período Noturno temos a escala com 05 .

Os médicos deverão obedecer as posições de Médicos Reguladores e Intervencionistas .

TROCA DE TURNOS

Cada equipe somente poderá deixar a sua viatura após a chegada do outro que estará assumindo .

O profissional não poderá deixar o plantão se o colega não assumir a Regulação Médica ou a Viatura definida em escala .

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

b. PARECER pelo CRM Falta de plantão e Abandono de Plantão

Primeiramente, há de se esclarecer a diferença entre a "falta ao plantão" e "abandono ao plantão".

Falta ao plantão por motivo de força maior, pode elidir a figura da infração ética, desde que suprida de forma regular por outro médico. Nesse sentido, o plantonista que, por motivo relevante, deixar de comparecer ao plantão, deve comunicar o fato ao Diretor Clínico, com antecedência, para que seja providenciado o substituto para aquele horário.

Isto porque, em nenhum momento o plantão pode ficar sem médico no atendimento, para evitar problemas sérios com a desassistência .

O Código de Ética Médica, em seu Capítulo III, dispõe sobre as hipóteses de infração ética, no tocante à responsabilidade profissional, a saber:

É vedado ao médico:

Art. 35 – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave (APH- outro médico substituto pois a sua função é insubstituível)

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Abandono de Plantão : Depende da análise dos referidos dispositivos violadores da ética médica que o abandono puro e simples ao plantão, sem justificativa alguma ao Diretor Clínico, reveste-se de características de infração ética, podendo ter consequências graves tanto para o médico quanto para os pacientes expostos ao risco de vida.

Pode ocorrer, porém, do médico suspender suas atividades, em razão de não ter condições mínimas para exercer sua profissão ou se não for remunerado condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência.

Assim, não poderá faltar ou abandonar seus plantões à luz daquelas razões, devendo comunicar a sua decisão ao CRM. É a disposição do artigo 24 do Código de Ética Médica.

Com relação à expressão "desídia", também objeto da presente Consulta, utilizada em matéria trabalhista, é tida como "desleixo", "desatenção", "indolência", com que o empregado executa os serviços que lhe estão afetos.

A desídia habitual, equivalente à negligência contumaz, reveladora de sucessivos desleixos, justifica a figura da justa causa, prevista no artigo 482 "e" da Consolidação das Leis do Trabalho.

É o nosso parecer, s.m.j.

Adriana T. M. Brisolla Pezzotti
Advogada

Subscrito pelo Conselheiro Cleuriberto Venâncio Pereira

c. Atraso

1. Tempo de Atraso até 15 minutos : **ACEITÁVEL**
2. Tempo de **Atraso cima de 15 minutos** : Será descontado o valor do médico que atrasou e será pago ao médico que estava aguardando a sua chegada . O médico atrasado receberá uma **Orientação Disciplinar** .
3. Após a **3a. Advertência** será encaminhado para o Departamento Jurídico e Comissão de Ética .
4. Tempo de **Atraso maior de 60 minutos** : Será encaminhado **imediatamente** ao Jurídico e para a Comissão de Ética.

Serão também anotados no Atestado de Frequência (AF) os atrasos ocorridos os quais serão automaticamente descontados em Folha de Pagamento da PMC, assim como, o Departamento de Recursos Humanos ficam automaticamente cientes da situação podendo também encaminhar o funcionário para o Secretaria de Negócios Jurídicos / Departamento de Processos Disciplinares e Investigatórios para as medidas cabíveis .

- Os médicos plantonistas deverão, ao chegar no plantão, bater o CARTÃO PONTO imediatamente, apropriando-se dos recursos.
OBS: Os cartões que forem batidos por outros tentando cobrir atrasos, quando “pegos” pela Coordenação , serão descontados financeiramente o período todo dos dois profissionais assim como advertência e encaminhados ao DPDI .
- **Recursos internos:** conversar com o enfermeiro responsável pelo plantão e com o supervisor de transportes, registrando o número de viaturas e profissionais disponíveis, bem como se interar da disponibilidade dos equipamentos.
- **Recursos externos:** Constatar todos os serviços receptores, e resgate, inteirando-se da situação de disponibilidade de macas, RX, laboratório, etc, registrando os nomes dos responsáveis pelos plantões.
- O Médico da Central Reguladora deve apropriar-se dos recursos das Centrais de vagas disponíveis: Contactar e receber as planilhas diárias dos leitos cadastrados. Atualmente apenas Santa Casa e Beneficência Portuguesa.
- Qualquer intercorrência grave deve ser escrita no livro de Ocorrências e encaminhado ao Diretor Técnico e/ou Coordenador .

d. Durante o decorrer dos plantões

- O médico deverá preencher todas as planilhas de encaminhamento existentes e acompanhar dinamicamente a distribuição dos casos nos diferentes serviços, atualizando sistematicamente a situação de todos os serviços receptores;
- Deverá registrar em livro de ocorrência o que julgar pertinente, apenas como relato e descrever imediatamente em formulário adequado, algum caso mais importante e que seja necessário alguma atuação da Coordenação;
- Em caso de qualquer dúvida técnica ou administrativa ou em qualquer situação que julgar pertinente, deverá acionar o Coordenador no serviço ou à distância.

e. Ao final da cada plantão

O médico que está deixando o plantão deverá passar para aqueles que estão chegando, todos os casos em andamento e os pendentes, bem como a situação dos recursos disponíveis e a situação geral do plantão. Quem receber **deverá checar** todas as informações do item abordados .

Código de Ética

Art. 84 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes (casos sob regulação médica) sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho

13. Trocas de Plantões / Assumir Plantões Vagos –Férias

A Partir de Janeiro de 2006 , forma definidas e cobradas regras para as Trocas ou quando assumirem plantões vagos/férias .

O médico deverá registrar a troca ou a responsabilidade de algum plantão em ficha pré- determinada pela coordenação .

Essa atitude será conferida e autorizada pela DireçãoTécnica e/ou Coordenador .

Os casos não avaliados ou não autorizados, não serão pagos .

Os médicos que assumirem os plantões e autorizados pela Coordenação estarão automaticamente responsabilizados em fazê-los e na sua ausência , será quem responderá éticamente e administrativamente pela falta .

14.

Fluxograma da Central reguladora

- a. Os chamados são recebidos via 192 , ou através de rádio e linhas diretas e devem ser sempre inicialmente identificados pelo TARM e em seguida encaminhados ao Médico Regulador para serem submetidos à regulação médica.
- b. A partir do dia **29 de julho de 2004** , os profissionais deverão realizar os seguintes procedimentos :

1. Após a identificação do paciente , **informar ao solicitante o NÚMERO DO QRU** para que o mesmo possa adiantar o trabalho de procura de ficha de atendimento em outras ligações .

OBS : O NÚMERO DEVE SER DADO E COBRADO NOS LOCAIS FIXOS (Domicílios, PAs e HOSPITAIS)

Em transito é muito difícil anotar o cobrar o número

Nos QTAs = CONFERIR COM O NOME

Outra atitude a ser tomada é de que todas as novas ligações pertinentes ao mesmo QRU (informado pelo solicitante) **sejam realizadas nas CENTRAIS DE REGULAÇÃO .**

2. Esta nova ficha deverá conter a data, horário e **o número do QRU informado .**
3. Todas as novas fichas deverão ser **entregue ao médico regulador para descrever alterações ou informações** pertinentes a dúvida do usuário nos referidos horários de reclamação , dúvida ou alterações clínicas do paciente .
4. Esta nova ficha deverá ser **anexada a ficha inicial do QRU** , sendo um documento pertinente a todo o atendimento

Desta forma estaremos avaliando o número de chamados existentes pelo solicitante , a conduta tomada e as dificuldades encontradas pelo Médico Regulador e todo o período reclamado , evitando problemas que estão surgindo e que poderão trazer complicações ético -legais .
Assim estamos evitar constrangimentos posteriores .

- c. A regulação médica ocorre através de uma anamnese passiva/ativa, conforme técnica específica, descrita no manual do regulador, procurando realizar um diagnóstico sindrômico. Com base neste diagnóstico presuntivo, e análise da gravidade imediata e potencial, o médico regulador poderá optar pelo envio de uma ambulância específica para o caso (VS, VSB, VSA, psiquiátrica, neonatal ou aeromédico) as que forem disponíveis, ou reorientar o usuário através de um aconselhamento médico.

- d. No caso de ser necessário atendimento pré-hospitalar móvel, a viatura mais adequada será despachada pelo operador de frota após a liberação e definição do Médico Regulador . Devido ao número de viaturas diminuído (macas presas) e o número acentuado de chamados, deverá o médico priorizar os atendimentos básicos , indicando códigos

A partir de 2007 estaremos definindo as prioridades por cores .

Código 1 (Verde) – Prioridade mínima . Tem necessidade de um atendimento médico porém não existe urgência . Geralmente são casos de baixíssima complexidade e podem ser encaminhados às Unidades Básicas de Saúde ou Pronto Atendimentos para uma avaliação .

Código 2 (Amarelo) – Prioridade intermediária . Tem necessidade de atendimento médico em Pronto Atendimento para avaliação mais criteriosa . É um quadro de urgência .

Código 3 (Vermelho) – Prioridade máxima . Tem que ter resposta rápida , pois , se existir demora , poderá evoluir com alteração do quadro , sendo necessário atendimento de Suporte Avançado .

- e. Os atendimentos liberados como **CÓDIGO VERMELHO** (prioridade máxima no atendimento básico) são atendimentos que devem ser realizados imediatamente com as viaturas disponíveis definidas em suas regiões de descentralização . Caso naquela região não existir Viatura Básica disponível para atender, a ocorrência deverá ser atendida pela Viatura de Suporte Avançado da região .

O Médico Regulador também permanecer atento em relação a previsão de tempo e da urgência do atendimento .

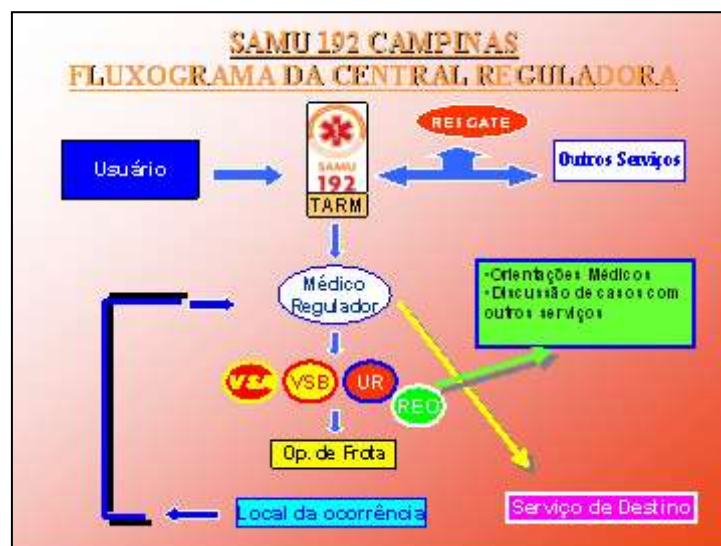
Se o Operador de Frota informar que o Tempo Resposta previsto será maior que o proposto , o atendimento deverá ser realizado com a equipe de Suporte Avançado .

A demora de um atendimento de uma situação definida como Código VERMELHO , caso tenha complicações clínicas ao paciente , o médico será responsabilizado .

- f. Cabe ao médico regulador registrar a ficha específica , acompanhar a liberação da viatura, certificando-se do tempo de saída , bem como demais tempos resposta.
- g. Ao chegar ao local a equipe de atendimento (básica) deverá passar o caso que será monitorado via rádio ou equipamento similar pelo médico que orienta a equipe intervencionista quanto aos procedimentos necessários e/ou decida para qual serviço será encaminhado. A Ficha de Regulação, deverá ser checada e assinada pelo Médico Regulador imediatamente após a chegada da equipe na Base . No caso da UTI , onde já está presente o médico, este pode informar o destino ou solicitar o tipo de serviço necessário, passando as condições clínicas do paciente ao Médico Regulador da Central Reguladora, para que encontre o serviço adequado às condições do paciente.

- h. Se o grau de complexidade assim o permitir, será levado imediatamente para o PA mais próximo ou ao serviço que tenha o recurso específico à necessidade do paciente (RX funcionando, GO, ortopedista, etc.).
- i. Nos casos de Fraturas, IAM ou suspeita de IAM , AVC em curso e Gestantes , encaminhar diretamente ao Hospital Terciário. As suspeitas podem ser encaminhadas aos Prontos Atendimentos mas imediatamente após a confirmação diagnóstica , encaminhar imediatamente ao Hospital Terciário , como fosse um atendimento primário e não secundário pois, o paciente foi atendido inicialmente pelo SAMU e deve dar continuidade ao atendimento .
- j. Se for necessário encaminhamento para um hospital, o transporte fica atrelado à disponibilidade de recebimento, de acordo com o fluxo atual vigente entre SAMU e Hospitais atualmente. Dependendo da gravidade do caso pode-se usar um PA como base estabilizadora ou solicitar apoio no local de uma VSA até que se consiga o recebimento do paciente por um hospital contactado.
- k. Os paciente críticos atendidos pelo SAMU 192 CAMPINAS ou que forem solicitados pela Central de Regulação deverão ser será encaminhado pelo Conceito de **VAGA ZERO** regulamentado pela Portaria 2.048 de 05 DE NOVEMBRO DE 2002 ao Hospital de Referência e/ou que ofereça melhor assistência a necessidade do trauma . O CRM reforça que o paciente deve estar no melhor recurso para o seu atendimento .

O Prazo de tolerância de uma Transferência desde o horário de chamada ou atendimento inicial está definida de no **MÁXIMO 02 HORAS** . Após esse prazo , deverá ser encaminhado como **VAGA ZERO** .



15. MACAS PRESAS

O Tempo Resposta é um dos principais índices que será avaliado pelo Ministério da Saúde e que será parâmetros para a continuação da verba de custeio mensal do SAMU 192 .

Visto essa dificuldade frequente , o **Coordenador do SAMU 192 CAMPINAS, Dr. José Roberto S. Hansen**, encaminhou uma consulta ao CRM / Regional Campinas em 2003 . Esta consulta foi encaminhada ao CREMESP/SP onde deu entrada em 2004 .

Foi levado em discussão e Aprovado na 3.155a. Reunião Plenária realizada em 16/07/04 e Homologado na 3.159a. realizada em 27/07/2004.

a. Consulta ao CRM No. 14.402/04

Assunto : *Sobre as macas de ambulâncias serem retidas em Hospitais e Pronto Atendimento , sob o pretexto de “vaga zero”, acarretando demora na liberação das mesmas para subseqüentes atendimentos .*

Relator : **Conselheiro Renato França Filho**

Ementa: **O Diretor Clínico do hospital que reter a ambulância será responsável no atraso nos demais casos de atendimentos .**

O consulente Dr. J.R.S.H, médico responsável pelo SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que se depara , com freqüência com o fato de macas de ambulâncias serem retidas em hospitais e Pronto atendimentos sob o pretexto de Vaga Zero acarretando demora na liberação das mesmas para subseqüentes atendimentos. Questiona este Conselho com os seguintes quesitos , respondidos , posteriormente , um a um :

Quesito 1) De quem é a responsabilidade do ATRASO dos demais atendimentos , devido a apreensão de macas das viaturas de Urgência e Emergência ?

Parecer pelo CRM : **Do Diretor Técnico do Hospital ou Pronto Atendimento que reteve a ambulância , o que retardou ou mesmo impediu outro atendimento , o que poderá ser causa de morte ou seqüela , devido a ausência do socorro imediato .**

Quesito 2) De quem é a responsabilidade do AGRAVO de saúde de um paciente devido o atraso no atendimento, devido a apreensão de macas viaturas de urgência e emergência ?

Parecer pelo CRM: **Também deverá ser responsabilizado o Diretor Técnico do hospital retentor da ambulância .**

Quesito 3) Pode um serviço de saúde prender sem a necessidade precisa , o equipamento vital de uma viatura que presta atendimento móvel de urgência , impossibilitando e prejudicando diretamente o Tempo Resposta aqueles que esperam ansiosos pelo socorro ?

Parecer pelo CRM: **Não há justificativa , salvo em situações extremamente particulares , para que tal fato possa ocorrer .**

Quesito 4) Pode um profissional médico de uma Unidade de Saúde , mesmo tendo outros locais (sala de sutura, sala de curativos , etc.) com macas livres em seu interior, segurar e atender o paciente na maca de uma viatura que realiza Atendimento de Urgência 24 horas ?

Parecer pelo CRM: Não há justificativa , salvo em situações extremamente particulares , para que tal fato possa ocorrer .

Quesito 5) O paciente encaminhado pela Ambulância de um Serviço Pré-Hospitalar a um serviço de atendimento fixo de urgência 24 horas e existindo uma sala de urgência na unidade com macas livres dentro desta sala, deve ser acolhido inicialmente em outro local senão a sala de urgência , e somente ser liberada a referida maca após o atendimento do paciente e transferência pa a enfermaria de observação?

Parecer pelo CRM: O paciente deve ser atendido sob as , melhores condições disponíveis no momento, evitando-se a retenção do equipamento destinado ao atendimento pré-hospitalar .

Quesito 6) Utilizar a maca de viatura para realizar exames complementares radiológicos, referindo não possuir macas de rodas , entretanto, o paciente não possui necessidade de manter cuidados com sua coluna cervical, torácica ou lombar, pois o exame é no pé ou perna e existe cadeiras de rodas na unidade?

Parecer pelo CRM Tal prática não pode se considerada adequada e nem compatível com as melhores indicações médicas , ainda mais considerando-se a exigüidade de recursos de atendimento pré-hospitalar , seu custo e demanda da população .

Quesito 7) Na cidade existem 03 hospitais terciários . Também temos 03 pronto atendimentos 24 horas. Se cada serviço existente prender uma maca de viatura do SAMU , certamente teremos um comprometimento muito grave, e certamente receberemos queixas por omissão de socorro . que serviço responderá por esta falta de atendimento, já que o SAMU possui estrutura para oferecer e está impedido por responsabilidades de outros ?

Parecer pelo CRM : O Diretor Técnico da Instituição deve ser responsabilizado diante de seu comportamento junto ao Órgão de Classe , podendo ser passível de denúncia ao Ministério Público.

O Conselho Regional de Medicina sugere ainda , a leitura da Resolução 1.671/03

Esse é o nosso parecer , s.m.j.

Conselheiro Renato Françoso Filho

Aprovado na 3.155a. Reunião Plenária realizada em 16/07/04 e Homologado na 3.159a. realizada em 27/07/2004.

Em 05 de Setembro de 2005 no Colegiado Gestor realizado no SAMU , foi decidido entre os representantes a seguinte atitude :

- As viaturas que tiverem as macas retidas, deverão permanecer na Unidade até a liberação do recurso retido .
- Os funcionários terão que registrar os horários de Maca Presa em impresso próprio, com horário inicial e horário final para podermos realizar as avaliações estatísticas necessárias .

- Nos horários de almoço , jantar e troca de plantões deverão retornar a Base e após a alimentação ou troca de equipes , deverão retornar aos locais onde estão suas macas retidas.
- Os casos apresentados mensalmente serão encaminhados ao CRM e a Secretaria de Saúde .

b.A abordagem dos chamados em função do solicitante

“Um serviço de atendimento pré-hospitalar deve considerar que os usuário são frequentemente leigos ou transeuntes que apenas presenciaram ocorrências, podem não serem capaz de fornecerem as informações consistentes que nos permitam realizar com segurança e tranqüilidade a tarefa de regulação, no entanto a vítima pode realmente necessitar de atendimento imediato e não pode ser prejudicado por esta dificuldade.”

Dependendo do caso, os menores de idade devem ser acolhidos, pois podem ser os únicos no local. Nestes casos o TARM deverá ser mais rigoroso na coleta de informações e sentir com sua experiência a veracidade da solicitação. Poderá retornar a ligação para confirmar o local .

i. Solicitações de Unidades Básicas de Saúde

- Um chamado de UBS, pressupõe uma solicitação de profissional da saúde, que solicita apoio para uma situação que não pode resolver no momento,
- O caso pode ser passado por qualquer profissional que saiba passar adequadamente os dados necessários. Caso o profissional não informe adequadamente , o médico deverá ser solicitado salvo se estiver em atendimento do referido paciente em emergência ,
- Devemos sempre perguntar se existe algum médico na Unidade no momento e se o paciente foi avaliado por algum médico, pois ele é o responsável pelo paciente e suas informações,
- Caso não tenha médico no local o Médico Regulador do SAMU fornecerá orientação técnica sobre como proceder até a chegada da ambulância, ou se o próprio médico da unidade , solicitar ajuda.
- Devemos a seguir estabelecer qual o tipo de viatura e tripulação adequada em função da gravidade de caso e dos recursos disponíveis pelo SAMU, e enviar ambulância o mais rapidamente possível.

ii. Solicitações de Unidades de Pronto Atendimento

- Estas solicitações são a priori reguladas sob o mesmo princípio, pois compete ao Médico Regulador do SAMU a plena Regulação do Sistema de Urgência Municipal.

- Atualmente (desde Julho de 2001), o seguinte fluxo ficou estabelecido da seguinte forma :
- As Unidades de Pronto Atendimento solicitam transferências aos pacientes que **necessitam clinicamente** de suporte da equipe de enfermagem ou médico , ficando o SAMU 192 CAMPINAS, responsável pela regulação de todos os casos .
- Os casos que **NÃO** forem informados adequadamente, que **NÃO** forem caracterizados Urgência ou Emergência ou **NÃO** apresentar necessidade clínica para utilização das Viaturas **NÃO SERÃO AUTORIZADAS PELO MÉDICO REGULADOR** pois sendo o **MÉDICO REGULADOR DE URGÊNCIAS UMA AUTORIDADE SANITÁRIA PÚBLICA**, utilizará de seus direitos, com a finalidade de ordenar e coordenar o uso de recursos disponíveis no atendimento de saúde às urgências.
- Nas transferências a serviços de maior complexidade , o médico da Unidade solicitante deverá preencher a **FICHA DE TRANSFÊRENCIAS DE UNIDADES** , sendo **01 via encaminhada por FAX ao Médico Regulador** e a original , deverá ser encaminhada junto do paciente ao serviço definido pelo **MÉDICO REGULADOR** .
- Somente após o recebimento da **FICHA DE TRANSFERÊNCIA E DISCUTIDO COM O MÉDICO REGULADOR** , estará sendo procurado um serviço terciário para o referido paciente .

Considerando o disposto na Portaria 2048 do Ministério da Saúde de 05/11/02, os Serviços de Regulação Médica de Pré-Hospitalar têm a responsabilidade de Órgão Regulador do Sistema de Urgência e Emergência dos municípios a que são referência.

Para tal, está estabelecido que os **MÉDICOS REGULADORES** deste serviço tem, além da atribuição de prestar atendimento de urgência / emergência no pré-hospitalar móvel, como função, encontrar a vaga para pacientes que necessitem, pela característica de seu quadro clínico, de transferência para outros serviços. A centralização desta prerrogativa é justificada pela informação que o SAMU dispõe sobre as condições de trabalho de cada serviço de urgência podendo encaminhar o usuário ao local que propicie um atendimento mais adequado e rápido possível.

1. Da solicitação de transferência

É sempre importante lembrar que ao solicitar uma transferência os médicos dos Pronto-Socorros necessitam informar ao Médico Regulador o maior número de dados possíveis sobre o paciente . Preenchendo o impresso **FICHA DE TRANSFÊRENCIAS DE UNIDADES** os dados necessários serão descritos e apresentados ao Médico Regulador .

A transferência do paciente , deve ser acompanhada do impresso a ser preenchido e que pode ser o mesmo do utilizado para o encaminhamento para vagas secundárias. Identificar na parte superior da folha - **TERCIÁRIA** .

TODOS OS CASOS DEVEM SER PASSADOS AO MÉDICO REGULADOR ACOMPANHADOS DO FAX .

Caso tenham sido esgotadas as condições no local do atendimento e a(s) referência(s) terciária(s) informarem que não têm vaga para receber o paciente, este deverá ser

transferido com o critério da VAGA ZERO com o tempo máximo de tolerância de 2 horas . Imediatamente após esse prazo deverá encaminhar o paciente com o critério de **VAGA ZERO**.(O referido critério cabe para casos em que a não transferência põe em risco a vida ou a possibilidades de seqüelas graves ao paciente) .

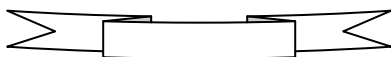
Em geral **NÃO DEVE SER** utilizado o critério de VAGA ZERO para:

- *Pacientes terminais*
- *Avaliações de especialidades sem risco de perda de função ou comprometimento vital de órgãos, com possibilidade de avaliação e acompanhamento ambulatorial;*
- *Avaliação radiológica,*
- *Imobilização primária,*
- *Avaliação imediata de neurologia em TCE sem alteração clínica e/ou radiológica,*
- *Pacientes que necessitem de observação prolongada*
- *Suturas simples*
- *Troca de Sondas*

2. ANTES DE CHAMAR O SAMU

Procurar sempre, com os recursos disponíveis, atender e estabilizar o paciente. Após a avaliação e o tratamento inicial (ou durante este processo), solicitar a transferência ao serviço terciário.

É desejável que as transferências sejam feitas sempre com o paciente estabilizado e com procedimentos invasivos disponíveis (drenagem de tórax, acesso venoso, intubação) já realizados.



Campinas, 08 de agosto de 2004

3. REUNIÃO EM 08 DE AGOSTO 2004

AOS MÉDICOS

Em reunião realizada na Câmara Técnica de Urgências em 27 de julho de 2004 , foram abordados vários assuntos dentre eles , alguns foram definidos como propostas e determinações

.Decisões :

VISITA AOS PRONTO ATENDIMENTOS

Os Coordenadores dos Pronto Atendimentos solicitaram a Coordenação do SAMU que seus Médicos Reguladores realizem visitas periódicas nos Pronto Atendimentos e principalmente quando existir macas presas.

O médico irá acompanhado pelo coordenador ou co-gerente do SAMU nas segundas, terças e sextas-feiras. Quando existir maca presa, solicitará junto do médico responsável da unidade, uma maca para avaliação dos casos. **NÃO REALIZAR QUALQUER ATITUDE REFERENTE A COMPLACÊNCIA.** Qualquer alteração encontrada, comunicar o Coordenador para entrar em contato com o coordenador da Unidade para tomar a atitude necessária.

As visitas começaram a partir de 09 de agosto de 2004.

RETORNOS AO LAR 24 HORAS

O SAMU possui a viatura (D1) para realizar transferências e retornos para residências nas 24 horas. Cobrar e avaliar nos Pronto Atendimentos, a possibilidade de altas, antes de prenderem macas durante a noite. Os retornos são para pacientes acamados e sequelados que necessitam de transporte deitados. Não é para utilização de caso unicamente SOCIAL.

Obs: Caso existam outros retornos, casos sociais, poderão ser dados "caronas" se o destino for próximo ao do paciente sequelado.

REDIRECIONAMENTO AOS CASOS GRAVES AOS HOSPITAIS

Ficamos decididos nesta data em redirecionar os fluxos de casos importantes como **INFARTOS** e **ANGINAS INSTÁVEIS** que o tempo influencia diretamente o prognóstico primeiramente para os Hospitais. Encaminhar como **VAGA ZERO** pois temos ciência que vários hospitais escondem vagas e equipamentos para dificultar a aceitação de pacientes.

Os casos de IAM que possam estar dentro dos critérios de Trombólise (Metalyse), realizar os procedimentos pré hospitalar.

16. Vagas em Hospitais Secundários

As vagas secundárias estão desde setembro sob responsabilidade da Central de Leitos criado especificamente para o controle de vagas nos hospitais contratados inclusive Vagas Psiquiátricas.

Após liberado pela equipe da Central de Leitos e sendo necessário transporta pelo SAMU 192, será fornecido uma senha.

Uma viatura exclusiva pra esses transportes está sendo usada no horário das 08 as 20:00h.

Até as 16:00 h todas as vagas existentes já foram oferecidas e esporadicamente sobram uma ou duas vagas para novos casos que surgirem no período noturno.

Os pacientes devem ser encaminhados até no máximo 21:00 horas . Se ultrapassar esse horário , deverá ser realizada comunicação telefônica e informado ao plantonista , o motivo e se ainda é possível receber. Se negativo, deixar pronto o encaminhamento pela manhã.

Caso o paciente esteja em um quadro que necessite Serviço Terciário, deverá atender , estabilizar o paciente e comunicar e solicitar imediatamente a Central de Regulação para providenciar a transferência para o serviço necessário .

Nos casos em que o paciente apresente piora do quadro clínico antes de 24 horas , deverá ser encaminhado pelo SAMU para um serviço terciário.

Se a piora ocorrer após 24 horas de internação , o Hospital deverá arcar com a internação do paciente no setor mais adequado ao paciente.

17. ATENDIMENTOS DE PACIENTES COM CONVÊNIOS

Os paciente atendidos pelo SAMU sendo conveniados em algum plano de saúde ou Hospital será atendido e encaminhado aos serviços pactuados com o referido convênio ou Hospital .

OBS: O Médico Regulador deverá realizar a procura da vaga no máximo em 02 serviço conveniados , de preferência na região da ocorrência .

Caso não seja conseguido o contato nos serviços conveniados , deverá dar destino ao serviço público conforme protocolo de regulação médica .

Os casos de baixa e média complexidades não terão necessidade de realizar ligação prévia sendo que deverão e poderão ser atendidos no Prontos Socorros Privados .

Os casos de Alta Complexidade os Hospitais deverão ser SEMPRE comunicados para que possam aguardar a chegada da equipe e do paciente em condições adequadas de atendimento .

O SAMU passa por situações onde o paciente deseja ser atendido em um determinado hospital que o seu plano dá direito entretanto os plantonistas do hospital negam o seu atendimento inicial no Pronto Socorro com receio de não conseguir uma transferência caso o paciente tenha necessidade de internação .



CONVÊNIO UNIMED : O SAMU deve deixar claro e passar tranquilidade aos hospitais que , caso o paciente tenha necessidade de internação , e o plano de saúde do paciente não seja novo ou migrado, o SAMU se responsabiliza pela transferência do paciente .

Caso o plano de saúde do paciente seja novo ou migrados dos planos antigos para os novos, tem direito ao transporte inter-hospitalar, ficando o hospital responsável em conseguir a vaga em outro serviço hospitalar e o paciente terá direito a remoção pela Unimed Help.

Outros Convênios ou Hospitais Particulares .

Foram conversados com representantes dos hospitais que definiram algumas normas.

1- Acidentes de trabalho não devem ser encaminhados para serviços particulares conveniados .

2- Devem ser passados o nome do paciente e o nome /número do convênio para averiguação de carências .

3- Caso for encaminhado algum paciente para um serviço, tendo sido passado as informações solicitadas e autorizado o atendimento caso seja comprovado posteriormente algum problema no convênio, o SAMU não estará sendo responsável por uma nova regulação e transferência do paciente .

4- Caso o paciente encaminhado, por descuido do médico regulador não passar as informações necessárias e existir algum tipo de carência, o SAMU deverá ser responsável em encontrar um serviço hospitalar público para seu atendimento público.

18. OUTROS ATENDIMENTOS

i. atendimentos de casos ginecológicos e obstétricos

O SAMU procede como qualquer chamado, regulando o caso, entrando em contato com os hospitais conforme grade de regionalização e definindo qual o tipo de transporte e o destino da paciente. Deve priorizar casos de gestação de risco, trabalho de parto de múltiparas ou problemas ligados clinicamente a estado gestacional.

ii. atendimentos de casos clínicos e cirúrgicos

O SAMU, regula o caso, decide qual o tipo de transporte a ser enviado, sendo de competência do médico do PA o contato prévio com o serviço de destino, garantindo o recebimento do paciente.

iii. Solicitação de Serviços de Referência

Atendimento de unidades de serviço psiquiátrico :CRIADE , CAPS, CS com atendimento psiquiátrico, Hospital Tibiriçá , Candido Ferreira. A solicitações de transferência destas unidades geralmente são de pacientes já avaliados pelo médico e nesses casos , o paciente será acompanhado por um profissional do serviço referência.

Lembrar que os pacientes psiquiátricos compensados , podem e devem ser transferidos com VSB ou até VSS de acordo com a regulação do médico .

iv. Solicitação pelo RESGATE

- Estas solicitações são a priori reguladas sob o mesmo princípio, pois compete ao Médico Regulador do SAMU a plena Regulação do Sistema de Urgência Municipal.
- Infelizmente ainda não conseguimos normatizar oficialmente esta Regulação entretanto todos os chamados solicitados pelo COBOM devem ser apoiados pelas equipes do SAMU.
- OS casos passados pelo COBOM ou atendidos no local junto com o SAMU devem ser regulados e os destinos devem ser definidos pela Central de Regulação Médica do SAMU 192 CAMPINAS.

v. Solicitação pelo Concessionárias de Autovias

Desde 01 de março de 2004 , já estamos disponibilizando o telefone **0 xx-19 - 3239-0470** para que seja realizada a Regulação dos casos atendidos pelas concessionárias em rodovias na cidade de Campinas .

1. Casos atendidos pelo médico na pista , os contatos deverão ser realizados diretamente com o SAMU 192 CAMPINAS pelo telefone exclusivo para as concessionárias

Casos atendidos pelas equipes das viaturas – encaminhar as informações para o médico da base de cada concessionárias e este fará o contato com o SAMU 192 CAMPINAS , pelo telefone exclusivo para as concessionárias

2. O SAMU 192 CAMPINAS, compartilhará da regulação realizada e regulará então os serviços de destinos dos atendimentos que deverão **OBEDECER RIGOROSAMENTE O ESTABELECIDO PELO MÉDICO REGULADOR .**
3. A priori , os casos deverão ser passados via telefone ,e uma ficha de atendimento , deverá ser passada via FAX ao SAMU para ser anexada juntamente a Ficha de Regulação Médica . Esta ficha comprovará juntamente com a Gravação do chamado , se os casos encaminhados são compatíveis e são pertinentes ao serviço de sua complexidade.

b. TRANSFERÊNCIAS

i. Solicitações de Hospitais Públicos (exames)

- Atualmente , todos os serviços terciários possuem Viaturas de Suporte Avançado e devem realizar os transportes de suas unidades.
- Em casos excepcionais , mediante vaga acertada entre o serviço de origem e o serviço de destino, devendo o médico regulador confirmar com o médico que irá receber o caso.
- As solicitações para realização de tomografias ou outros exames são feitas utilizando-se sempre que possível de recursos do solicitante (médicos e materiais).
- Deverá ser passado ao enfermeiro responsável do plantão

ii. Solicitações de hospitais Privados

- Considerando o fato do serviço não ser dimensionado com recursos suficientes para atender todas as solicitações, poderemos priorizar os atendimentos entre serviços públicos, analisando pontualmente as demais solicitações em função da disponibilidade de recursos.
- Não liberamos o transporte para serviços privados salvo algumas situações especiais

Obs: Os exames solicitados para pacientes convênidos em outros serviços ou cidades, suas transferências são da responsabilidade do convênio, tendo ou não serviço de viaturas .

19. O uso da telemedicina e Sistema de radiotelefonia

- A atividade do médico regulador envolve o exercício de telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicação , o correto preenchimento das fichas médicas e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. O Sistema de Gravação Contínua é realizado a todos os chamados 192 e telefones diretos .
- Todos os casos atendidos por VPsq, VSB e VSA deverão ser passados sistematicamente via rádio para o médico regulador. O profissional de enfermagem da VSB ou o motorista da VRS deverá identificar-se ao passar a mensagem solicitando e registrando o nome do profissional médico que está recebendo a mensagem, seguindo sua orientação.
- Cabe ao médico escutar atentamente o caso, passar a conduta e o QTI o mais rapidamente possível, registrando na ficha do paciente ou na segunda via quando necessário.
- **Toda a conduta médica deverá ser passada pessoalmente a equipe de atendimento.** Trata-se de uma atribuição não delegável ao operador de frota, que não está autorizado a tomar tal atitude sob pena de repreensão administrativa da supervisão imediata. O médico é o responsável legal pela orientação passada via rádio.

- O médico regulador deverá monitorizar sistematicamente todos os chamados, e inclusive solicitar informação via rádio caso julgue demora no recebimento de mensagem pela equipe intervencionista.
- Todos os casos atendidos por suporte básico em via pública, domicílio ou serviço de saúde, e devidamente comunicados via rádio ao médico regulador pela enfermagem, deverão ter obrigatoriamente QTI a um serviço de saúde onde o paciente passe por avaliação médica, estando somente autorizada a permanência no local sob orientação os casos atendidos por VSA onde o médico do SAMU será responsável pelo caso.
- Todas as fichas de atendimento pré-hospitalar, realizadas pelas equipes das viaturas básicas deverão ser assinadas pelo médico responsável pela orientação do caso, assim que chegar a Base.
- Deve ser tomado cuidado com a linguagem utilizada via rádio, tendo em vista aspectos éticos e jurídicos. Qualquer problema deve ser levado imediatamente aos responsáveis do plantão e tentar resolver na Base ou passar para os superiores diretos.

Telemedicina no IAM

O uso da Telemedicina foi incorporado em outubro de 2008 quando inserimos o uso de Trombolíticos no tratamento pré hospitalar do IAM .

A orientação foi passada a todos os médicos e enfermeiros em novembro de 2008 em Power Point.

20. Disponibilização de recursos

- Tanto mais é difícil e portanto deve ser mais cuidadosa, a regulação em serviços que não dispõe de recursos físicos e humanos compatíveis com a demanda. Considerando recursos do próprio SAMU e também dos solicitantes, principalmente alguns PAS e UBS.
- **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 repriorizações 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.
- Estas situações devem ser devidamente registradas e encaminhadas sistematicamente ao Coordenador, que procederá com relatório mensal e comunicará as intercorrências aos Responsáveis pela Urgência e Emergência na Secretaria Municipal de Saúde para as devidas providências.

Algumas orientações:

- Nos casos em que não houver UTI disponível, deve ser enviada VSB ou VSB saindo da base acompanhada de médico.

- Nos casos com indicação de U.T.I. a liberação deve ser imediata, visando o menor tempo resposta, mesmo sem saber o destino do paciente. Enquanto isto a U.T.I. já deverá se dirigir ao destino.
- O médico do SAMU no local, informará a base do real quadro clínico, e em função destes dados o médico regulador entrará em contato com o Hospital da área de abrangência.
- Nos casos de urgência extrema, por gravidade ou valência social elevada, múltiplas vítimas, podem ser liberadas uma VSA e uma VSB e/ou saída de 2 médicos assistências.
- Quando o Corpo de Bombeiros estiver em atendimento em campo com paciente crítico, ou liberando uma UR para esta circunstancia , o médico regulador deverá liberar uma VSA para apoio de acordo com a disponibilidade da base da ,ou tempo resposta para o apoio, e mesmo em campo deverá assumir o atendimento ao paciente grave

21. A interface com a equipe intervencionista

O médico regulador deve cobrar sistematicamente o contato com a equipe no local da ocorrência e **prontificar-se imediatamente a enviar apoio sempre que solicitado, lembrando-se que às vezes não é possível o fornecimento de justificativas detalhadas, devido a múltiplas razões.** As discussões sobre a real necessidade do apoio deverão ser realizadas posteriormente junto com os responsáveis diretos dos profissionais envolvidos .

Nestas situações de risco iminente, a equipe deve sair do local com a vítima e encontrar com apoio no caminho.

A solicitação do paciente para ser levado a um determinado serviço de referencia por ser acompanhado no mesmo , poderá ser realizada se :

- O paciente vai ter no serviço de referencia toda estrutura que realmente necessita.
- O serviço de referencia tem condições de receber este paciente.(vagas)
- O médico regulador devera sempre atuar de forma a garantir o acesso do paciente ao sistema de saúde,de modo que o paciente seja adequadamente atendido sem congestionar o sistema, se possível respeitando a autonomia do paciente.

a. O atendimento básico - equipe de enfermagem

As equipes básicas de atendimento pré-hospitalar móvel serão encaminhadas por indicação do Médico regulador , após regulação da solicitação via 192, seja qual for sua procedência, estando situado na região de Campinas.

No local, a situação do caso devera ser passado via radiotelefonia ao médico regulador que estará monitorando o atendimento, irá orientar quanto ao procedimento a ser realizado, medicalizar e/ou encaminhar a um serviço de saúde , que será definido segundo critério da Central Reguladora Municipal.

O técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem poderão ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição médica do médico regulador por telemedicina, assim como prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à

distancia do profissional ENFERMEIRO (Portaria 814, 01 de junho 2001 atualizada na Portaria 2.048)).

Todas as fichas de atendimento pré-hospitalar móvel deverão ser cheçadas e assinadas pelo médico regulador imediatamente após a chegada da equipe na Base.

b. A interface com demais parceiros do Sistema de saúde

a) RESGATE / COBOM

O SAMU 192 Campinas, funciona integrado operacionalmente ao serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros, conforme protocolo específico em fase de regulamentação / Portaria 2.048, para atuação conjunta com o SAMU principalmente nos casos de trauma em geral e acidentes.

Os protocolos operacionais relacionados ao funcionamento integrado com os parceiros, principalmente bombeiros deve ser respeitado sob todos os aspectos, na regulação e na cena do acidente, considerando as prerrogativas e competências de cada profissional.

O SAMU deverá realizar o atendimento em todos os casos clínicos, obstétricos, cirúrgicos, e todos os casos de trauma classificados como graves, como grande queimado, FAF, FAB, eletrocussão, etc

Todos os chamados para atendimento de politraumas que os bombeiros também já foram acionado , enviar VSA para apoio. Somente em casos sabidamente simples onde a U.R poderá suprir a necessidade local, estará dispensada a Unidade de Suporte Avançado. Neste casos poderá ser liberada uma Viatura de Suporte Básico para apoio de atendimento e transporte de vítimas .

O SAMU 192 desde setembro de 2008 está regulando os destinos aos Serviços de Urgências . Já na solicitação do 193 ou da avaliação inicial na cena do acidente o bombeiro deverá comunicar o médico regulador para que este defina o prosseguimento ao atendimento .

Fornecerá o destino do paciente. Cabe ao médico do SAMU receber o caso passado pelos bombeiros e indicar o serviço mais adequado para recebe-lo: Um PA ou um Hospital. É responsabilidade do médico do SAMU informar o hospital da chegada de pacientes encaminhados pelos bombeiros.

b) Polícia e Guarda Municipal

Solicitam-nos e vice-versa nos atendimento a casos clínicos/psiquiátricos ou traumáticos. Devemos atende-los com presteza pois também necessitamos do seu apoio em situações de risco. Fazemos exercícios simulados conjuntamente

c) Defesa Civil

Raramente acionam o serviço para situações individuais, sendo importante o acionamento para ocorrências com múltiplas vítimas quando desencadearemos plano de catástrofe.

d) Infraero

Possuímos uma linha direta que recebe comunicação em caso de alerta no aeroporto. Quando acionado **código amarelo**, uma equipe de UTI deverá encaminhar até o local e aguardar a evolução no **Ponto de Encontro** .

Quando acionado o **código vermelho**, que representa acidente na pista , deverá ser encaminhado 01 equipe de UTI e duas viaturas básicas . Acionar o Apoio da AUTOBAN e as demais concessionárias . Poderá ser acionado também os serviços privados UNIMED HELP .

e) Projetos da Promoção Social

Recebemos solicitações de profissionais da educação, sem formação específica para reconhecimento de determinadas situações clínicas envolvendo adolescentes, crianças de rua, etc.

f) ADT e SAID

O SAMU recebe uma listagem dos pacientes cadastrados nestes serviços. Principalmente nos finais de semana e plantões noturnos, o paciente informa pertencer ao serviço, e nós já dispomos de alguns dados ou orientações sobre cada caso.

22. A IMPORTÂNCIA DOS REGISTROS

As fichas de regulação e as fichas de atendimento são documentos equivalentes aos prontuários médicos de qualquer serviço de saúde . Portanto devem ser preenchidas de maneira completa e legível. Além dos objetivos internos de produção de dados, são freqüentemente solicitados para fins judiciais. Quando devidamente preenchida, serve ainda de proteção ao médico responsável pelo atendimento.

A ficha de regulação é um documento legal e ético, que deve ser preenchida de maneira completa e legível, que é usada, além da regulação, para fins de estatística, pedidos judiciais, auditoria interna e avaliação da qualidade do serviço prestado.

A Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar faz parte do prontuário do paciente e deverá ser preenchida pelo médico (VSA) e pela enfermagem (VSB) imediatamente após o atendimento do paciente . Deverá ser realizada em 02 (duas) vias e a via carbonada(2a. via) deverá ser deixada no Serviço Hospitalar de destino .

a. Transferências intermunicipais

Seguem as mesmas diretrizes das intramunicipais, porém deve-se sempre consultar o supervisor de transporte ou Coordenador antes de confirmá-las, para que possam ser providenciadas pedágio, abastecimento da ambulância, funcionários. Nas situações de urgência o médico regulador deve liberar a transferência livre de embarços, utilizando-se de bom senso. Os casos que necessitarem de VSA, devem ser orientados que o SAMU liberará a ambulância com equipe de enfermagem e o solicitante deverá providenciar o médico que acompanhará a remoção.

23. CONDUITAS NAS SITUAÇÕES DE ÓBITO

A priori, cadáveres não são transportados em ambulância. Existem fluxos estabelecidos para cada uma destas situações em protocolos específicos. Entretanto o bom senso deve prevalecer em situações atípicas, principalmente em agravantes circunstanciais.

Conforme funcionamento da SETEC, as pessoas em óbito evidente, inclusive os casos informados por familiares de óbito em domicílio, não precisam ser constatados pelo SAMU, devendo o solicitante entrar em contato direto com a SETEC.

Nos casos onde há dúvida, deve ser encaminhado uma ambulância para confirmação, podendo ser com médico ou enfermeiro do plantão, dependendo da demanda de atendimento de outras urgências.

Nos casos onde foi encaminhada VSB, e o paciente encontra-se em óbito, deve-se orientar os familiares a entrar em contato direto com a SETEC. Se existir alguma dúvida ou sentir pressão dos familiares quanto ao óbito, o médico deverá encaminhar-se ao local e constatar o óbito.

Sabemos que uma vítima estará morta quando houver parada total e irreversível das funções encefálicas. Quando estas estruturas cessam de exercer suas funções e de forma irreversível, podemos afirmar que ela encontra-se morta e nada há que se fazer.

a) Identificação da morte e conduta no APH móvel

Durante o socorro, ao se aproximar da vítima e constatar que não há respiração e batimentos cardíacos, não dá para ter certeza de que já existe morte encefálica. A menos que se encontrem no local, informações dos familiares da morte já presente, sinais de morte biológica que tem como características; morte das células encefálicas, midríase, quadro irreversível (Obs: intoxicação por drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, distúrbios metabólicos e hipotermia podem simular os parâmetros de lesão encefálica irreversível.) e tempo de parada cardíaca superior aos 4 a 6 minutos para que a morte cerebral se inicie óbvia.

Assim, a conduta deverá ser:

- **Identificar se é morte óbvia ou não.**
- **Se nada houver de indicativo de morte óbvia, iniciar RCP com ou sem equipamento e transportar ou acionar serviços de emergência.**
- **Na morte óbvia, nada fazer.**
- **Orientar os familiares a acionarem a SETEC para o transporte do corpo.**
- **Caso ocorra dúvida entre familiares ou qualquer tipo de pressão no local, acionar o médico do Serviço, para constatação do óbito.**

Obs: Se possuírem convênios funerários, os familiares devem:

- Acionar a Setec
- Procurar o convênio com todos os documentos pessoais do falecido para guia de autorização

Levar no necrotério a guia de autorização

b) Remoção Do Corpo

Ambulância não é o veículo indicado para transportar cadáveres, mas em situações delicadas poderá ser utilizada

- a- familiares não estão aceitando a condição , então levar o corpo numa "tentativa de apoio " e conduzir ao necrotério do hospital
- b- Mortes violentas , não devem mexer no corpo para que a Perícia Policial possa avaliar.
- c- Morte violenta em via pública onde o clima tenso , perigo local , é favorável remover o corpo e encaminhar ao necrotério do hospital.
- d- Morte Natural em via pública : transferir para o necrotério do hospital
- e- Morte Natural em local público : transferir par o necrotério do hospital

24. Acidentes de Trabalho

Os pacientes conveniados com planos particulares , vítimas de acidentes de trabalho deverão ser encaminhados aos órgãos públicos (Hospital Mário Gatti), pois as administradoras de convênios médicos não prevêm cobertura para este tipo de evento. Os usuários que quiserem ser encaminhados a hospitais particulares, deverão arcar com os custos.

25. Cobertura de eventos

Uma das atividades do serviço é a cobertura e eventos, de forma programada através da disponibilização de equipe fixa específica e plano de atuação individualizado para cada ocorrência. Entretanto, mesmo quando não existe esquema prévio definido, o médico regulador deve estar informado dos eventos e estabelecendo apoio mediante acionamento para intercorrências através dos recursos disponíveis.

Ao chegar ao plantão, principalmente nos finais de semana o médico deve checar no quadro de aviso a existência de algum canal prioritário e ficar atento para eventual acionamento.

Sendo a cobertura de eventos, uma das atividades do serviço, **os médicos do plantão também ficam responsabilizados pela cobertura**, caso não for designado médico por problemas técnicos ou operacionais.

Um dos médicos do plantão deve ser designado pelo médico mais antigo ou solicitar que o Coordenador , determine o plantonista.

Faz parte das atividades do SAMU, a cobertura de eventos públicos, sendo assim , quando determinado a um profissional e mesmo estando no plantão , for designado realizar

a cobertura de um evento público , este estará apenas honrando com os deveres inerentes ao serviço, salvo condições adversas de trabalho.

26. ATENÇÃO À CATÁSTROFES

Existem algumas diretrizes no manuseio destas situações no Curso de Regulação. O plano interno do SAMU está em fase de avaliação, podendo ser necessário reavaliações e adaptações no original.

a. Situação de Catástrofe:

definição : Uma situação de catástrofe ocorre quando existe um descontrole e desorganização do local causado pelo problema básico e como agravante , existe outros fatores complicantes, como população de curiosos, voluntários, materiais perigosos, inflamáveis ou tóxicos, pânico, horários de pico, vias de muito fluxo de veículos ou qualquer outro fator que necessite de outros órgãos públicos para auxílio como BOMBEIROS, POLÍCIA, EMDEC, DERSA , CPFL, SANASA e outros) .

Em qualquer situação grave, sempre uma viatura UTI com 01 médico + 01 enfermeiro + 01 técnico ou aux. de enfermagem, irá se deslocar até o local do acidente para avaliação inicial e atendimento .

Desta forma, sempre que uma **SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE** for caracterizada, será acionado o plano de catástrofe, onde imediatamente , será encaminhado ao local, em uma VIATURA BÁSICA, para apoio e com os dois elementos da equipe de enfermagem designados em levar e montar toda a logística de apoio - **Kit Catástrofe** (se os recursos das viaturas não for suficiente) no local .

Imediatamente a chegada da viatura UTI no local, estender as lonas no chão e iniciar triagem dos casos. A equipe pré-definida em suas funções, deverão atuar segundo especificação nas cores em seus pacientes.

Apesar das equipes estarem pré-definidas, poderá ocorrer alterações, de acordo determinação médica, devido a necessidade local.

Após rápida avaliação do problema, se necessário, o médico deverá solicitar apoio de outras viaturas e equipes , para auxiliar no atendimento e transporte das vítimas

b. PROTÓCOLOS de CATÁSTROFES

A criação de um Protocolo para atendimento de Catástrofe é muito difícil, pois o acionamento vai depender da origem do problema .

Os acionamentos podem partir dos seguintes PARCEIROS :

- ✓ POPULAÇÃO
- ✓ POLÍCIA
- ✓ BOMBEIRO
- ✓ DEFESA CIVIL

Cada um destes acionamentos podem ou não existir vítimas , mas precisam ser avaliadas no local .

A primeira viatura que chegar ao local , será denominada de **POSTO DE COMANDO**, seja ela do SAMU ou Bombeiro ou PM;

• Todos que chegarem posteriormente deverão se reportar ao **POSTO DE COMANDO** , para se informar e/ou receber missões;

• Se o SAMU for o primeiro a chegar, deverá imediatamente informar a **CENTRAL** para acionamento do **PLANO DE CATÁSTROFE** .

Posteriormente deverá isolar a área e montar o seu **POSTO MÉDICO AVANÇADO (PMA)**. Quando o Bombeiro chegar , discutir se o local esta adequado , não corre riscos ou que tenha que ser transferido de local após iniciar o atendimento efetivo das vítimas , trazendo esforços desnecessários.

• Após a montagem do **PMA**, a equipe do local, **NÃO** deverá entrar na **ÁREA QUENTE ou MORNA** .

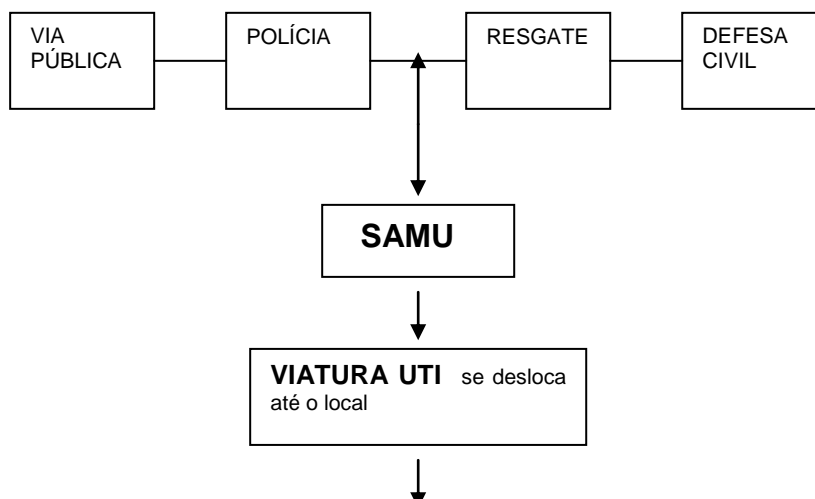
Deverá aguardar a chegada dos Bombeiros ,os quais são responsáveis na avaliação e retirada das vítimas, com avaliação pelo **START**.

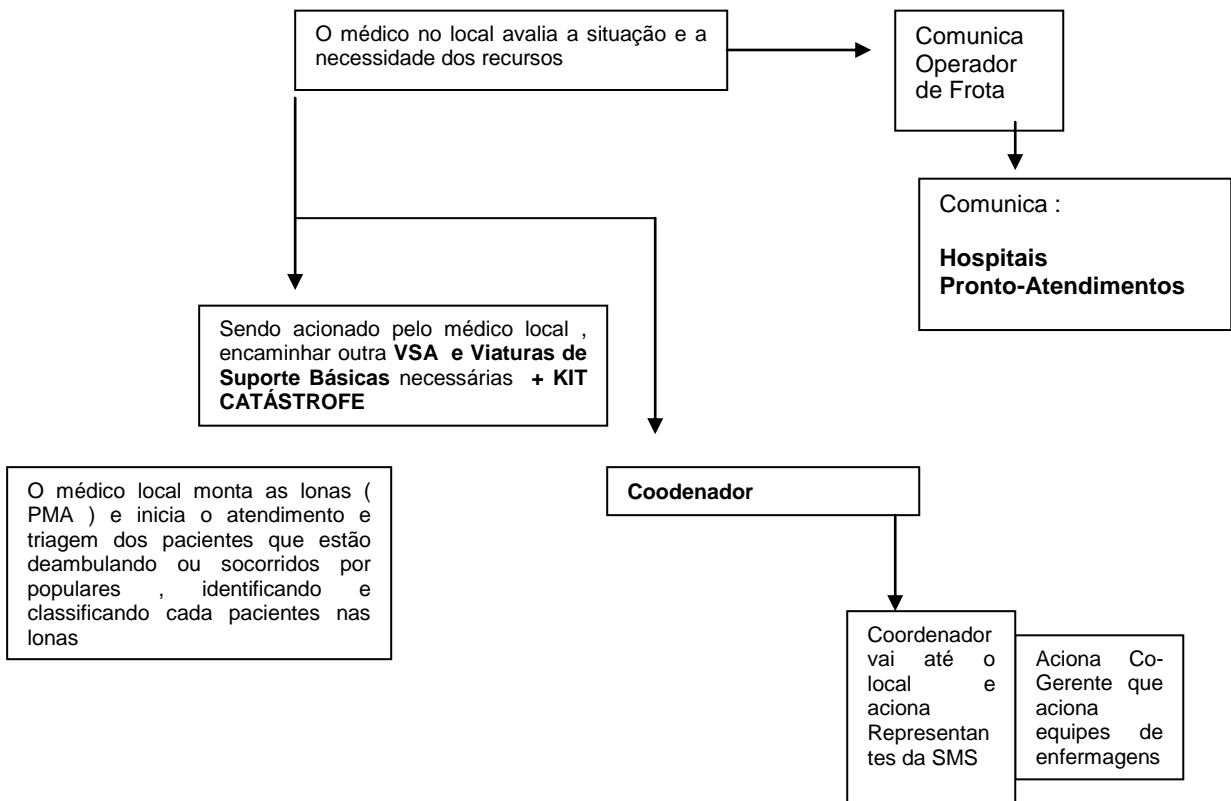
• A equipe deverá permanecer a postos para o acolhimento das vítimas que sairão espontaneamente e confiná-las na área **VERDE** e Identificação das mesmas.

• Após a chegada das vítimas iniciar o **CRAMP** e o atendimento necessário. Identificando a necessidade de transporte de emergência , solicitar ao coordenador local , gritando : **EMERGÊNCIA** e será providenciado o transporte necessário .

Os pacientes na lona Amarela, serão transportados após os vermelhos .

Assim , mesmo dependendo do agente causador , o acionamento sendo realizado ao SAMU , será realizado o seguinte protocolo de atendimento :





Devido a falta de situações catastróficas, apesar da cobrança e treinamentos em atendimentos em catástrofes, os funcionários não estão ainda conscientizados de estarem trabalhando em um serviço de urgência e emergência e situações de atendimento de múltiplas vítimas podem acontecer e o encontro de profissionais para compor equipes de emergência acaba ficando muito difícil .

São vários os fatores que ainda aumentam as dificuldades deste encontro :

- ✓ Dificuldade de localização
- ✓ Telefones desligados
- ✓ Domicílios distantes
- ✓ Falta de condução Própria

Esses fatores acabam quase impossibilitam os poucos funcionários que são encontrados a chegarem ao local do acidente em tempo hábil . Mesmo assim os acionamentos ocorrerão .

27. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este manual contém as Diretrizes do serviço, referentes a operacionalização da central reguladora, entendida como uma responsabilidade imediata do médico regulador durante os plantões.

Certamente existem e existirão sempre, situações que não estão contempladas. Nestes casos, cabe ao médico plantonista utilizar-se de bom senso para tomar a decisão mais acertada e em caso de dúvida, orientar ao solicitante que aguarde enquanto aciona o Coordenador Médico.

A Central Reguladora possui um determinado grau de burocratização necessário a utilização dos recursos disponíveis, mas não pode ser vista enquanto um processo de trabalho “engessado” sob o risco de perder o objeto final de nosso trabalho - **●**
PACIENTE.

Não basta que as regras sejam cumpridas, para que nós médicos façamos uma regulação de qualidade. O cumprimento destas é o mínimo necessário para que possamos realizar nosso trabalho de forma coerente com a missão do serviço

O entendimento que os médicos reguladores, não podem ficar restritos ao limite das regras da Central Reguladora, como um procedimento estático e burocratizado. O ato de regular transcende os muros da central e deste serviço, extrapola o conceito de enviar ambulância a algum paciente, mas abrange a articulação e otimização de diversos recursos dentro de um Sistema de saúde estruturado conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde