

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Política Nacional de Atenção às Urgências

3.<sup>a</sup> edição ampliada

Série E. Legislação de Saúde



Brasília – DF  
2006

© 2004 Ministério da Saúde.

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

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página : <http://www.saude.gov.br/editora>

Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 3.ª edição ampliada – 2006 – 3.700 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Coordenação-Geral de Urgência e Emergência

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 9.º andar, sala 925

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3314-3397

Fax: (61) 3315-3638

E-mail: [cgue@saude.gov.br](mailto:cgue@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/Samu](http://www.saude.gov.br/Samu)

*Equipe técnica da*

*Portarias n.º 1.863/03 e n.º 1.864/03:*

Ademar Artur Chioro dos Reis

Armando Negri Filho

Irani Ribeiro de Moura

Itajaí Albuquerque

Ligia Soares

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre

Zilda Barbosa

*Equipe técnica da*

*Portaria n.º 2.048/02:*

Armando Negri Filho

Edson Vale Teixeira Jr.

Elaine Machado Lopez

Irani Ribeiro de Moura

Ligia Soares

Rosane Ciconet

Zilda Barbosa

*Equipe técnica da*

*Portaria n.º 2.072/03:*

Ademar Artur Chioro dos Reis

Irani Ribeiro de Moura

José Sebastião dos Santos

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre

Margareth de Matos Cardoso

Zilda Barbosa

*Equipe técnica da*

*Portaria n.º 1.828/GM/04:*

Ademar Artur Chioro dos Reis

Cleusa Rodrigues da Silveira

Bernardo

Irani Ribeiro de Moura

Josafá Santos

Roberto Bittencourt

*Equipe técnica da*

*Portaria n.º 2.420/GM/04:*

Ademar Artur Chioro dos Reis

Irani Ribeiro de Moura

Roberto Bittencourt

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl.

– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

ISBN 85-334-1166-9

1. Serviços médicos de emergência. 2. Legislação de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WX 215

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0580

*Títulos para indexação:*

Em inglês: National Policy for Emergency Medical Care

Em espanhol: Política Nacional de Atención a las Urgencias Médicas

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

*Equipe editorial:*

Normalização: Gabriela Leitão

Projeto gráfico e capa: João Mário P. d'A. Dias

Revisão: Denise Carnib, Lilian Alves e Daniele Thiebaut

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	5
<b>PORTARIA GM N.º 1.828, DE 2 DE SETEMBRO DE 2004.</b> .....	7
<b>PORTARIA GM N.º 2.420, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2004.</b> .....	11
<b>PORTARIA GM N.º 1.863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003.</b> .....	15
<b>PORTARIA GM N.º 1.864, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003.</b> .....	21
<b>PORTARIA GM N.º 2.072, DE 30 DE OUTUBRO DE 2003.</b> .....	45
<b>PORTARIA GM N.º 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002.</b> .....	49
<b>PORTARIA GM N.º 2.657, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2004.</b> .....	243



## APRESENTAÇÃO

É com a maior satisfação que estamos implantando a Política Nacional de Atenção às Urgências avançando na construção do SUS, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito.

Esta vitória, que é da população, é fruto do trabalho conjunto do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, com os estados e municípios. Nesta primeira etapa, 68 milhões de brasileiros passarão a ter acesso ao Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu).

A Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Dentre os componentes, optamos por iniciar pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu 192). Não serão “ambulâncias à deriva”, buscando onde “deixar pacientes, dores, sofrimentos”. O Samu 192, com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida, responderá às necessidades de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de Centrais de Regulação Médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação, ou deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI. A liberação de cada recurso será específica para a necessidade de cada paciente.

Precisamos, por meio de nossas centrais, analisar as informações que nos permitam indicar que determinadas calçadas necessitam de reparos para evitar a queda de nossos idosos, melhorar a atenção

---

básica para diminuir os acidentes vasculares cerebrais, ou consertar nossas esquinas para diminuir atropelamentos.

A promoção da saúde, a solidariedade, a ação necessária e ágil, estruturam a nossa Política Nacional de Atenção às Urgências.

Contamos com o apoio de nossas equipes de saúde e que todas advoguem o direito à saúde da população e que todos respeitem nossas equipes, não vendo nos atendimentos às Urgências “espetáculos cinematográficos”, mas momentos de crise e cuidados.

Humberto Costa  
Ministro da Saúde

# **PORTARIA GM N.º 1.828, DE 2 DE SETEMBRO DE 2004**

Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

Considerando a Portaria n.º 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – Samu 192, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para auxiliar na implantação e no funcionamento dos Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – Samu 192,

Resolve:

**Art. 1.º** Instituir incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

§ 1.º O incentivo financeiro de que trata este artigo será transferido aos estados, Distrito Federal e municípios em uma única parcela, de acordo com o porte populacional da área de cobertura do Samu 192, conforme descrição abaixo:

- I - Porte I - municípios ou regiões com população com até 250.000 habitantes – valor de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais);
- II - Porte II - municípios ou regiões com população entre 250.000 e 500.000 habitantes – valor de R\$100.000,00 (cem mil reais); e
- III - Porte III - municípios ou regiões com população acima de 500.000 habitantes – valor de R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

**Art. 2.º** Determinar que os Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – Samu 192 que forem implantados no Distrito Federal, nos estados, nos municípios e nas regiões farão jus ao incentivo financeiro de que trata o artigo 1.º desta Portaria, em conformidade com os projetos elaborados e aprovados pelos respectivos Conselhos e Comissões Intergestores Bipartite e apreciados pela Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde.

**Art. 3.º** Instituir financiamento destinado ao custeio e manutenção do componente pré-hospitalar móvel e sua Central de Regulação Médica, conforme descrição abaixo.

- I - por Equipe de Suporte Básico R\$12.500,00 (doze mil e quinhentos reais) por mês;

II - por Equipe de Suporte Avançado R\$27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês; e

III - por Equipe da Central Samu 192 R\$19.000,00 (dezenove mil reais) por mês.

Parágrafo único. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias à transferência regular e automática, dos valores mensais para o fundo estadual e fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos financeiros da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade.

**Art. 4.º** Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.846.1220.0906 – Atenção à Saúde dos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados habilitados em Gestão Plena/Avançada; e

II - 10.846.1220.0907 – Atenção à Saúde dos Municípios não-habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados não habilitados em Gestão Plena/Avançada.

**Art. 5.º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando os parágrafos 1.º do artigo 4.º, 8.º do artigo 3.º e 2.º do artigo 9.º da Portaria n.º 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003.

HUMBERTO COSTA



# **PORTARIA GM N.º 2.420, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2004**

Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Política Nacional de Atenção às Urgências, normatizada pela Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que organiza redes locais-regionais de atenção integral às urgências, na condição de elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus vários componentes;

Considerando a implantação do componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192, normatizada pela Portaria n.º 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003;

Considerando que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no País (32%) e que, em especial, as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita;

Considerando que as miocardiopatias hipertróficas e as doenças congênitas do coração também se constituem em patologias indutoras de episódios de morte súbita, em especial, em atletas e jovens, acarretando graves repercussões familiares, sociais, psicológicas e econômico-financeiras;

Considerando que os recentes avanços técnicos e tecnológicos na prevenção e tratamento das doenças que provocam episódios de morte súbita permitem a diminuição de sua incidência; e

Considerando que a maioria dos episódios de morte súbita ocorrem em ambientes não hospitalares, necessitando de adequadas estratégias de intervenção em tempo hábil,

Resolve:

**Art. 1.º** Constituir, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para a abordagem dos episódios de morte súbita.

**Art. 2.º** O Grupo Técnico ora instituído terá as seguintes atribuições:

- I - estudar, avaliar e propor protocolos relativos à atenção às principais patologias associadas à morte súbita;
- II - estudar, avaliar e propor protocolos de atenção aos episódios de morte súbita, promovendo seu aprimoramento;
- III - estudar propostas de incorporação tecnológica (desfibrilador e outros) e capacitação de recursos humanos coerentes com a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- IV - propor fóruns públicos sobre a matéria; e
- V - divulgar para o conjunto da sociedade os produtos do trabalho deste Grupo Técnico num prazo de 90 dias.

**Art. 3.º** Definir que o Grupo Técnico de que trata o artigo 1.º desta Portaria seja composto pelos seguintes representantes, sob a coordenação do primeiro:

- I - o Diretor do Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS;

- II - a Coordenadora-Geral de Urgência e Emergência da CGUE/DAE/SAS/MS;
- III - um representante da Sociedade Brasileira de Cardiologia;
- IV - um representante da Sociedade Brasileira de Medicina Esportiva;
- V - um representante da Sociedade Brasileira de Clínica Médica;
- VI - um representante da Associação Médica Brasileira – AMB;
- VII - um representante do Conselho Federal de Medicina;
- VIII - dois representantes de Hospitais de Referência em Atendimento às Urgências; e
- IX - um representante do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192.

**Art. 4.º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA



# **PORTARIA GM N.º 1.863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003**

Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando que é de relevância pública o estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, conforme preceituam o art. 197 da Constituição Federal e os arts. 1.º e 15 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o disposto na Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria SAS/MS n.º 356, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de

qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros;

Considerando a necessidade de garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção;

Considerando a premente necessidade de adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral às urgências por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País;

Considerando que é estratégico ao Sistema Único de Saúde garantir a capacitação continuada dos profissionais de suas equipes setoriais;

Considerando as contribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovadas na 131.<sup>a</sup> Reunião, de 4 e 5 de junho de 2003; e

Considerando as contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), adotadas em Plenárias da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 13 de agosto de 2003,

Resolve:

**Art. 1.º** Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

**Art. 2.º** Estabelecer que a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais,

regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita:

- 1.** garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);
- 2.** consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;
- 3.** desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- 4.** fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- 5.** contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;
- 6.** integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de infor-

mações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;

7. qualificar a assistência e promover a capacitação contínua das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

**Art. 3.º** Definir que a Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata o artigo 1.º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

1. adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
2. organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:
  - 2.a componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002;
  - 2.b componente Pré-Hospitalar Móvel: Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;
  - 2.c componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I

e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

2.d componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

3. instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;

4. capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

5. orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

**Art. 4.º** Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências instituída por esta Portaria.

**Art. 5.º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

HUMBERTO COSTA



# **PORTARIA GM N.º 1.864, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003**

Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo às urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria n.º 356/SAS, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente;

Considerando a competência do Ministério da Saúde em estimular a implantação de serviços de saúde responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar móvel no País;

Considerando que é essencial ao Sistema Único de Saúde promover a educação continuada dos profissionais de todas as áreas de atuação;

Considerando a premente necessidade de adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplantes da população brasileira;

Considerando as deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovadas na sua 131.<sup>a</sup> reunião, de 4 e 5 junho de 2003; e

Considerando as contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), aprovadas em Plenária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada em 13 de agosto de 2003,

Resolve:

- Art. 1.º** Instituir o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192, suas Centrais de Regulação (Central Samu 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme as orientações gerais previstas nesta Portaria.
- Art. 2.º** Instituir financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos Samu 192.
- Art. 3.º** Estabelecer que, para a organização da primeira etapa de implantação dos Samu, serão destinados recursos para a aquisição de 650 unidades de suporte básico de vida e 150 unidades de suporte avançado de vida, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação de até 152 Centrais Samu 192 e estruturação de 27 Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde para os Núcleos de Educação em Urgência.

**§ 1.º** Os bens adquiridos e os serviços realizados com os recursos de investimento previstos no *caput* deste artigo deverão ser repassados às secretarias de saúde municipais e estaduais e serão destinados exclusivamente à implantação ou implementação do Samu.

**§ 2.º** Com os recursos de investimento previstos no *caput* deste artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir os veículos móveis (ambulâncias) e os respectivos equipamentos necessários à instalação das unidades de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida, que posteriormente serão transferidos aos estados e municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio de cessão a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, devendo esses bens transferidos guardar a padronização visual constante do Anexo – Item F, desta Portaria.

**§ 3.º** As ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes.

**§ 4.º** Com os recursos de investimento previstos no *caput* deste artigo, o Ministério da Saúde poderá adquirir equipamentos necessários ao funcionamento do Laboratório de Ensino em Procedimentos de Saúde, que posteriormente serão transferidos aos estados e municípios, devidamente qualificados, em atendimento aos termos de convênio a ser celebrado após a aprovação dos projetos correspondentes, respeitados os critérios constantes no Anexo – Item D.

**§ 5.º** Os recursos para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências serão repassados mediante convênio no montante de até R\$ 150.000,00 por Núcleo;

**§ 6.º** A compra de soluções para as adequações físicas, equipamentos e *softwares* para as Centrais Samu 192 será objeto de Portaria específica, buscando contemplar as necessidades

existentes nas diferentes realidades, sendo os equipamentos ou recursos financeiros disponibilizados mediante celebração de convênios, respeitados os critérios de gestão constantes no Anexo – Item B, desta Portaria.

**§ 7.º** Para aquisição de equipamentos e adequação de áreas físicas das 152 centrais de regulação previstas no *caput* deste artigo, serão despendidos recursos à medida do porte das centrais proporcionalmente à população a ser atendida, nos seguintes parâmetros:

**- Equipamentos:**

- para municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;
- para municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00;
- para municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 200.000,00.

**- Área física:**

- para municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 50.000, 00;
- para municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;
- para municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00.

**§ 8.º** Para a transferência dos recursos aludidos nos §§ 5.º, 6.º e 7.º, deste artigo, será exigida contrapartida nos casos abrangidos pela legislação vigente aplicável aos convênios de natureza financeira.

**§ 9.º** Os recursos a serem transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto nesta Portaria não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da rede privada (filantrópica e lucrativa).

**§ 10** Os recursos de investimento e custeio terão seus repasses limitados às secretarias de saúde qualificadas que se responsabilizarem pela gestão e gerência do Samu e das Centrais Samu 192.

**Art. 4.º** Definir que as despesas de custeio deste componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os estados e os municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos.

**§ 1.º** Ao Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, competirá realizar repasses regulares e automáticos de recursos aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas, segundo os seguintes parâmetros:

- a) por Equipe de Suporte Básico: R\$ 12.500,00 por mês;
- b) por Equipe de Suporte Avançado: R\$ 27.500,00 por mês;
- c) por Equipe da Central Samu 192: R\$ 19.000,00 por mês.

**§ 2.º** O restante dos recursos necessários para o custeio das equipes será coberto pelos estados e municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, e deverá estar expreso nos projetos que serão enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse destes recursos entre estados e municípios.

**§ 3.º** Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde no âmbito desta Portaria deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos Samu.

**Art. 5.º** Estabelecer que o recebimento dos recursos de custeio previstos nesta Portaria, implicará na interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências.

Parágrafo único. Para os efeitos de cumprimento do disposto nesta Portaria:

- I - Aos Samu não será autorizada a apresentação de faturamento de serviços com base na tabela SIA-SUS, por intermédio dos procedimentos Trauma I e Trauma II, uma vez que seus custos devem estar previstos no projeto a ser contemplado no âmbito do componente da Política Nacional de Atenção às Urgências instituído nos termos desta portaria.
- II - Os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações.

**Art. 6.º** Definir que a captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências ficará condicionada à comprovação do cumprimento dos seguintes pré-requisitos e compromissos:

- a) elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção Integral às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite;

- a1) Os Planos de Atenção Integral às Urgências deverão explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contra-referência, além da implantação da política denominada “vaga zero” nas portas de urgência, conforme disposto na Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de dezembro de 2002;
  - a2) Os Planos deverão conter as grades de referência e contra-referência, por especialidade ou área de atuação, envolvendo todos os serviços do sistema, desde as unidades básicas de saúde (UBS) e unidades saúde da família, as unidades não-hospitalares de atenção às urgências, prontos-socorros hospitalares e demais unidades, considerando seu papel potencial, seja como solicitantes ou receptoras, seja como unidades públicas ou contratadas ou conveniadas, considerando os termos do Anexo – Item E, desta Portaria;
  - a3) Nos casos em que a pactuação aponte a implantação de sistemas regionais, a coordenação do processo de elaboração do Plano Regional será das secretarias estaduais de saúde, com a participação das secretarias municipais envolvidas;
  - a4) A coordenação do processo de elaboração do Plano Estadual será das secretarias estaduais de saúde, com a participação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);
- b) Apresentar projeto de implantação/implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu, com sua respectiva Central Samu 192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências (Portaria MS n.º 2.048, 5 de novembro de 2002). Este projeto deve incluir a planta física proposta para a Central Samu 192 e seu custo respectivo;

- c) Apresentar proposta de implantação/implementação da área de Educação em Urgências, com respectiva proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível técnico, superior e agentes sociais que atuam/atuarão no setor, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no referido Regulamento Técnico;
- d) Implantação das Coordenações Estaduais de Urgência, das Coordenações Municipais de Urgência e das Coordenações Regionais de Urgência, quando necessário;
- e) Elaboração, formalização e apresentação de proposta de estruturação e funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, conforme estrutura e atribuições constantes no Anexo – Item C, desta Portaria;
- f) Apresentação de Termo de Adesão ao Plano Municipal ou Regional de Atenção às Urgências, assinado pelos gestores e pelos diretores/coordenadores dos serviços que o compõem. Este Termo deverá afirmar compromissos e funções dos diferentes agentes políticos, envolvendo-os em um processo de diagnóstico/adequação operacional de caráter permanente e dinâmico;
- g) Apresentar Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;
- h) Submeter o pleito de qualificação para análise à aprovação:
  - h1) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, conforme o caso);
  - h2) do conselho de saúde, comprovando por meio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do

Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde;

h3)da Comissão Intergestores Bipartite;

- i) Os Municípios deverão comprovar capacidade de realizar, no mínimo, os procedimentos PABA acrescidos dos procedimentos M1, conforme especificado nos Anexos 2 e 3 da NOAS 01/02, em especial no que tange à atenção às urgências, conforme detalhado no Regulamento Técnico das Urgências, editado pela Portaria n.º 2.048/02, Capítulo I (itens 1, 2 e 3), Capítulo III (itens 1 e 2) e Capítulo V, para as Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I;
- j) Apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço, baseados no tempo resposta e seus componentes, casuística de atendimento e taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar, conforme Anexo – Item A;
- k) Comprovação de que a contratação dos recursos humanos respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho;
- l) Apresentação de planejamento com vistas a ampliar a captação de órgãos destinados aos transplantes;
- m) Disponibilização do banco de dados dos Samu para implementar os registros de traumatismos não-intencionais e violências em geral, traumatismos no trabalho e o controle sobre doenças de notificação compulsória e outras condições de interesse para o desenvolvimento de estratégias promocionais;
- n) Estabelecimento de parceria com os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência, notificando suspeitas de

violência e negligências como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente;

- o) Implantação de ações que busquem a humanização do atendimento em urgências, com objetivo definido de fortalecer as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes;
- p) Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- q) Os municípios e estados que atendam os critérios aqui estabelecidos e que já possuam serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, operativos nos moldes da legislação vigente, poderão solicitar complementação dos recursos físicos e financeiros, fazendo jus, após aprovação do pleito, ao montante global dos recursos de custeio, incluída a parte já existente do serviço.

**Art. 7.º** As secretarias municipais e estaduais de saúde com serviços de atenção pré-hospitalar e Central Samu 192 já em funcionamento nos moldes da legislação referida farão jus imediato dos recursos de custeio mediante apresentação ao Ministério da Saúde de projetos que contemplem:

- a) breve histórico do serviço: data de inauguração, localização (se tem sede própria ou não), principais avanços e entraves observados na atenção pré-hospitalar móvel no município/estado;
- b) garantia de atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada;

- c) cópia do ato formal de Constituição do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, seu regimento e respectivos componentes;
- d) cópia dos documentos de cada uma das Viaturas de Suporte Básico e Avançado de Vida em condições de uso que compõem sua frota, devendo as mesmas estar com seus licenciamentos e seguros obrigatórios em dia;
- e) contrato(s) de manutenção específico(s) ou declaração do gestor dando garantia de manutenção para a frota do Samu;
- f) lista nominal de todos os profissionais que compõem a equipe, por categoria profissional, com suas modalidades de contratação, indicando os nomes do Gerente do Serviço e das Chefias Médica e de Enfermagem, especificando as demais, se houver;
- g) escala mensal dos últimos dois meses dos profissionais que compõem as equipes das viaturas e da Central Samu 192, a saber: Médicos Reguladores e Intervencionistas, Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem, Motoristas, Telefonistas Auxiliares de Regulação e Operadores de Frota;
- h) Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

Parágrafo único. O pleito de qualificação deve ser submetido à análise e aprovação:

- a) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, quando necessário);

b) do conselho de saúde, comprovando por intermédio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde; e

c) da Comissão Intergestores Bipartite.

**Art. 8.º** Definir que todas as instâncias de análise e seleção dos projetos deverão utilizar, de acordo com os requisitos estabelecidos no artigo 6.º, os seguintes critérios de prioridade:

- a) municípios possuidores de serviços da área da Saúde que realizam atenção integral às urgências, com atendimento pré-hospitalar móvel regulado por central médica, acessada 24 horas por número telefônico gratuito – 192, conforme disposto na Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002;
- b) municípios habilitados na condição de gestão plena do Sistema Municipal;
- c) municípios com maior porte populacional;
- d) municípios pólos regionais, definidos no PDR.

**§ 1.º** Com exceção do item “a” que será preferencial, os demais critérios estabelecidos pelo *caput* deste artigo não terão caráter hierárquico, entre si.

**§ 2.º** Os projetos previamente analisados e aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite deverão estar em conformidade com os Planos Estaduais de Atenção às Urgências.

**§ 3.º** Por meio de pactos entre municípios e estado, poderão ser implantadas Centrais Samu 192 de abrangência regional, promovendo a otimização do investimento e favorecendo as possibilidades de financiamento tripartite.

**Art. 9.º** Estabelecer que os projetos elaborados pelos estados e municípios, aprovados pelos respectivos conselhos e pela Comissão Intergestores Bipartite, que atenderem ao estabelecido nos artigos 6.º, 7.º e 8.º desta Portaria, deverão ser encaminhados para apreciação da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, respeitadas as disposições contidas nas Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Projetos e Programas mediante a Celebração de Convênios, aprovadas pela Portaria n.º 601, de 15 de maio de 2003.

**§ 1.º** Em relação aos recursos de custeio, após análise técnica efetuada pela Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, o projeto será encaminhado ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas e à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde.

**§ 2.º** Os projetos aludidos no *caput* deste artigo referentes a investimento que deverão ser cadastrados e tramitados por intermédio do Sistema de Gestão de Convênios (GESCON), devendo a instância cadastrante encaminhá-los à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da SAS, para análise técnica.

**§ 3.º** Os procedimentos de aquisição e transferência dos veículos e equipamentos serão operacionalizados pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, observado o disposto nas cláusulas dos convênios celebrados.

**§ 4.º** Os projetos deverão ser encaminhados pelas Comissões Intergestores Bipartite Estaduais para a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da SAS, até o dia 20 de dezembro de 2003.

**§ 5.º** A partir do protocolo do projeto na Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – DAE/SAS, a mesma terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para elaborar o parecer técnico.

**§ 6.º** Os projetos selecionados pelo Ministério da Saúde serão apresentados em reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

**Art. 10** Estabelecer que os recursos orçamentários, contraparte da União, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, nos seguintes programas de trabalho:

- 10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;
- 10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

**Art. 11** Possibilitar aos municípios e estados que possuem Atenção Pré-Hospitalar Móvel e Central Samu 192, em conformidade com as especificações técnicas da Legislação existente (Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002), a garantia do custeio por meio do repasse mensal regular e automático, fundo a fundo, desde que tenham seus projetos qualificados, conforme requisitos expressos no artigo 7.º.

Parágrafo único. A liberação dos recursos de investimento dos projetos aprovados ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

**Art. 12** Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado.

**Art. 13** As instâncias de recurso referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação do componente pré-hospitalar móvel serão, por ordem, resolvidas pelo Conselho Estadual de

Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

**Art. 14** Para os efeitos do disposto nesta Portaria, o Distrito Federal será tratado como estado, no que couber, e de acordo com as suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição.

**Art. 15** Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

HUMBERTO COSTA

---

## ANEXO

---

### A - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES:

- 1 o acompanhamento e avaliação das ações será efetuado por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho a seguir relacionados:
  - 1.1 tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência.
  - 1.2 tempo médio decorrido no local da ocorrência.
  - 1.3 tempo médio de transporte até a unidade de referência.
  - 1.4 tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência).
  - 1.5 indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico).
  - 1.6 taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar.
  - 1.7 mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas).
  - 1.8 casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

**B - REGULAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:**

*papéis e responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde.*

1. o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecido por intermédio de Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, define a organização estrutural e funcional dos sistemas, bem como a responsabilidade das três esferas gestoras da saúde pública brasileira, refletindo as recomendações da NOAS-SUS 01/02.
2. na perspectiva acima considerada, reconhece-se o papel fundamental dos municípios na execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador, onde as centrais municipais poderão atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto aos pólos macrorregionais, sempre que houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Bipartite.
3. cabe à esfera de governo estadual, dentro de suas macrofunções de regulação e cooperação o papel de:
  - 3.1 coordenar a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização de ações, de acordo com os pactos estabelecidos;
  - 3.2 assessorar e supervisionar o processo de implementação dos planos municipais e regionais de regulação da assistência;
  - 3.3 monitorar o cumprimento das pactuações regionais e estaduais estabelecidas, de forma ordenada, oportuna, qualificada e equânime;
  - 3.4 promover a interlocução inter e intra-regional;
  - 3.5 monitorar os sistemas de atenção integral às urgências quanto à sua acessibilidade e resolubilidade;

- 3.6 avaliar sistematicamente os fluxos pactuados e os espontâneos de pacientes em direção aos serviços de urgência, propondo correções quando necessário, com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada Integrada (PPI) e na análise das necessidades não atendidas;
  - 3.7 compilar, consolidar dados e realizar a análise epidemiológica das demandas direcionadas às Centrais Samu 192, no âmbito estadual, identificando lacunas assistenciais e subsidiando ações de planejamento ou investimento e de controle do SUS;
  - 3.8 gerenciar o processo de avaliação das ações e serviços de saúde.
4. Sendo assim, as macrofunções do Estado, no âmbito da organização da atenção às urgências, ficam estabelecidas na dimensão da organização e regulação geral do sistema estadual, garantindo a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção às urgências. As secretarias estaduais de saúde poderão, portanto, desde que em acordo com a pactuação estabelecida com os municípios, assumir a gestão do sistema de atenção pré-hospitalar móvel e operacionalização das centrais Samu 192.
  5. Os estados deverão operar ativamente no sentido da construção e ordenamento dos sistemas regionais, cabendo-lhe no exercício da regulação estadual, promovendo a mediação entre os gestores municipais da saúde, bem como dos fluxos entre as centrais de regulação regionais.

---

## **C - DEFINIÇÕES DA ESTRUTURA E DAS RESPONSABILIDADES NO ÂMBITO DOS COMITÊS GESTORES:**

1. as secretarias municipais de saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações. Da mesma forma, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências;

2. os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências apresentarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional permitirão que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis;
3. nos Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e microrregulação (regional e local). Este relatório da situação da atenção estadual às urgências será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em Brasília, onde comporá a base nacional de dados relativa a atenção às urgências;
4. recomenda-se que os Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras;
5. sugere-se que os Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: coordenador Regional do Sistema de Atenção às Urgências ou outro representante da SES

que assuma tal função, coordenadores municipais do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil e dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes e, conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros;

6. para os Comitês Gestores dos Sistemas Municipais de Atenção às Urgências sugere-se a seguinte composição mínima: Coordenador Municipal do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil Municipal e do gestor municipal da área de trânsito, e conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

---

## **D - DOS NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS:**

1. os Projetos dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) deverão contemplar os seguintes objetivos e compromissos:
  - 1.1 promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema;
  - 1.2 estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências;
  - 1.3 implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde como parte dos NEU e envolver de forma interinstitucional os órgãos formadores e os prestadores, para desenvolver uma abordagem temática em urgência no âmbito de todos os Pólos de Educação Permanente em Saúde;

- 1.4 Financiar a aquisição de equipamentos técnicos para a estruturação de Laboratórios dos Núcleos de Educação em Urgências articulados com os Pólos de Educação Permanente em Saúde, onde estes estiverem implantados, sendo no mínimo um por estado (ação imediata: formação de multiplicadores).

---

## **E - DO PLANEJAMENTO DA OPERAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

### *Componente Pré-Hospitalar Móvel e sua avaliação prospectiva:*

1. O processo de implantação do componente pré-hospitalar móvel exige a elaboração de um diagnóstico abrangente dos municípios, contemplando os seguintes itens:
  - 1.1 identificação da rede de atenção instalada, em suas características físicas e complexidade de atuação no atendimento das urgências;
  - 1.2 levantamento dos dados de produção;
  - 1.3 identificação dos fluxos de pacientes pactuados e/ou espontâneos intra e extra municipais existentes;
  - 1.4 caracterização do transporte interinstitucional dos pacientes com quadros urgentes;
  - 1.5 diagnóstico da causalidade local e regional das urgências;
  - 1.6 análise da cobertura assistencial a partir dos parâmetros de cobertura populacional vigente;
  - 1.7 identificação dos padrões profissionais das equipes de saúde.

Todos esses elementos permitirão a elaboração de uma linha de base descritiva dos serviços de saúde e dos perfis epidemiológicos existentes.

**2.** O banco de dados originado dessa intervenção se constituirá na pedra fundamental para a elaboração da Política de Atenção Integral às Urgências em cada âmbito de gestão, dando conta inicialmente de sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde, reunindo urgências clínicas e decorrentes de causas externas:

2.1 traumatismos não-intencionais, violências e suicídios;

2.2 urgências cardiovasculares;

2.3 urgências ginecológicas e obstétricas;

2.4 urgências pediátricas;

2.5 urgências psiquiátricas;

2.6 urgências metabólicas;

2.7 urgências respiratórias.

**3.** A referida linha de base permitirá, ainda, a monitorização e explicitação dos avanços obtidos na implementação da política nacional.

---

## **F - PADRONIZAÇÃO VISUAL**

**1.** as ambulâncias, os uniformes e uma série de materiais das equipes seguirão a mesma padronização visual definida pelo Ministério da Saúde em todos os municípios e estados que tenham projetos qualificados, com espaços pré-definidos para as logomarcas do Governo Federal, Governo Estadual e/ou do Município;

**2.** as áreas de urgência dos hospitais de referência também deverão receber um selo padrão de identificação;

3. a padronização é fundamental para garantir a identificação das equipes e dos hospitais ligados ao Samu, facilitando a comunicação com a população.

---

**G - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS:**

- Lei n.º 8.080/90;
- Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001;
- NOAS-SUS 01/2002;
- Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002;
- Portaria n.º 2.224/GM, de 5 de dezembro de 2002;
- Conselho Federal de Medicina – Portaria n.º 1.529/98.



# **PORTARIA GM N.º 2.072, DE 30 DE OUTUBRO DE 2003**

Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria n.º 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência: Samu 192 em todo o território nacional;

Considerando que a Portaria n.º 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, em seu artigo 6.º, item e, exige como pré-requisito a estruturação e formalização dos Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal; e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de articular as ações no âmbito Nacional, Estadual e Municipal em torno das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, promovendo sua plena implantação/implementação,

Resolve:

**Art. 1.º** Instituir, no âmbito da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência/DAE/SAS/MS, o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

**Art. 2.º** Estabelecer que o Comitê de que trata o artigo 1.º desta Portaria será composto por representantes das Entidades/Instituições a seguir relacionadas, atuando sob a coordenação da primeira:

- I - Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – DAE/SAS/MS;
- II - Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS;
- III - Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS/MS;
- IV - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE/SAS/MS;
- V - Secretaria-Executiva – SE/MS;
- VI - Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS;
- VII - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS;
- VIII - Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS;
- IX - Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS/MS;
- X - Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS;
- XI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
- XII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
- XIII - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO;
- XIV - Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM;

- XV - Associação Médica Brasileira – AMB;
- XVI - Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn;
- XVII - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE;
- XVIII - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB;
- XIX - Corporação dos Bombeiros;
- XX - Polícia Rodoviária Federal;
- XXI - Defesa Civil;
- XXII - Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN;
- XXIII - Conselho Nacional de Trânsito;
- XXIV - Ministério da Defesa;
- XXV - Ministério dos Transportes;
- XXVI - Ministério da Justiça;
- XXVII - Secretaria Especial dos Direitos Humanos;
- XXVIII - Ministério das Cidades; e
- XXIX - Rede Brasileira de Cooperação em Urgência e Emergência – RBCE.

Parágrafo único. Os representantes e suplentes deverão ser indicados oficialmente por suas respectivas instituições dentro de um prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação desta Portaria e, depois de concluído esse período de indicações, a composição completa do Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências deverá ser publicada no Diário Oficial da União.

**Art. 3.º** Definir que são atribuições e responsabilidades do Comitê:

- I - propor o Regimento Interno, no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação da composição completa do referido Comitê;
- II - articular os entes gestores e os executores das ações relativas à Atenção às Urgências;
- III - assessorar os envolvidos diretamente na estruturação e organização da atenção às urgências;
- IV - propor as correções necessárias à permanente adequação da Política de Atenção Integral às Urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional;
- V - avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias na atenção às urgências, subordinadas às estruturas de articulação e gestão do SUS, nos seus vários níveis;
- VI - analisar sistematicamente os indicadores dos Samu-192, buscando construir um quadro descritivo detalhado da atenção às urgências, para subsidiar ações intersetoriais; e
- VII - elaborar o Plano de Atenção aos Desastres.

**Art. 4.º** Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência/DAE/SAS/MS, adote todas as providências necessárias à plena estruturação do Comitê ora instituído.

**Art. 5.º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

# PORTARIA GM N.º 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde;

Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população;

Considerando as ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência;

Considerando a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoar as normas já existentes e ampliar o seu escopo e ainda a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema de

acordo com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando, portanto, de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves;

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

Considerando a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida, e

Considerando a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no País e que não garantem a qualidade do aprendizado, resolve:

**Art. 1.º** Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

**§ 1.º** O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

**§ 2.º** Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

**Art. 2.º** Determinar às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integram estas redes, tudo em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria, bem como a designação, em cada estado, do respectivo Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

**§ 1.º** As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências conforme estabelecido no Capítulo I

do Regulamento Técnico desta Portaria e adotar as providências necessárias à organização/habilitação e cadastramento dos serviços que integram o Sistema Estadual de Urgência e Emergência;

**§ 2.º** A abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

**§ 3.º** Uma vez concluída a fase de Planejamento/Distribuição de Serviços conforme estabelecido no § 1.º, confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviço pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela secretaria de saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

**§ 4.º** O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

- a) Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.
- b) Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela secretaria de saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;
- c) Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao cadastra-

mento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

**§ 5.º** Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado da seguinte forma:

- a) Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, Pré-Hospitalar Móvel, e Hospitalar de Unidades Gerais de Tipo I ou II – o cadastramento deve ser efetivado pelo próprio gestor do SUS;
- b) Unidades de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III – remeter o processo para análise ao Ministério da Saúde/SAS, que o avaliará e, uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

**Art. 3.º** Alterar o artigo 2.º da Portaria GM/MS n.º 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico constante do Anexo desta Portaria no que diz respeito às Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III.

**§ 1.º** Ficam mantidos todos os demais artigos e parágrafos da Portaria GM/MS n.º 479, de 15 de abril de 1999;

**§ 2.º** Ficam convalidados todos os atos que tenham sido praticados até a presente data relacionados com a classificação, cadastramento e inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais

de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, com base no estabelecido na Portaria GM/MS n.º 479, de 15 de abril de 1999;

**§ 3.º** A partir da publicação da presente Portaria, a classificação, cadastramento e inclusão de novas Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III deverá se dar em cumprimento ao estabelecido no Capítulo V do Regulamento Técnico ora aprovado e no artigo 2.º desta Portaria.

**Art. 4.º** Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

**Art. 5.º** Estabelecer o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

**§ 1.º** As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, devem, dentro do prazo estabelecido, adotar as providências necessárias para dar pleno cumprimento ao disposto nesta Portaria e classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento;

**§ 2.º** Para a classificação, habilitação e cadastramento de novos serviços de atendimento às urgências e emergências, em qualquer modalidade assistencial, esta Portaria tem efeitos a contar de sua publicação.

**Art. 6.º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS n.º 814, de 1.º de junho de 2001.

BARJAS NEGRI

## ANEXO

### SISTEMAS ESTADUAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

#### *Regulamento Técnico*

#### **Introdução**

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devida ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente,

as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Como exemplo desta situação pode-se citar o caso de um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica em episódio de agudização cursando com insuficiência respiratória ou, ainda, uma importante arritmia cardíaca cursando com hipoxemia.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resoluibilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

O Ministério da Saúde, ciente dos problemas existentes e em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população. Diversas medidas já foram adotadas, das quais podemos destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e de promover a capacitação de recursos humanos, grandes esforços têm sido empreendidos na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

Com o objetivo de aprofundar este processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando o seu escopo, é que está sendo publicado o presente Regulamento Técnico. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir

fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, Programa Saúde da Família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Samu, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

---

## **CAPÍTULO I**

### ***Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências***

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve se estruturar a partir da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis e da observação das doenças emergentes. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, num processo de planejamento ascendente e dinâmico, sustentado por políticas públicas orientadas pela equidade e permeadas pela idéia da promoção intersetorial da saúde, como

forma de manter e aumentar a autonomia dos indivíduos, através das ações de prevenção das doenças, educação, proteção e recuperação da saúde e reabilitação dos indivíduos já acometidos por agravos que afetaram, em alguma medida, sua autonomia. É imprescindível que estes diagnósticos sejam amplamente discutidos com todos os atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, atenção e recuperação aos agravos à saúde, como conselhos de saúde, gestores de saúde, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros.

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas conseqüências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado à assistência e à reabilitação. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, mas não exclusivamente. As urgências clínicas de todas as ordens também se beneficiam da estratégia promocional.

Feita a leitura qualificada da estrutura e deficiências do setor, deve ser elaborado um Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências que deve estar contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com programação de ações corretivas com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados à correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que serão discutidas, avaliadas e priorizadas a fim de comporem o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

A elaboração dos referidos planos deve estar baseada na proposta de estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002, segundo as seguintes atribuições/complexidade/distribuição:

- 1.** Municípios que realizam apenas a atenção básica (PAB): devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles já vinculados ao serviço. Suas atribuições e estruturação estão especificadas no Capítulo III – item 1 do presente Regulamento.
- 2.** Municípios Satélite, que realizam a atenção básica ampliada (PABA): devem desempenhar a mesma função dos municípios PAB, além de contar com área física específica para observação de pacientes, até 8 horas.
- 3.** Municípios Sede de Módulo Assistencial, que realizam a atenção básica ampliada (PABA) e os procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos da média complexidade (M1): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme especificações do Capítulo III – item 2 e/ou Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-a. Neste nível assistencial, devem ser constituídos os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, de caráter municipal ou modular, e/ou Serviço de Transporte Inter-Hospitalar, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade dos pólos microrregionais, macrorregionais e estaduais.
- 4.** Municípios Pólo Microrregional, que realizam procedimentos médios da média complexidade (M2): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares Gerais de Tipo II, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-b. Neste nível assistencial, devem ser estruturados Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel municipais ou microrregionais, dependendo das densidades populacionais e distâncias observadas.
- 5.** Municípios Pólo Regional, que realizam os demais procedimentos mais complexos da média complexidade (M3): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo I e II, conforme especificações do Capítulo V – item I-B-a e I-B-b. Neste nível devem ser estruturadas as Centrais Reguladoras Regionais de Urgências, que vão ordenar

os fluxos entre as micro e macrorregiões, devendo o transporte inter-hospitalar ser garantido pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar móvel da micro/macrorregião solicitante.

6. Municípios Pólo Estadual, que realizam procedimentos de Alta Complexidade: devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo III, conforme as especificações do Capítulo V – item I-B-c. Devem também ter estruturadas as Centrais Estaduais de Regulação, que vão ordenar os fluxos estaduais ou inter-estaduais da alta complexidade.
7. Salas de Estabilização: após a estruturação da rede assistencial acima mencionada, devem ser cuidadosamente observados os claros assistenciais ainda existentes, devidos a grandes distâncias, como ao longo das estradas e em regiões muito carentes, e nestas localidades devem ser estruturadas salas ou bases de estabilização, que devem ser estruturadas com, no mínimo, o mesmo material e medicamentos especificados para a atenção primária à saúde e que devem contar com retaguarda ininterrupta de profissional treinado para o atendimento e estabilização dos quadros de urgências mais freqüentes.

---

## **CAPÍTULO II**

### ***A Regulação Médica das Urgências e Emergências***

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

Como já mencionado, as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os

locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

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

As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS n.º 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Regulação das Urgências e Emergências, podendo para tanto, observadas as especificidades da área a ser regulada, contidas no presente Capítulo, utilizar o modelo de Roteiro estabelecido para o Plano Estadual de Regulação Obstétrica e Neonatal definido no Anexo III da Portaria SAS/MS n.º 356, de 22 de setembro de 2000.

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

## **1. Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências:**

### **1.1 Técnicas:**

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e

prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. Assim, deve o médico regulador:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;
- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;
- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico interencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;
- definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;
- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;

- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;
- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;
- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes;
- registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como freqüentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;
- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;
- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;
- participar de programa de educação continuada para suas tarefas;

- velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas;
- manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

## 1.2 Gestoras:

Ao médico regulador também competem funções gestoras – tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;
- decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;
- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;

- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter-hospitalares, bem como das internações;
- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;
- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida *a posteriori*, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;
- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;
- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

## 2. Regulação do Setor Privado de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (incluídas as concessionárias de rodovias):

O setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos). Estas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente.

### 3. Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações:

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.

---

## CAPÍTULO III

### *Atendimento Pré-Hospitalar Fixo*

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (que serão abordados no Capítulo IV).

#### 1. As Urgências e Emergências e a Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA), conforme detalhamento abaixo:

### 1.1 Acolhimento dos Quadros Agudos:

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com o sistema, não conhecem a rede locoregional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão. Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura, etc.

## 1.2 Capacitação de Recursos Humanos

É de conhecimento geral que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação.

## 1.3 Estruturação dos Recursos Físicos

Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo “procurando” um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento.

Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas.

Materiais: ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, oxigênio, aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

Medicamentos: adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipratrópio, cloreto de potássio, cloreto de sódio, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, dobutamina, dopamina, epinefrina, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose, haloperidol, hidantoína, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, meperidina, midazolam, ringer lactato, soro glico-fisiológico, soro glicosado.

#### 1.4 Estruturação da Grade de Referência

É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. Assim, mediados pela respectiva Central de Regulação, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não-hospitalares, prontos-socorros, ambulatorios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

#### 2. Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade

(M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município-sede de módulo assistencial disponha pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

## 2.1 Atribuições

Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados.

São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos-socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Assim, têm como principais missões:

- Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa Saúde da Família não estão ativos;
- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;

- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
- Desenvolver ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações freqüentes);
- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco-regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;
- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

## 2.2 Dimensionamento e Organização Assistencial

Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica.

Nos casos em que a estrutura loco-regional exigir, tomando-se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contem-

plando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta Portaria, leitos de observação de 6 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Nos casos em que tais centrais ainda não estejam estruturadas, a referência hospitalar bem como a retaguarda de ambulâncias de suporte básico, avançado e de transporte deverão ser garantidos mediante pactuação prévia, de caráter municipal ou regional.

A observação de unidades 24 horas não-hospitalares de atendimento às urgências em várias localidades do País mostrou ser adequada a seguinte relação entre cobertura populacional / número de atendimentos em 24 horas / número de profissionais médicos por plantão / número de leitos de observação / percentual de pacientes em observação e percentual de encaminhamentos para internação:

Porte	População da região de cobertura	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número de médicos por plantão	Número de leitos de observação	Percentual de pacientes em observação	Percentual de encaminhamentos para internação
I	50.000 a 75.000 habitantes	100 pacientes	1 pediatra 1 clínico	6 leitos	10%	3%
II	75.000 a 150.000 habitantes	300 pacientes	2 pediatras 2 clínicos	12 leitos	10%	3%
III	150.000 a 250.000 habitantes	450 pacientes	3 pediatras 3 clínicos	18 leitos	10%	3%

Estes números e mesmo a composição das equipes poderão variar, de forma complementar, de acordo com a realidade

loco-regional, tomando-se em conta inclusive a sazonalidade apresentada por alguns tipos de afecções, como por exemplo, o aumento de demanda de doenças respiratórias verificado na clínica pediátrica e na clínica de adultos/idosos durante o inverno ou o aumento do número de acidentes em estradas nos períodos de férias escolares. Da mesma forma, nas regiões onde a morbimortalidade por causas externas como violências, traumas e/ou acidentes de trânsito seja estatisticamente marcante, estando os óbitos por estas causas entre as primeiras causas de mortalidade, as equipes poderão ser acrescidas de médicos cirurgiões gerais e ortopedistas, a critério dos gestores loco-regionais.

Na Unidade tipo I, por se tratar de serviço com equipe reduzida, deverá haver sempre um profissional médico adicional de sobreaviso, que possa ser acionado para acompanhamento de pacientes críticos ou com instabilidade cardiorrespiratória, quando estes necessitem ser removidos e não haja serviço pré-hospitalar móvel estruturado.

### 2.3 Recursos Humanos

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório.

Outros profissionais poderão compor a equipe, de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco-regionais, como: assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros.

### 2.3.1 Habilitação dos Profissionais

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nas Unidades Não-Hospitalares devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento – Capítulo VII.

### 2.4 Área Física

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho e complexidade da unidade, conforme legenda a seguir:

Opcional \*

Desejável \*\*

Obrigatório \*\*\*

São consideradas as seguintes áreas físicas para a adequada estruturação das Unidades Não-Hospitalares de Atendimento de Urgência:

#### 2.4.1 Bloco de Pronto Atendimento:

- Sala de recepção e espera (com sanitários para usuários) \*\*\*
- Sala de arquivo de prontuário médico \*\*\*
- Sala de triagem classificatória de risco \*\*\*
- Consultórios médicos \*\*\*
- Consultório odontológico \*
- Sala para assistente social \*

- Sala para atendimento psicológico \*

#### 2.4.2 Bloco de Apoio Diagnóstico

- Sala para radiologia \*\*\* (no local, exceto quando houver hierarquia entre as unidades 24 horas não-hospitalares de atendimento de urgência de diferentes portes em uma determinada localidade e desde que haja garantia de acesso e transporte, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais).
- Laboratório de Patologia Clínica \*\*\* (no local ou com acesso garantido aos exames, dentro de um intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais).
- Sala de coleta \* (quando o laboratório for acessível, isto é, fora da unidade).

#### 2.4.3 Bloco de Procedimentos:

- Sala para suturas \*\*\*
- Sala de curativos contaminados \*\*\*
- Sala para inaloterapia/medicação \*\*\*
- Sala de gesso \*
- Sala de pequena cirurgia \*

#### 2.4.4 Bloco de Urgência/Observação:

- Sala de reanimação e estabilização /Sala de urgência \*\*\*
- Salas de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros) \*\*\*

- Sala de isolamento (com ante-sala, sanitário e chuveiro exclusivos) \*\*

#### 2.4.5 Bloco de Apoio Logístico

- Farmácia (exclusiva para dispensação interna) \*\*\*
- Almojarifado \*\*\*
- Expurgo/Lavagem de material \*\*\*
- Central de material esterilizado \*\*\*
- Rouparia \*\*\*
- Necrotério \*\*\*

#### 2.4.6 Bloco de Apoio Administrativo

- Salas de Gerência e Administração \*\*\*
- Sala de reunião \*
- Sala de descanso para funcionários (com sanitários e chuveiros) \*\*\*
- Vestiários para funcionários \*\*\*
- Copa/Refeitório \*\*\*
- Depósito de Material de Limpeza \*\*\*
- Área para limpeza geral \*\*\*
- Local de acondicionamento de lixo \*\*\*
- Estacionamento (ambulâncias, pacientes e funcionários) \*\*\*

#### 2.4.7 Caracterização da Área Física em Relação aos Fluxos Internos e à Organização do Processo de Trabalho:

A área física acima descrita foi dividida em blocos porque é aconselhável, do ponto de vista funcional, que estas áreas estejam mais ou menos contíguas, dando o máximo de racionalidade possível ao fluxo dentro da unidade.

Assim, o bloco de pronto atendimento deve apresentar uma entrada para pacientes que vem por busca espontânea, deambulando, que dá acesso direto à recepção e sua respectiva sala de espera. Neste mesmo bloco, deve ser estruturado o acolhimento dos pacientes, que pode ser feito pela própria recepção ou por funcionários designados e treinados para este fim, dependendo do volume da demanda. A seguir, deve ser realizada a triagem classificatória de risco. O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado pelas centrais de regulação ou, quando estas não existirem, pelos fluxos previamente pactuados.

O bloco de urgência deve ter uma outra entrada, com acesso coberto para ambulâncias, portas amplas para a entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência. Esta deve comportar o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente, dependendo do porte da unidade. As macas devem apresentar rodas e grades e devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe ao seu redor. Esta sala deve

ser equipada com materiais e equipamentos necessários para atendimento de urgência clínica e/ou cirúrgica de adultos e crianças. Os medicamentos utilizados na primeira abordagem do paciente grave também devem estar disponíveis na própria sala. A entrada de um paciente na sala de urgência poderá ser anunciada por aviso sonoro ou comunicação verbal. Em qualquer uma das situações, um médico, um enfermeiro e auxiliares de enfermagem devem dirigir-se imediatamente para a sala. O acesso da sala de urgência aos leitos de observação deve ser fácil e estas áreas devem ser, de preferência, contíguas.

É aconselhável que os blocos de apoio diagnóstico e de procedimentos tenham situação intermediária entre os blocos de pronto atendimento e de atendimento de urgência, com acesso fácil e ao mesmo tempo independente para cada um deles.

Quanto aos blocos de apoio logístico e administração, devem estar situados de forma a não obstruir o fluxo entre os demais blocos já mencionados.

As salas e áreas de assistência devem obedecer às Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde.

## 2.5 Materiais e Equipamentos

Alguns materiais e equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade 24 horas como:

Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espéculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O<sub>2</sub> (de acordo com o porte da unidade), maca

com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas oro-faríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyill, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

## 2.6 Medicamentos

Abaixo a lista de medicamentos que devem estar disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por

um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para internação hospitalar:

adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, amitriptilina, ampicilina, atropina, bicarbonato de sódio, biperideno, brometo de ipratrópio, bupivacaína, captopril, carbamazepina, carvão ativado, cefalexina, cefalotina, cetoprofeno, clister glicerinado, clordiazepóxido, cloridrato de clonidina, cloridrato de hidralazina, cloreto de potássio, cloreto de sódio, clorpromazina, clorafenicol, codeína, complexo b injetável, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, digoxina, dipirona, enalapril, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, fenoterol bromidrato, flumazenil, furosemida, gentamicina, glicose isotônica, glicose hipertônica, gluconato de cálcio, haloperidol, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, manitol, meperidina, metildopa, metilergometrina, metilprednisolona, metoclopramida, metropolol, midazolam, nifedipina, nistatina, nitroprussiato de sódio, óleo mineral, omeprazol, oxacilina, paracetamol, penicilina, prometazina, propranolol, ranitidina, ringer lactato, sais para reidratação oral, salbutamol, soro glico-fisiológico, soro fisiológico, soro glicosado, sulfadiazina prata, sulfametoxazol + trimetoprim, sulfato de magnésio, tiamina (vit. b1), tramadol, tobramicina colírio, verapamil, vitamina k.

## 2.7 Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao redirecionamento dos pacientes para a rede básica e Programa Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

---

## **CAPÍTULO IV**

### ***Atendimento Pré-Hospitalar Móvel***

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da Saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel, o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

## 1 Equipe Profissional

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da Saúde e não oriundos da área da Saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar

nos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área da Saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto – Capítulo VII.

### 1.1 Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde

A equipe de profissionais oriundos da área da Saúde deve ser composta por:

- Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da Saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;
- Responsável Técnico: médico responsável pelas atividades médicas do serviço;
- Responsável de Enfermagem: enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem;
- Médicos Reguladores: médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;
- Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;
- Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;

- Auxiliares e Técnicos de Enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro;

OBS.: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.

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

#### 1.1.1 Perfil dos Profissionais Oriundos da Área da Saúde e Respectivas Competências/Atribuições:

1.1.1.1 Médico: profissional de nível superior titular de diploma de médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos deste Regulamento.

Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

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

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

Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física

e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

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

1.1.1.3 Técnico de Enfermagem: profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem, titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exercer atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos deste Regulamento. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele

delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

1.1.1.4 Auxiliar de Enfermagem: profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Auxiliar de Enfermagem e curso de especialização de nível médio em urgências, titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem com especialização em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional e conforme os termos desta Portaria.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole;

disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina; fazer curativos; prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; realizar manobras de extração manual de vítimas.

## 1.2 Equipe de Profissionais Não Oriundos da Saúde, Perfis e Res-pectivas Competências/Atribuições:

A equipe de profissionais não oriundos da área da Saúde deve ser composta por, com os seguintes perfis e competências/atribuições:

1.2.1 Telefonista – Auxiliar de Regulação: profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador. Sua capacitação e atuação seguem os padrões previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e auto-

controle; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de manter sigilo profissional; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

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

1.2.2 Rádio-Operador: profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

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

o território abrangido pelo serviço de atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

### 1.2.3 Condutor de Veículos de Urgência:

1.2.3.1 Veículos Terrestres: profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pelo presente Regulamento como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

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

1.2.3.2 Veículos Aéreos: profissional habilitado à operação de aeronaves, segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasi-

leiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da aeronave, respeitando as prerrogativas legais de segurança de vôo, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: de acordo com a legislação vigente no País (Lei n.º 7.183, de 5 de abril de 1984; Lei n.º 7.565, de 19 de dezembro de 1986; e Portaria n.º 3.016, de 5 de fevereiro de 1988 – do Comando da Aeronáutica), além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

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

1.2.3.3 Veículos Aquáticos: profissional habilitado à operação de embarcações, segundo as normas e regulamentos vigentes no País, para atuação em ações de atendimento

pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da embarcação, respeitando as prerrogativas legais de segurança de navegação.

Requisitos Gerais: os já determinados pela legislação específica para condutores de embarcações, além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aquático destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da embarcação; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas embarcações de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.4 Profissionais Responsáveis pela Segurança: policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas,

sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento;

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência; transmitir, via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do

membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e parturiente; prestar primeiro atendimento às intoxicações, sob orientação do médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento; conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento pelo mesmo; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

1.2.5 Bombeiros Militares: profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover a(s) vítima(s) para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por

pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento às intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subseqüentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento.

### 1.3 Capacitação Específica dos Profissionais de Transporte Aero-médico

Os profissionais devem ter noções de aeronáutica de fisiologia de vôo. Estas noções de aeronáutica e noções básicas de fisiologia de vôo devem seguir as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, e da Divisão de Medicina Aeroespacial, abrangendo:

**Noções de aeronáutica:**

- Terminologia aeronáutica;
- Procedimentos normais e de emergência em vôo;
- Evacuação de emergência;
- Segurança no interior e em torno de aeronaves;
- Embarque e desembarque de pacientes. Noções básicas de fisiologia de vôo:
- Atmosfera;
- Fisiologia respiratória;
- Estudo clínico da hipóxia;
- Disbarismos;
- Forças acelerativas em vôo e seus efeitos sobre o organismo humano;
- Aerocinetose;
- Ritmo circadiano;
- Gases, líquidos e vapores tóxicos em aviação;
- Ruídos e vibrações;
- Cuidados de saúde com paciente em vôo. A capacitação necessária aos profissionais que atuam no transporte aeromédico será a mesma estabelecida no presente Regulamento para os profissionais do pré-hospitalar móvel, conforme grade do Capítulo VII, devendo, no entanto, ter a seguinte capacitação adicional.

### 1.3.1 Piloto de Aeronave de Asa Rotativa:

Módulo comum: total 8 horas

Qualificação pessoal:

Atendimento pré-hospitalar;

Sistema de saúde local;

Rotinas operacionais.

### 1.3.2 Profissional de Segurança e Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

- Noções de aeronáutica: 10 horas;
- Noções básicas de fisiologia de vôo: 12 horas.

### 1.3.3 Médicos e Enfermeiros:

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

- Noções de aeronáutica: 10 horas;
- Noções básicas de fisiologia de vôo: 20 horas.

## 2 Definição dos Veículos de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

### 2.1 Ambulâncias

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As ambulâncias são classificadas em:

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

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

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

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

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

*TIPO F* – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via

marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

## 2.2 Veículos de Intervenção Rápida

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

## 2.3 Outros Veículos

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

# 3 Definição dos Materiais e Equipamentos das Ambulâncias

As ambulâncias deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

## 3.1 Ambulância de Transporte (Tipo A):

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

## 3.2 Ambulância de Suporte Básico (Tipo B):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radiocomunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c- aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para

oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

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

### 3.3 Ambulância de Resgate (Tipo C):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radiocomunicação fixo e móvel; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

Quando realizarem também o suporte básico de vida, as ambulâncias de resgate deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo 8 metros cúbicos, além de compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento e deverão estar equipadas com: maca articulada e com rodas; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c- aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, luvas descartáveis; cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gases estéreis; braceletes de identificação;

#### 3.4 Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de radiocomunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adul-

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

### 3.5 Aeronave de Transporte Médico (Tipo E):

#### 3.5.1 Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel primário:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos;
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria; oxímetro portátil; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: conjunto de cânulas orofaríngeas; cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; fras-

cos de solução salina, ringer lactato, e glicosada para infusão venosa; caixa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotosensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almofolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

- Outros: colete imobilizador dorsal; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; coletes reflexivos para a tripulação; lanterna de mão; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

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

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 4 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos.
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria com marca-passo externo não-invasivo; oxímetro portátil; monitor de

pressão não-invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna; capnógrafo;

- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para

conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

### 3.6 Embarcação de Transporte (Tipo F):

Este veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial, poderá ser equipado como indicado para as Ambulâncias de Tipo A, B, ou D, dependendo do tipo de assistência a ser prestada.

## 4 Definição dos Medicamentos das Ambulâncias

Medicamentos obrigatórios que deverão constar nos veículos de suporte avançado, seja nos veículos terrestres, aquáticos e nas aeronaves ou naves de transporte médico (Classes D, E e F):

- Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, epinefrina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;
- Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato;
- Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolam;
- Medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil, ketalar, quelecin;
- Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

## 5 Tripulação

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam

ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto – Capítulo VII.

5.1 Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.

5.2 Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

5.3 Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.

5.4 Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

5.5 Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:

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

5.6 Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.

## **CAPÍTULO V**

### ***Atendimento Hospitalar***

#### Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

O presente Regulamento Técnico está definindo uma nova nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de urgência e emergência. Refletindo sobre a regionalização proposta pela NOAS e sobre a estrutura dos prontos-socorros existentes no País, adota-se a seguinte classificação/estruturação, partindo da premissa que nenhum pronto-socorro hospitalar poderá apresentar infra estrutura inferior à de uma unidade não-hospitalar de atendimento às urgências e emergências, conforme descrito no Capítulo III – item 2 deste Regulamento:

#### **1** Classificação

As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência serão classificadas segundo segue:

##### A – Unidades Gerais:

- a) Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I;
- b) Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II.

##### B – Unidades de Referência:

- a) Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I;
- b) Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II;
- c) Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III.

Observação: as Unidades de Referência correspondem, respectivamente, aos Hospitais Tipo I, II e III definidos segundo os critérios de classificação estabelecidos pela Portaria GM/MS n.º 479, de 15 de abril de 1999, que cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

## 2 Definição das Unidades e Critérios de Classificação

### 2.1 Características Gerais

As características gerais relacionadas abaixo são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências e são comuns às Gerais de Tipo I e II e às de Referência de Tipo I, II e III.

#### 2.1.1 Recursos Humanos

Toda equipe da Unidade deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas tarefas. No caso do treinamento em serviço, o Responsável Técnico pela Unidade será o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários.

A Unidade deve contar com:

- a) Responsável Técnico: médico com Título de Especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina ou com Certificado de Residência Médica em sua especialidade emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

O médico responsável técnico pela Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde. No caso de responsável técnico de Unidade instalada em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais uma Unidade cadastrada pelo SUS, desde que instalada no mesmo município.

- b) Equipe Médica: deve ser composta por médicos em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.
- c) Enfermagem: a Unidade deve contar com:
  - Coordenação de Enfermagem: 1 (um) Enfermeiro Coordenador;
  - Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.

### 2.1.2 Área Física

As áreas físicas da Unidade deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

- a) Resolução n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

b Resolução n.º 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial da unidade e adequada para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.

### 2.1.3 Rotinas de Funcionamento e Atendimento

A Unidade deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada 4 anos e assinadas pelo responsável técnico pela Unidade. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos. Deve haver também uma rotina de manutenção preventiva de materiais e equipamentos.

As rotinas devem contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) Critérios de avaliação dos pacientes e, se for o caso, de indicação de procedimento cirúrgico;
- b) Procedimentos médico-cirúrgicos;
- c) Procedimentos de enfermagem;
- d) Rotinas de suporte nutricional;
- e) Rotinas de controle de infecção hospitalar;
- f) Ficha própria para descrição do ato cirúrgico;
- g) Rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes.

#### 2.1.4 Registro de Pacientes

A Unidade deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações Mínimas do Prontuário:

- a) Identificação do paciente;
- b) Histórico clínico;
- c) Avaliação inicial;
- d) Indicação do procedimento cirúrgico, se for o caso;
- e) Descrição do ato cirúrgico, se for o caso;
- f) Descrição da evolução e prescrições;
- g) Condições na alta hospitalar ou transferência.

#### 2.1.5 Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao redirecionamento dos pacientes para a rede básica e Programa Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

## 2.2 Características Específicas

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências as seguintes características específicas relativas a cada tipo de Unidade, devendo a mesma dispor de:

### 2.2.1 Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Estes recursos devem ser, no mínimo, aqueles disponíveis e já descritos como exigíveis para as Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Os requisitos relativos à capacitação de recursos humanos, transporte e grade de referência também são os mesmos descritos para estas Unidades.

### 2.2.2 Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o segundo nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

A área física da Unidade não pode ser inferior ao especificado para as Unidades Não-Hospitalares – item 2.4 do Capítulo II. Além disso, no corpo do hospital, deve haver centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias para as áreas de atuação mencionadas.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Gerais de Tipo II as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

#### 2.2.2.1 Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Médico Clínico Geral
Pediatra
Ginecologista-Obstetra
Cirurgião Geral
Traumato-Ortopedista
Anestesiologista
Assistente Social

#### 2.2.2.2 Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento especializado das urgências/emergências de que a Unidade deve dispor, nas 24 horas, são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Análises Clínicas Laboratoriais
Eletrocardiografia
Radiologia Convencional

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n.º 494, de 26 de agosto de 1999:

Endoscopia
Ultra-sonografia
Banco de Sangue

#### 2.2.3 Unidades de Referência

As Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à M3 e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, devem contar com instalações

físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira que se tornem a referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional.

As instalações previstas para as Unidades Não-Hospitalares – item 2.4 do Capítulo II são exigências mínimas e obrigatórias na estrutura das Unidades de Referência. Caso não haja atendimento de traumatologia na Unidade, está dispensada a existência de sala de gesso.

#### 2.2.3.1 Características Específicas – Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:

As Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo I as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

##### 2.2.3.1.1 Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Cardiologia	Pediatria	Traumato-Ortopedia
Cardiologista	Pediatra	Traumato-Ortopedista
Hemodinamicista	Intensivista	Clínico Geral
Angiografista	Cirurgião Pediátrico	Anestesiologista
Cirurgião Cardiovascular	Anestesiologista	
Intensivista		
Ecocardiografista		
Imagenologista		
Anestesiologista		

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: a Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- Psicologia Clínica;
- Nutrição;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;
- Hemoterapia;

Outros profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Cardiologia	Pediatria	Traumato-Ortopedia
Hematologista	Endoscopista	Imagenologista
	Imagenologista	Hematologista
	Hematologista	Cirurgião Vascular
	Broncoscopista	Neurocirurgião
	Neuropediatra	Cirurgião Geral
		Cirurgião Bucomaxilofacial

### 2.2.3.1.2 Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializado de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Cardiologia	Pediatria	Traumato-Ortopedia
Radiologia Convencional	Radiologia Convencional	Radiologia Convencional
Análises Clínicas Laboratoriais	Análises Clínicas Laboratoriais	Análises Clínicas Laboratoriais
Eletrocardiografia	Eletrocardiografia	Intensificador de Imagem
Ultra-sonografia	Ultra-sonografia	Anestesiologia
Ecocardiografia	Cirurgia Pediátrica	
Hemodinâmica	Anestesiologia	
Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III	Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III	
Cirurgia Cardiovascular		
Anestesiologia		
Banco de Sangue		
Angiografia		

Recursos tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n.º 494, de 26 de agosto de 1999:

Cardiologia	Pediatria	Traumato-Ortopedia
Tomografia Computadorizada	Tomografia Computadorizada	Tomografia Computadorizada
	Broncoscopia	Cirurgia Vascular
	Endoscopia	Cirurgia Bucomaxilofacial
	Banco de Sangue	Cirurgia Geral
		Neurocirurgia
		Banco de Sangue

### 2.2.3.2 Características Específicas – Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:

As Unidades de Referência de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo II as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

#### 2.2.3.2.1 Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Médico Clínico Geral
Pediatra
Ginecologista-Obstetra
Cirurgião Geral
Traumato-Ortopedista
Anestesiologista
Intensivista

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: a Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- Psicologia Clínica;
- Nutrição;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;
- Hemoterapia;

Outros profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Oftalmologista
Endoscopista
Broncoscopista
Otorrinolaringologista
Cardiologista
Odontólogo
Hemodinamicista
Neurologista
Neurocirurgião
Angiografista
Psiquiatra
Hematologista
Cirurgião Pediátrico

#### 2.2.3.2.2 Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializados de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Radiologia Convencional
Ultra-sonografia
Análises Clínicas Laboratoriais
Eletrocardiografia
Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III
Tomografia Computadorizada
Endoscopia
Banco de Sangue
Anestesiologia

Recursos tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n.º 494, de 26 de agosto de 1999:

Broncoscopia
Hemodinâmica
Angiografia
Ecocardiografia
Terapia Renal Substitutiva

#### 2.2.3.3 Características Específicas – Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III:

As Unidades de Referência de Tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais de-

vem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo III as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

#### 2.2.3.3.1 Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Médico Clínico Geral
Pediatra
Ginecologista-Obstetra
Cirurgião Geral
Cirurgião Pediátrico
Traumato-Ortopedista
Anestesiologista
Intensivista
Radiologista
Cardiologista
Neurologista
Odontólogo

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: a Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- Psicologia Clínica;

- Nutrição;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;
- Hemoterapia;

Outros profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Cirurgião Vascular
Toxicologista
Oftalmologista
Hemodinamicista
Angiografista
Endoscopista Digestivo
Broncoscopista
Otorrinolaringologista
Cirurgião Bucomaxilofacial
Cirurgião Plástico
Psiquiatra
Cirurgião Torácico
Neurocirurgião

#### 2.2.3.3.2 Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis – propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializados de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Radiologia Convencional
Ultra-sonografia
Broncoscopista

Análises Clínicas Laboratoriais
Eletrocardiografia
Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III
Tomografia Computadorizada
Endoscopia
Banco de Sangue
Anestesiologia
Terapia Renal Substitutiva
Neurocirurgia
Ecocardiografia

Recursos tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n.º 494, de 26 de agosto de 1999:

Hemodinâmica
Angiografia

## CAPÍTULO VI

### *Transferências e Transporte Inter-Hospitalar*

#### 1 Considerações Gerais:

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

Assim, estes municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, de caráter clínico, traumato-cirúrgico, gineco-obstétrico e psiquiátrico, sejam estes adultos, crianças ou recém-nascidos, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco-regionais, seja

para elucidação diagnóstica por meio de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação.

As grades de referência loco-regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências, cujas competências técnicas e gestoras estão estabelecidas no Capítulo II deste Regulamento. Tais centrais poderão ter abrangência loco-regional, de acordo com os pactos de referência e mecanismos de financiamento estabelecidos pela NOAS-SUS/2002.

Nos casos em que as centrais reguladoras ainda não estejam estruturadas, as pactuações também deverão ser realizadas e os encaminhamentos deverão ser feitos mediante grade de assistência loco-regional, com contato prévio com o serviço receptor.

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

Pacientes que não tenham autonomia de locomoção por limitações socioeconômicas e que, portanto, extrapolam o âmbito de atuação específico da saúde, deverão receber apoio, nos moldes estabelecidos por políticas intersetoriais loco-regionais. Salienta-se que o planejamento do suporte a estes casos é de fundamental importância ao adequado funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que os pacientes podem ocupar leitos hospitalares por períodos mais ou menos longos após terem recebido alta, por dificuldade de transporte de retorno a suas residências.

## 2 Conceituação:

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não-hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como

bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:

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

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios. O transporte inter-hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados de acordo com o estabelecido no Capítulo IV deste Regulamento.

- Transporte Aeromédico: o transporte aéreo poderá ser indicado, em aeronaves de asa rotativa, quando a gravidade do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornem o transporte terrestre muito demorado, ou em aeronaves de asa fixa, para percorrer grandes distâncias em um intervalo de tempo aceitável, diante das condições clínicas

do paciente. A operação deste tipo de transporte deve seguir as normas e legislações específicas vigentes, oriundas do Comando da Aeronáutica através do Departamento de Aviação Civil. Para efeito da atividade médica envolvida no atendimento e transporte aéreo de pacientes, conforme já definido no Capítulo IV deste Regulamento, considera-se que o serviço deve possuir um diretor médico com habilitação mínima compreendendo capacitação em emergência pré-hospitalar, noções básicas de fisiologia de vôo e noções de aeronáutica, sendo recomendável habilitação em medicina aeroespacial. O serviço de transporte aeromédico deve estar integrado ao sistema de atendimento pré-hospitalar e à Central de Regulação Médica de Urgências da região e deve ser considerado sempre como modalidade de suporte avançado de vida.

- Transporte Aquaviário: este tipo de transporte poderá ser indicado em regiões onde o transporte terrestre esteja impossibilitado pela inexistência de estradas e/ou onde não haja transporte aeromédico, observando-se a adequação do tempo de transporte às necessidades clínicas e a gravidade do caso.
- Transporte Terrestre: este tipo de transporte poderá ser indicado para áreas urbanas, em cidades de pequeno, médio e grande porte, ou para as transferências intermunicipais, onde as estradas permitam que essas unidades de transporte se desloquem com segurança e no intervalo de tempo desejável ao atendimento de cada caso.

### 3 Diretrizes Técnicas:

#### 3.1 Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante

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

- a) O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;

- b) Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;
- c) Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco-regional;
- d) A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;
- e) Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;
- f) Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;
- g) Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável;
- h) A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não

cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

- i) Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;
- j) Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;
- k) Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, remover pacientes sem contato prévio com a instituição/serviço potencialmente receptor;
- l) Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;
- m) Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo as especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento;

- n) Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU n.º 13, de 4 de novembro de 1998, e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### 3.2 Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador

Além das estabelecidas no Capítulo II deste Regulamento, ficam definidas as seguintes responsabilidades/atribuições para a Central de Regulação/Médico Regulador:

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

### 3.3 Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte

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

- a) Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;

- b) Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;
- c) No caso de transporte terrestre, deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;
- d) O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste Regulamento, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;
- e) Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;
- f) Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;
- g) Comunicar ao médico regulador o término do transporte;
- h) Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

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

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

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

---

## **CAPÍTULO VII**

### *Núcleos de Educação em Urgências*

As urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. No que diz respeito à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente,

em seu componente pré-hospitalar móvel. Também se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas, conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade e às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, considerando o ainda importante grau de desprofissionalização, falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor; a necessidade de criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção; a necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, face aos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no País e que não garantem a qualidade de aprendizado; o grande número de trabalhadores já atuando no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências e, ainda considerando a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender à demanda existente é que este Regulamento Técnico propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências – NEU.

## 1 Aspectos Gerais

### 1.1 Definição:

Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias estaduais e municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de

pessoal na área da Saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

### 1.2 Princípios Norteadores

São princípios norteadores dos Núcleos de Educação em Urgências:

- a organicidade com o processo de formulação de políticas públicas para a atenção integral às urgências, buscando organizar o sistema regional de atenção às urgências a partir da qualificação assistencial com equidade;
- a promoção integral da saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade regional, preservar e desenvolver a autonomia de indivíduos e coletividades, com base no uso inteligente das informações obtidas nos espaços de atendimento às urgências, considerados observatórios privilegiados da condição da saúde na sociedade;
- a educação continuada como estratégia permanente de acreditação dos serviços, articulada ao planejamento institucional e ao controle social;
- a transformação da realidade e seus determinantes, fundamentada na educação, no processamento de situações-problema, extraídas do espaço de trabalho e do campo social.

### 1.3 Objetivos Estratégicos

São objetivos estratégicos dos Núcleos de Educação em Urgências:

- Constituírem-se em núcleos de excelência regional, estadual e nacional, para a formação de profissionais de saúde a serem inseridos na atenção às urgências;

- Elaborar, implantar e implementar uma política pública, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos, instrumentalizada a partir de uma rede de núcleos regionais, os quais articulados entre si poderão incorporar paulatinamente critérios de atenção e profissionalização às urgências;
- Buscar a nucleação pública dos recursos educativos em saúde;
- Articular, processar e congregar as dificuldades e necessidades das instituições-membro para alcançarem as suas metas, a fim de constituir Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- Ser espaço interinstitucional combinando conhecimentos e meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa e quantitativa das demandas de educação em urgências, potencializando as capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção;
- Ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências, visando aos impactos objetivos em saúde populacional;
- Constituir os meios materiais (área física e equipamentos) e organizar corpo qualificado de instrutores e multiplicadores, que terão como missão, entre outras, produzir os materiais didáticos em permanente atualização e adaptação às necessidades das políticas públicas de saúde e dos serviços/trabalhadores da saúde.

#### 1.4 Objetivos Operacionais

São objetivos operacionais dos Núcleos de Educação em Urgências:

- Promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao

conjunto de necessidades diagnosticado em cada região, fundamentando o modelo pedagógico na problematização de situações;

- Capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional, ou seja, atenção pré-hospitalar – unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e ambulatorios de especialidades; atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar – internação domiciliar e serviços de reabilitação, sob a ótica da promoção da saúde;
- Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência;
- Congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional;
- Desenvolver e aprimorar de forma participativa e sustentada as políticas públicas voltadas para a área da Urgência;
- Certificar anualmente e recertificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências;
- Propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em urgências, vinculados ao cumprimento das exigências mínimas de capacitação, bem como à adesão às atividades de educação continuada.

## **2** Grades de Temas, Conteúdos, Habilidades, Cargas Horárias Mínimas para a Habilitação e Certificação dos Profissionais da Área de Atendimento às Urgências e Emergências:

Como já foi abordado, há uma premente necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências. Isto decorre do fato de que os inúmeros

conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no País não garantem a qualidade do aprendizado. Assim, o presente Regulamento propõe temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas a serem desenvolvidos pelos Núcleos de Educação em Urgências e considerados necessários para a certificação inicial de todos os profissionais que já atuam ou que venham a atuar no atendimento às urgência e emergências, seja ele de caráter público ou privado.

## 2.1 Profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

### A Profissionais Não Oriundos da Área da Saúde

A -1 Profissionais da Área de Segurança, Bombeiros e Condutores de Veículos de Urgência do Tipo B, C e D:

<b>Temas</b>	<b>Conteúdo</b>	
1. Introdução	Programa e atividade de integração pré e pós-teste.	
2. Sistema de saúde local e serviços relacionados	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde.	
3. Serviço Pré-Hospitalar Móvel	Histórico do serviço pré-hospitalar móvel. Perfil profissional. Apresentação do serviço de Atendimento pré-Hospitalar (APH) móvel de sua cidade. Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Conceitos de ética médica ligada ao APH.	
4. Central de Regulação e Equipamentos	Manejo de equipamentos da central de urgência (rádios), veículos e materiais utilizados no APH móvel, rotinas operacionais.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	Trabalho em equipe	01 T (Teórica)
	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços.	01 T
	Trabalho em equipe. Conhecer os conceitos da Portaria e as competências dos profissionais da área de segurança, bombeiros.	02 T
	Manuseio do sistema de rádio e técnicas de comunicação.	01 T

Temas	Conteúdo	
5. Anatomia e Fisiologia	<p>Anatomia topográfica: regiões anatômicas e noções gerais de anatomia topográfica.</p> <p>Aparelhos e sistemas: anatomia e fisiologia dos aparelhos e sistemas do corpo humano: em especial esquelético, cardíaco, respiratório.</p>	
6. Cinemática do Trauma	Exame da cena e mecanismos de lesões.	
<p>7. Abordagem do paciente</p> <p>a. Manejo de Vias Aéreas/ Ressuscitação Cardiopulmonar</p> <p>b. Biossegurança</p>	<p>Abordagem primária e secundária de uma vítima; técnicas relativas à avaliação de sinais vitais de vítimas: pressão arterial, frequência respiratória e de pulso, temperatura e outros.</p> <p>Escala de coma de Glasgow e escala de trauma revisado ou escala de trauma utilizada pelo serviço local.</p> <p>Obstrução de vias aéreas. Desobstrução de vias aéreas. Sinais e sintomas de parada respiratória e cardíaca. Técnicas de reanimação cardiopulmonar em adulto e criança. Materiais e equipamentos utilizados em parada cardiorrespiratória. Materiais e equipamentos utilizados em oxigenioterapia.</p> <p>Conhecer as principais doenças transmissíveis. Conhecer normas de biossegurança, materiais e métodos de controle de infecções.</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Conhecimento das principais divisões anatômicas, regiões anatômicas, e noções de anatomia topográfica.</p> <p>Conhecimento dos aspectos morfológicos e fisiológicos dos diversos aparelhos para formulação de correlação anátomo-clínica.</p>	<p>08 T</p> <p>02 P (Prática)</p>
	<p>Conhecer a importância do exame da cena do acidente para identificar sinais de gravidade.</p> <p>Saber correlacionar a cenas com os mecanismos de lesões.</p>	<p>03 T</p>
	<p>Realizar a abordagem primária e secundária para reconhecer sinais de gravidade em situações que ameaçam a vida de forma imediata e as lesões dos diversos segmentos.</p> <p>Saber utilizar a escala de Glasgow e de trauma.</p> <p>Reconhecer e manejar obstrução de vias aéreas; Realizar oxigenioterapia. Conhecer equipamentos utilizados em parada cardiorrespiratória. Estar habilitado para técnicas de RCP.</p> <p>Utilizar técnicas e métodos de controle de infecções.</p>	<p>08 T</p> <p>12 P</p> <p>06 T</p> <p>18 P</p> <p>02 T</p>

Temas	Conteúdo	
8. Ferimentos/ Hemorragia/ Bandagem/ Choque	Tipos de ferimentos; hemorragia; choque, principalmente choque hipovolêmico. Curativos e bandagens. Técnicas de Suporte Básico de Vida para o tratamento do choque hipovolêmico.	
9. Trauma músculo-esquelético e imobilizações	Trauma músculo-esqueléticos e seus sinais e sintomas. Técnicas relativas à imobilização de extremidades lesadas. Materiais e equipamentos utilizados para a imobilização de extremidades lesadas.	
10. Traumatismos específicos	Traumatismo Cranioencefálico; Traumatismo Raquimedular; Trauma Torácico e Abdominal; Trauma de Face; Trauma na Criança e na Gestante; Agravos por eletricidade; Queimaduras;	
11. Remoção de vítima	Materiais e equipamentos utilizados para a remoção de vítimas de acidentes. Técnicas de remoção de vítimas de acidentes: rolamento, elevações, retirada de veículos, transporte com ou sem a utilização de materiais e equipamentos. Técnicas relativas à remoção de vítimas de acidentes aquáticos e em altura com especial cuidado à coluna vertebral.	
12. Assistência ao parto e cuidados com o recém-nascido	Trabalho de Parto: período expulsivo. Cuidado com o recém-nascido.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	Reconhecer os diversos tipos de ferimentos, hemorragias, choque hipovolêmico; Possuir habilidades psicomotoras relativas às aplicações de técnicas de curativos e bandagens com controle de hemorragias e suporte básico nos casos de choque hipovolêmico.	04 T 06 P
	Reconhecer os diversos tipos de trauma músculo-esquelético. Executar técnicas de imobilização de extremidades lesadas com equipamentos adequados.	02 T 10 P
	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nos diversos traumatismos específicos.	12 T
	Saber utilizar materiais e equipamentos para remoção de vítimas de acidentes nas diversas situações encontradas.	04 T 30 P
	Possuir habilidades psicomotoras relativas ao atendimento ao parto normal e cuidados com o recém-nascido.	04 T

<b>Temas</b>	<b>Conteúdo</b>	
13. Intervenção em crises e atendimentos de pacientes especiais	Reconhecimento e Intervenção em situação de crise.	
14. Afogamento	Fisiologia e técnicas de abordagem. Peculiaridades no atendimento.	
15. Intoxicação Exógena	Reconhecimento e peculiaridades no atendimento inicial.	
16. Emergências Clínicas	Peculiaridades e Atendimento inicial de emergências clínicas mais freqüentes.	
17. Acidentes com múltiplas vítimas e catástrofes	Conceito Princípios de Controle da Cena Triagem, tratamento e transporte.	
18. Acidentes com produtos perigosos	Conceitos/Legislação Princípios de atendimento.	
20. Estágios hospitalares	Rotinas de atendimento de pronto socorro; maternidade.	
21. Estágios em Ambulâncias	Vivência prática de atendimento.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nessas situações.	02 T
	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	02 T
	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	02 T
	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	06 T
	Saber manejar situações de acidentes com múltiplas vítimas.	02 T 02 P
	Prestar o atendimento inicial de maneira adequada garantindo a segurança da equipe e das vítimas.	02 T
	Conhecer fluxo de atendimento dos hospitais da rede hierarquizada bem como presenciar atendimento das emergências.	12 P
	Familiarização com a rotina de serviço e participação de atendimento de vítimas em situações reais.	24 P

Temas	Conteúdo	
22. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	
23. Salvamento** MODULO COMPLEMENTAR	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos.	
TOTAL		

\* Número de horas para avaliação a serem distribuídas durante o curso.

\*\*Módulo específico para profissionais da área de Segurança ou Motoristas de Viaturas de Tipo B, C e D.

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	Demonstrar conhecimentos adquiridos.	04 T 06 P
	Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas.	10 T 20 P
		200 H

## A-2 Condutor de Veículos de Urgência do Tipo A

<b>Temas</b>	<b>Conteúdo</b>	
1. Introdução	Apresentação do programa e atividade de integração.	
2. Geografia e estrutura urbana da cidade	Apresentação da geografia e estrutura urbana da cidade.	
3. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.	
4. Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (APH móvel)	Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Responder a aplicação do pré e pós-teste de conhecimento escrito e individual.</p> <p>Participar das atividades de grupos. Identificar ruas/logradouros/bairros da cidade.</p> <p>Identificar a localização dos serviços de saúde da cidade.</p> <p>Identificar as portas de entrada dos serviços de urgência hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Identificar endereços e regiões de difícil acesso.</p>	<p>01 T (Teórica)</p> <p>03 T 10 P (Prática)</p>
	<p>Reconhecer as funções de cada serviço de acordo com sua hierarquia.</p> <p>Identificar a localização dos serviços de saúde da cidade.</p> <p>Identificar serviços em locais de difícil acesso.</p> <p>Dominar a geografia da região para viabilizar rotas alternativas.</p>	<p>2 T</p>
	<p>Dominar os conceitos da Portaria, a regulação médica das urgências e os fluxos da central de regulação.</p> <p>Identificar as funções do condutor de veículos de urgência.</p> <p>Dominar o funcionamento e organização do APH móvel de sua cidade.</p>	<p>2 T</p>

---

Temas	Conteúdo	
5. Papel do condutor de veículos de urgência	Manejo de equipamentos da central de regulação de urgências.	
6. Suporte básico de vida	Realização de medidas de suporte básico de vida.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Estabelecer contato com a central de regulação de urgências.</p> <p>Operar o sistema de radiocomunicação para contato com a central.</p> <p>Dominar o uso de códigos de rádio, conforme protocolos do serviço.</p> <p>Descrever a cena das ocorrências, identificando sinais de risco.</p> <p>Identificar necessidade de articular outros serviços para atendimento na cena da ocorrência e comunicar à central.</p> <p>Auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida.</p> <p>Auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas.</p> <p>Identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.</p> <p>Realizar medidas de reanimação cardiorespiratória básica.</p> <p>Identificar sinais de gravidade em situações de urgência traumática, clínica, obstétrica, psiquiátrica.</p> <p>Aplicar conhecimentos para a abordagem de pacientes graves em urgência clínica, traumática, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica.</p>	<p>02 T 10 P</p> <p>04 T 16 P</p>

---

Temas	Conteúdo	
7. Direção defensiva	Técnicas de direção defensiva.	
8. Acidentes com produtos perigosos	Noções sobre acidentes com produtos perigosos.	
TOTAL		

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	Aplicar técnicas de direção defensiva. Utilizar sinais sonoros e luminosos nas situações de urgência. Viabilizar a sinalização e segurança da cena. Dominar a legislação do transporte de cargas perigosas. Aplicar técnicas de abordagem de veículos com produtos perigosos. Aplicar normas de segurança na exposição a produtos perigosos. Auxiliar na organização da cena em situações de acidentes com cargas perigosas.	02 T 08 P    02T 02P
		64 H

A-3 Telefonistas – Auxiliares de Regulação e Radio-Operadores

<b>Temas</b>	<b>Conteúdo</b>	
1. Introdução	Apresentação do programa e atividade de integração.	
2. Geografia e estrutura urbana da cidade	Conhecimento da geografia e estrutura urbana da cidade.	
3. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.	
4. Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel	Apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (APH móvel).	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Dominar o programa a ser desenvolvido.</p> <p>Responder a aplicação de pré-teste e pós-teste de conhecimento.</p> <p>Participar do desenvolvimento de técnicas de grupos.</p> <p>Dominar a localização de ruas/logradouros da cidade.</p> <p>Identificar as regiões dos chamados e associar com os endereços das solicitações.</p> <p>Conhecer endereços dos serviços de saúde da cidade.</p>	<p>06 T (Teórica)</p> <p>08 P (Prática)</p>
	<p>Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas de entrada hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Saber qual a estrutura e missão de cada serviço.</p> <p>Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada.</p>	<p>02 T</p> <p>08 P</p>
	<p>Conhecer o conteúdo da Portaria GM/MS de __ de outubro de 2002 e compreender seus conceitos.</p> <p>Compreender o papel do médico regulador de urgência e os fluxos da central de regulação.</p> <p>Conhecer as funções da telefonista auxiliar de regulação médica e do radiooperador.</p>	<p>08 T</p> <p>10 P</p>

Temas	Conteúdo	
5. Papel da telefonista auxiliar de regulação e do radioperador	Funções da telefonista auxiliar de regulação médica e do radioperador	
TOTAL		

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Acolher as chamadas telefônicas de acordo com a rotina preconizada pela instituição.</p> <p>Operar o sistema de rádio da central, estabelecendo o contato com todos os meios integrados à central.</p> <p>Reconhecer palavras-chaves na regulação.</p> <p>Responder às situações que independem da resposta médica, de acordo com os protocolos do serviço.</p> <p>Estabelecer o contato com as equipes das unidades móveis no despacho das missões.</p> <p>Monitorar o deslocamento dos veículos de urgência e estabelecer o controle operacional sobre a frota.</p> <p>Realizar os registros pertinentes de acordo com a rotina do serviço.</p> <p>Manejar os equipamentos de telefonia para comunicação com os usuários e os serviços, de acordo com a rotina da instituição.</p> <p>Manejar os equipamentos de radiocomunicação através do uso de códigos, conforme rotina preconizada pela instituição.</p> <p>Manejar equipamentos de informática, se houver, de acordo com a rotina do serviço.</p>	<p>04 T</p> <p>10 P</p>
		56 H

### **Recomendação de Atividades Práticas**

- Permanência na sala de regulação de urgência na condição de observador (no acolhimento das chamadas, na operação dos rádios e telefones).
- Realização de visitas para reconhecer a geografia da cidade e distribuição dos serviços de saúde: conhecer minimamente as regiões da cidade; conhecer, pelo menos, um serviço de atenção básica de cada região; conhecer a localização dos serviços de urgência (hospitalares e não-hospitalares); conhecer locais de difícil acesso na cidade (endereços irregulares, não-localizáveis no mapa oficial da cidade).
- Operação do sistema de telefones da central de urgência: acolhimento das chamadas, preenchimento de impressos e/ou manejo dos equipamentos de informática (se houver), transmissão dos chamados ao médico regulador, comunicação com os serviços e equipes de APH.
- Operação do sistema de rádio da central de urgência: comunicação com as equipes, despacho dos meios móveis, controle do deslocamento dos meios móveis, uso dos códigos para comunicação.



## B Profissionais Oriundos da Área da Saúde

### B-1 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

<b>Temas</b>	<b>Conteúdo</b>	
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	<p>Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.</p> <p>Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.</p> <p>Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</p> <p>Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade.</p> <p>Dominar os conceitos da Portaria e as competências do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem no APH móvel.</p> <p>Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço.</p>	05 T (Teórica)







	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de doenças circulatórias agudas: infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, AVC, quadros isquêmicos e edema agudo de pulmão.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos, de acordo com as orientações do médico regulador.</p> <p>Estar habilitado para realização de monitorização cardíaca e eletrocardiográfica.</p> <p>Realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória básica, enquanto aguarda medicalização do atendimento.</p> <p>Conhecer todos os equipamentos necessários para manejo de pacientes em situações de urgência circulatória e saber manejá-los.</p> <p>Reconhecer sinais de agravos metabólicos agudos, tais como: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outros.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial, de acordo com as orientações do médico regulador na central ou da presença do médico intervencionista na cena da ocorrência.</p> <p>Dominar técnicas de aferição da glicemia, administração de medicamentos e infusões, dentro dos limites de sua função.</p> <p>Reconhecer sinais de intoxicação exógena na cena da ocorrência.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos quadros de intoxicação exógena, de acordo com as orientações do médico regulador.</p>	<p>02 T 01 P</p> <p>02 T</p>

Temas	Conteúdo	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento respiratório agudo	
4. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial do traumatizado grave TRM TCE Trauma torácico Trauma abdominal Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face Queimaduras Quase afogamento Trauma na gestante Lesões por eletricidade Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência, nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites e descrevê-los ao médico regulador na central de regulação.</p> <p>Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave, de acordo com as orientações do médico regulador.</p> <p>Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico.</p>	<p>04 T 06 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes traumatizados em atendimento, através da observação na cena dos acidentes.</p> <p>Ser capaz de avaliar o traumatizado grave e prestar o atendimento inicial nas medidas de suporte básico à vida.</p> <p>Adotar medidas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma em face, controle de choques e hemorragias, trauma na gestante, queimaduras, quase afogamento, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos.</p> <p>Reconhecer os riscos na cena dos acidentes e transmiti-los à central de regulação, para que sejam ativados os demais serviços necessários nas cenas das ocorrências.</p>	<p>12 T 40 P</p>

Temas	Conteúdo	
5. Urgências psiquiátricas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	
6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea <i>pós-mortem</i>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p> <p>Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros).</p> <p>Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas.</p>	<p>02 T 04 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e todas as complicações obstétricas na cena da ocorrência.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nas pacientes em atendimento.</p> <p>Estar habilitado para auxiliar no atendimento à gestante em trabalho de parto normal.</p> <p>Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.</p> <p>Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.</p>	<p>02 T 04 P</p>

<b>Temas</b>	<b>Conteúdo</b>	
7. Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte.	
8. Estágios em Ambulâncias	Vivência prática de atendimento.	
9. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	
10. Salvamento** MÓDULO	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos.	
TOTAL		

\* Número de horas para avaliação a serem distribuídas durante o curso.

\*\*Módulo específico para profissionais de saúde que atuam com atividades de salvamento.

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Dominar o funcionamento de todos os materiais e equipamentos para o APH.</p> <p>Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos.</p> <p>Aplicar as rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais.</p>	08 P
	Familiarização com a rotina de serviço e participação de atendimento de vítimas em situações reais.	24 P
	Demonstrar conhecimentos adquiridos.	04 T 06 P
	Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas.	10 T 20 P
		154 H

## B-2 Enfermeiros

Temas	Conteúdo	
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	<p>Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.</p> <p>Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.</p> <p>Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</p> <p>Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade.</p> <p>Dominar os conceitos da Portaria e as competências do enfermeiro no APH móvel.</p> <p>Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço.</p>	05 T (Teórica)



	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de disfunção respiratória na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DPOC, Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p> <p>Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave, de acordo com as orientações do médico regulador.</p> <p>Ser capaz de iniciar medidas de reanimação de suporte básico, enquanto aguarda medicalização do atendimento.</p> <p>Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado.</p> <p>Executar procedimentos de enfermagem de acordo com a prescrição médica à distância ou na presença do médico intervencionista.</p> <p>Reconhecer sinais de doença circulatória aguda: infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, AVC, quadros isquêmicos e edema agudo de pulmão.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p>	<p>04 T 08 P (Prática)</p>
	<p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos, de acordo com as orientações do médico regulador.</p> <p>Estar habilitado para realização de monitorização cardíaca e eletrocardiográfica.</p> <p>Realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória básica, enquanto aguarda medicalização do atendimento.</p> <p>Conhecer todos os equipamentos necessários para manejo de pacientes em situações de urgência circulatória e saber manejá-los.</p>	<p>04 T 08 P</p>

Temas	Conteúdo	
<p>(continuação)</p> <p>2. Urgências clínicas no paciente adulto</p>	<p>Doenças metabólicas</p> <p>Intoxicações exógenas</p>	
<p>3. Urgências clínicas na criança</p>	<p>Sofrimento respiratório agudo</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de doença metabólica na cena da ocorrência tais como: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outros.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos metabólicos agudos.</p> <p>Dominar técnicas no manejo do paciente com sinais de agravos de doença metabólica.</p> <p>Reconhecer sinais de intoxicação exógena na cena da ocorrência.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos quadros de intoxicação exógena, de acordo com as orientações do médico regulador.</p> <p>Realizar os procedimentos de enfermagem nos atendimentos dos casos de intoxicação exógena.</p>	<p>02 T 02 P</p> <p>02 T 02 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglotites.</p> <p>Reconhecer sinais de gravidade e descrevê-los ao médico regulador da central de regulação.</p> <p>Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave.</p> <p>Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado.</p>	<p>04 T 04 P</p>

Temas	Conteúdo	
4. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	<p>Atendimento inicial do paciente politraumatizado</p> <p>TRM</p> <p>TCE</p> <p>Trauma torácico</p> <p>Trauma abdominal</p> <p>Trauma de extremidades</p> <p>Choque e hemorragias</p> <p>Trauma de face</p> <p>Queimaduras</p> <p>Quase afogamento</p> <p>Trauma na gestante</p> <p>Lesões por eletricidade</p> <p>Acidentes com múltiplas vítimas</p> <p>Acidentes com produtos perigosos</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória.</p> <p>Ser capaz de avaliar o traumatizado grave e prestar o atendimento inicial nas medidas de suporte básico à vida.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes traumatizados em atendimento.</p> <p>Auxiliar o médico intervencionista nos cuidados de suporte avançado à vida.</p> <p>Adotar medidas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, controle de choques e hemorragias, queimaduras, quase afogamento, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos.</p> <p>Estar habilitado para todas as técnicas no manejo do paciente traumatizado grave.</p> <p>Reconhecer os riscos na cena dos acidentes e transmiti-los à central de regulação, para que sejam ativados os demais serviços necessários nas cenas dos eventos.</p>	<p>10 T 26 P</p>

Temas	Conteúdo	
5. Urgências psiquiátricas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	
6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea <i>pós-mortem</i>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes.</p> <p>Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros).</p> <p>Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas.</p>	<p>02 T 02 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e todas as complicações obstétricas na cena da ocorrência.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nas pacientes.</p> <p>Estar habilitado para prestar o atendimento à gestante em trabalho de parto normal.</p> <p>Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.</p> <p>Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.</p> <p>Manejar equipamentos para transporte de RN de risco (incubadora de transporte).</p>	<p>02 T 04 P</p>

Temas	Conteúdo	
7. Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte.	
8. *Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	
9. Estágio em ambulância	Vivência prática de atendimento.	
10. Salvamento** MODULO	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos.	
TOTAL		

\* Número de horas para avaliação a serem distribuídas durante o curso.

\*\*Módulo específico para profissionais de saúde que atuem com atividades de salvamento.

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Dominar o funcionamento de todos os materiais e equipamentos para o APH.</p> <p>Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos.</p> <p>Realizar a gestão dos materiais e equipamentos utilizados no APH.</p> <p>Definir rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais.</p> <p>Capacitar a equipe de enfermagem e os demais profissionais do APH para manuseio de materiais e equipamentos, rotina de desinfecção de materiais, de equipamentos e de veículos.</p>	08 T
	Demonstrar conhecimentos adquiridos.	07 T
	Familiarização com a rotina de serviço e participação de atendimento de vítimas em situações reais.	24 P
	Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas.	10 T 20 P
		130 H

B-3 Médicos

Temas	Conteúdo	
<p>1. Sistema de saúde, atenção integral às urgências e rede hierarquizada de assistência loco-regional</p>	<p>Apresentação do Sistema Único de Saúde – SUS.</p> <p>Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</p> <p>Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.</p> <p>Perfil profissional.</p> <p>Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.</p>	
<p>2. Regulação Médica das Urgências</p>	<p>Histórico</p> <p>Bases Teóricas e Éticas</p> <p>Nosologia e avaliação de risco</p> <p>Etapas da Regulação</p> <p>Protocolos</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Ter noções dos antecedentes e características do movimento de Reforma Sanitária do país.</p> <p>Conhecer os Princípios e Diretrizes do SUS, suas Leis Orgânicas, Normas Operacionais Básicas e Norma Operacional da Assistência.</p> <p>Dominar os conceitos da Portaria em relação à rede de atenção integral às urgências, bem como as competências do médico regulador.</p> <p>Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Conhecer a estrutura e missão de cada serviço de saúde local.</p> <p>Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada.</p> <p>Conhecer o serviço e/ou a proposta de funcionamento do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de sua cidade/região.</p>	<p>01 T (Teórica)</p> <p>01 T</p> <p>03 T</p>
	<p>Conhecer os antecedentes históricos da regulação médica das Urgências.</p> <p>Conhecer as bases éticas da regulação médica das urgências.</p> <p>Dominar a nosologia da regulação médica das urgências e estar habilitado para a correta avaliação do risco de cada solicitação.</p> <p>Estar apto a cumprir toda as etapas do processo de regulação seja de casos primários, seja de secundários.</p> <p>Conhecer os protocolos de regulação de urgência e exercer as técnicas de regulação médica.</p>	<p>10 T</p> <p>05 P</p>

Temas	Conteúdo	
3. Acidentes com múltiplas vítimas e catástrofes	Conceito Princípios de controle da cena Triagem, tratamento e transporte.	
4. Urgências clínicas no paciente adulto (continua)	Sofrimento respiratório agudo	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	Saber manejar situações de acidentes com múltiplas vítimas.	04 T 04 P
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DBPOC, Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão, e outros.</p> <p>Decidir pela melhor terapêutica a partir da descrição dos sinais de gravidade pelas equipes.</p> <p>Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave.</p> <p>Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado.</p> <p>Dominar técnicas de suporte ventilatório: intubação traqueal, cricotireoidostomia, drenagem torácica, toracocentese.</p>	04 T 04 P (Prática)



	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de disfunção circulatória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: infarto agudo do miocárdio, angina instável, AVC, quadros isquêmicos, edema agudo de pulmão, outros.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos.</p> <p>Ter noções de eletrocardiografia.</p> <p>Realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória avançada.</p>	<p>04 T 04 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de doença metabólica quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outros.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos metabólicos agudos.</p>	<p>02 T 02 P</p>

Temas	Conteúdo	
(continuação) 4. Urgências clínicas no paciente adulto	Intoxicações exógenas	
5. Urgências clínicas na criança	Quadros respiratórios agudos	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de intoxicações exógenas quando na cena da ocorrência.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento iniciais dos quadros de intoxicação exógena: manejo respiratório, uso de antídotos e medicamentos e esvaziamento gástrico.</p>	<p>02 T 02 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglotites e outros.</p> <p>Decidir pela melhor terapêutica a partir da descrição dos sinais de gravidade pelas equipes.</p> <p>Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave.</p> <p>Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado.</p> <p>Dominar técnicas de manutenção da via aérea: intubação traqueal (oro/naso), cricotireoidostomia, drenagem de tórax, toracocentese.</p>	<p>02 T 02 P</p>

Temas	Conteúdo	
6. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	<p>Atendimento inicial do paciente politraumatizado</p> <p>TRM</p> <p>TCE</p> <p>Trauma torácico</p> <p>Trauma abdominal</p> <p>Trauma na gestante</p> <p>Trauma de extremidades</p> <p>Choque e hemorragias</p> <p>Trauma de face</p> <p>Queimaduras</p> <p>Quase afogamento</p> <p>Choque elétrico</p> <p>Acidentes com produtos perigosos</p>	
7. Urgências psiquiátricas	<p>Psicoses</p> <p>Tentativa de suicídio</p> <p>Depressões</p> <p>Síndromes cerebrais orgânicas</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória quando na cena dos acidentes.</p> <p>Orientar as equipes quanto aos cuidados a serem prestados às vítimas traumatizadas para controle da respiração/ventilação e da circulação.</p> <p>Ser capaz de avaliar e prestar o atendimento inicial ao paciente traumatizado grave.</p> <p>Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, queimaduras, quase afogamento, choque elétrico, acidentes com produtos perigosos.</p> <p>Estar habilitado para realizar as técnicas de imobilização e remoção.</p>	<p>16 T 12 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência, quando na cena das ocorrências.</p> <p>Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH.</p> <p>Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas.</p>	<p>02 T 02 P</p>

Temas	Conteúdo	
8. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea <i>pós-mortem</i>	
9. *Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	
10. Estágio em central de regulação	Vivência prática de atendimento	
11. Estágio em ambulância	Vivência prática de atendimento	
TOTAL		

	Habilidades	Carga Horária (CH)
	<p>Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância.</p> <p>Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e todas as complicações obstétricas, quando na cena da ocorrência.</p> <p>Estar habilitado para prestar o atendimento inicial à gestante em trabalho de parto normal e parto com distócia e outras complicações obstétricas e prevenir complicações.</p> <p>Prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.</p> <p>Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.</p> <p>Manejar equipamentos para transporte de RN de risco (incubadora de transporte).</p> <p>Estar habilitado para realizar cesariana <i>pós morte</i>.</p>	02 T 02 P
	Demonstrar conhecimentos adquiridos.	04 T
	Familiarização com a rotina de serviço e participação de atendimento de regulação.	12 P
	Familiarização com a rotina de serviço e participação de atendimento de vítimas em situações reais.	12 P
		120 H

---

### **Recomendação de Atividades Práticas**

- Devem ser realizadas em serviço, inicialmente observando profissionais já experientes, problematizando a realidade, com discussão dos casos em grupos e, a seguir, atuando e sendo supervisionado pelos profissionais da unidade.



## 2.2 Profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo e Hospitalar:

A Atenção Primária à Saúde, aqui consideradas as Unidades Básicas de Saúde e o Programa Saúde da Família:

A-1 Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem:

<b>Temas</b>	<b>Conteúdo</b>	
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência.	<p>Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.</p> <p>Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.</p> <p>Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</p> <p>Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.</p> <p>Acolhimento e triagem de risco.</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Conhecer a organização do sistema de saúde loco-regional de acordo com a hierarquia dos serviços: considerando as portas hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade.</p> <p>Dominar os conceitos da Portaria e as competências do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem no APH móvel.</p> <p>Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço.</p> <p>Estar sensibilizado e habilitado para acolher os pacientes com quadros agudos que se apresentem à unidade sem consulta previamente agendada; avaliar preliminarmente o risco mediante protocolos previamente estabelecidos; e comunicar ao médico assistente ou priorizar o atendimento, conforme pacto assistencial de cada unidade.</p>	<p>4 T (Teórica)</p>

Temas	Conteúdo	
2. Urgências clínicas mais frequentes no paciente adulto:	Sofrimento agudo dos sistemas cardiorrespiratório, neurológico, metabólico e por intoxicações exógenas.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de disfunção cardiorrespiratória nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DPOC, infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão, crise hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, quadros isquêmicos.</p> <p>Reconhecer sinais das patologias neurológicas mais prevalentes: síndromes convulsivas, acidentes vasculares cerebrais, quadros infecciosos.</p> <p>Reconhecer sinais de agravos metabólicos agudos tais como: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar.</p> <p>Reconhecer sinais de intoxicação exógena.</p> <p>Descrever estes sinais ao médico regulador, quando o médico da unidade não estiver presente.</p> <p>Relatar os casos agudos com sinais de gravidade ao médico assistente, para que os atendimentos possam ser priorizados.</p> <p>Ser capaz de iniciar medidas de reanimação de suporte básico, enquanto aguarda medicalização do atendimento.</p> <p>Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico.</p> <p>Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos.</p> <p>Dominar técnicas de aferição da glicemia, administração de medicamentos e infusões, dentro dos limites de sua função, de acordo com a orientação do médico regulador ou prescrição do médico da unidade.</p>	<p>04 T 10 P (Prática)</p>

Temas	Conteúdo	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento agudo por quadros infecciosos, febris, disfunções respiratórias, gastrintestinais, neurológicas, metabólicas, intoxicações exógenas e maus-tratos.	
4. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial do traumatizado grave TRM TCE Trauma torácico Trauma abdominal Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face Queimaduras Quase afogamento Trauma na gestante Lesões por eletricidade Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de disfunção respiratória de maior ou menor gravidade, de causa infecciosa ou não, nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites, broncopneumonia.</p> <p>Adotar medidas para controle desta disfunção, de acordo com as orientações do médico da unidade ou do médico regulador, quando o médico da unidade não estiver presente.</p> <p>Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico.</p>	<p>2 T 4 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória.</p> <p>Descrever ao médico da unidade ou ao médico regulador, quando o médico da unidade não estiver presente, os sinais observados nos pacientes traumatizados.</p> <p>Ser capaz de prestar o atendimento inicial, nas medidas de suporte básico à vida, adotar medidas no manejo do paciente vítima de trauma de qualquer natureza.</p>	<p>4 T 10 P</p>

Temas	Conteúdo	
5. Urgências psiquiátricas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	
6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento	
7. Materiais e equipamentos do atendimento às urgências.	Controle e conservação de materiais, equipamentos e medicamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte.	
8. **Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	
TOTAL		

Embora conteúdos e cargas horárias sejam os mesmos para toda a equipe de enfermagem, os treinamentos podem ser ministrados em separado, de acordo com material, forma de abordagem e terminologia mais adequada aos diferentes profissionais, e segundo o julgamento e decisão local.

\*\* Duas horas para avaliação escrita e as quatro restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o curso.

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento, quando o médico da unidade não estiver presente.</p> <p>Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe (pacientes agressivos em situações de risco para si e para os outros).</p>	02 T 04 P
	<p>Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e as complicações obstétricas.</p> <p>Descrever ao médico regulador os sinais observados nas pacientes em atendimento, quando o médico da unidade não estiver presente.</p> <p>Estar habilitado para auxiliar no atendimento à gestante em trabalho de parto normal.</p> <p>Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.</p> <p>Manejar os equipamentos básicos necessários para suporte ventilatório ao RN.</p>	02 T 04 P
	<p>Dominar o funcionamento de todos os materiais e equipamentos.</p> <p>Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos, bem como a validade dos medicamentos.</p> <p>Aplicar as rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais.</p>	04 P
	Demonstrar conhecimentos adquiridos.	02 T 04 P
		60 H





---

Temas	Conteúdo	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento agudo por quadros infecciosos, febris, disfunções respiratórias, gastrintestinais, neurológicas, metabólicas, intoxicações exógenas e maus-tratos.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Acolher, reconhecer e diagnosticar quadros agudos das doenças metabólicas mais prevalentes: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outras.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial destes agravos.</p> <p>Reconhecer sinais de intoxicações exógenas e adotar medidas para controle e tratamento iniciais destes quadros: manejo respiratório, uso de antídotos e medicamentos disponíveis, esvaziamento gástrico.</p>	
	<p>Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de disfunção respiratória nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglotites e outros.</p> <p>Acolher, reconhecer e diagnosticar os sinais de distúrbio hidreletrolítico e metabólico.</p> <p>Acolher, reconhecer e diagnosticar os sinais de toxemia e buscar identificar a causa.</p> <p>Decidir pela melhor terapêutica e adotar medidas para controle das disfunções apontadas.</p>	<p>02 T 06 P</p>

Temas	Conteúdo	
<p>4. Urgências cirúrgicas traumáticas e não-traumáticas no paciente adulto e na criança.</p>	<p>Atendimento a pacientes vítimas de pequenos ferimentos/abscessos</p> <p>Atendimento inicial do paciente politraumatizado</p> <p>TRM</p> <p>TCE</p> <p>Trauma torácico</p> <p>Trauma abdominal</p> <p>Trauma na gestante</p> <p>Trauma de extremidades</p> <p>Choque e hemorragias</p> <p>Trauma de face</p> <p>Queimaduras</p> <p>Quase afogamento</p> <p>Choque elétrico</p> <p>Acidentes com múltiplas vítimas</p> <p>Acidentes com produtos perigosos</p> <p>Choque hipovolêmico e/ou tóxico</p>	
<p>5. Urgências psiquiátricas e neurológicas</p>	<p>Psicoses</p> <p>Tentativa de suicídio</p> <p>Depressões</p> <p>Síndromes cerebrais orgânicas</p> <p>Convulsões</p>	

	Habilidades	Carga Horária (CH)
	<p>Acolher, reconhecer e diagnosticar a maior ou menor gravidade das lesões.</p> <p>Realizar suturas simples e drenagem de pequenos abscessos.</p> <p>Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória. Ser capaz de prestar o atendimento inicial ao paciente traumatizado grave.</p> <p>Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, queimaduras, quase afogamento, choque elétrico, acidentes com múltiplas vítimas, acidentes com produtos perigosos.</p> <p>Estar habilitado para realizar as técnicas de imobilização e remoção.</p>	<p>04 T</p> <p>10 P</p>
	<p>Acolher e reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência.</p> <p>Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe.</p> <p>Adotar medidas terapêuticas iniciais no manejo dos pacientes convulsivos, agressivos, psicóticos e suicidas.</p>	<p>02 T</p> <p>04 P</p>

Temas	Conteúdo	
6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea <i>pós-mortem</i>	
7. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	
TOTAL		

### Recomendação de Atividades Práticas

- Devem ser realizadas em serviço, inicialmente observando profissionais já experientes, problematizando a realidade, com discussão dos casos em grupos e, a seguir, atuando e sendo supervisionado pelos profissionais da unidade.

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Acolher, reconhecer e diagnosticar trabalho de parto normal, parto distócico e as principais complicações obstétricas, como DHEG e hemorragias.</p> <p>Estar habilitado para prestar o atendimento inicial à gestante em trabalho de parto normal parto com distócias outras complicações obstétricas e prevenir complicações.</p> <p>Prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.</p> <p>Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.</p>	<p>02 T 04 P</p>
	<p>Demonstrar conhecimentos adquiridos.</p>	<p>02 T 06 P</p>
		<p>60 H</p>

B Profissionais das Unidades Não-Hospitalares (Capítulo III – item 2) e Hospitalares de atendimento às urgências (Capítulo V – itens A e B):

B-1 Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: \*

Temas	Conteúdo	
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência.	<p>Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.</p> <p>Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.</p> <p>Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</p> <p>Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.</p> <p>Acolhimento e triagem de risco.</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Conhecer a organização do sistema de saúde loco-regional de acordo com a hierarquia dos serviços: considerando as portas hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade.</p> <p>Dominar os conceitos da Portaria e as competências do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem no APH móvel.</p> <p>Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço.</p> <p>Estar sensibilizado e habilitado para acolher os pacientes com quadros agudos que se apresentem à unidade sem consulta previamente agendada, avaliar preliminarmente o risco mediante protocolos previamente estabelecidos, e comunicar ao médico assistente ou priorizar o atendimento, conforme pacto assistencial de cada unidade.</p>	04 T (Teórica)

---

Temas	Conteúdo	
2. Manejo das urgências clínicas mais frequentes no paciente adulto, na sala de urgências	Sofrimento agudo dos sistemas cardiorrespiratório, neurológico, metabólico e por intoxicações exógenas.	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de disfunção cardiorrespiratória nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DPOC, infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão, crise hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, quadros isquêmicos.</p> <p>Reconhecer sinais das patologias neurológicas mais prevalentes: síndromes convulsivas, acidentes vasculares cerebrais, quadros infecciosos.</p> <p>Reconhecer sinais de agravos metabólicos agudos, tais como: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar.</p> <p>Reconhecer sinais de intoxicação exógena.</p> <p>Ser capaz de iniciar medidas de reanimação de suporte básico quando necessário, enquanto aguarda medicalização do atendimento.</p> <p>Manejar todos os equipamentos de suporte ventilatório.</p> <p>Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função.</p> <p>Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos.</p> <p>Dominar técnicas de aferição da glicemia, administração de medicamentos e infusões, dentro dos limites de sua função, de acordo com a prescrição do médico da unidade.</p>	<p>08 T 16 P (Prática)</p>

Temas	Conteúdo	
<p>3. Manejo das urgências clínicas na criança, na sala de urgências</p>	<p>Sofrimento agudo por quadros infecciosos, febris, disfunções respiratórias, gastrintestinais, neurológicas, metabólicas, intoxicações exógenas e maus-tratos.</p>	
<p>4. Manejo das urgências traumáticas no paciente adulto e na criança, na sala de urgências</p>	<p>Atendimento inicial do traumatizado grave  TRM  TCE  Trauma torácico  Trauma abdominal  Trauma de extremidades  Choque e hemorragias  Trauma de face  Queimaduras  Quase afogamento  Trauma na gestante  Lesões por eletricidade  Acidentes com múltiplas vítimas  Acidentes com produtos perigosos</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de disfunção respiratória de maior ou menor gravidade, nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglotites, broncopneumonia.</p> <p>Reconhecer sinais de desidratação, de maior ou menor gravidade, nas patologias mais freqüentes.</p> <p>Reconhecer sinais de alteração no nível de consciência.</p> <p>Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade.</p> <p>Adotar medidas para controle das disfunções mencionadas, de acordo com as prescrições do médico assistente.</p> <p>Manejar todos os equipamentos de suporte ventilatório.</p>	<p>04 T</p> <p>08 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada seja de disfunção ventilatória, respiratória e/ou circulatória.</p> <p>Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade.</p> <p>Ser capaz de prestar o atendimento inicial, nas medidas de suporte básico à vida.</p> <p>Adotar medidas no manejo do paciente vítima de trauma de qualquer natureza, de acordo com as prescrições do médico assistente.</p>	<p>08 T</p> <p>16 P</p>

Temas	Conteúdo	
5. Manejo das urgências psiquiátricas, na sala de urgências	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	
6. Manejo de urgências obstétricas, na sala de urgências	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência.</p> <p>Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe (pacientes agressivos em situações de risco para si e para os outros).</p> <p>Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade.</p> <p>Adotar medidas no manejo do paciente vítima de urgência psiquiátrica, de acordo com as prescrições do médico assistente.</p>	<p>04 T</p> <p>08 P</p>
	<p>Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e das complicações obstétricas.</p> <p>Reconhecer sinais de gravidade em casos de hemorragias genitais.</p> <p>Reconhecer sinais de gravidade em casos de hipertensão em gestantes.</p> <p>Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade.</p> <p>Estar habilitado para auxiliar no atendimento à gestante em trabalho de parto normal.</p> <p>Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.</p> <p>Manejar os equipamentos básicos necessários para suporte ventilatório ao RN.</p> <p>Adotar medidas no manejo das situações mencionadas, de acordo com as prescrições do médico assistente.</p>	<p>04 T</p> <p>08 P</p>

Temas	Conteúdo	
7. Manejo dos pacientes em observação.	Alterações cardiorrespiratórias, metabólicas, de nível de consciência e outras.	
8. Materiais e equipamentos do atendimento às urgências.	Controle e conservação de materiais, equipamentos e medicamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte.	
9. **Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	
TOTAL		

\* Embora os conteúdos e as cargas horárias sejam os mesmos para toda a equipe de enfermagem, os treinamentos podem ser ministrados em separado, de acordo com o material, forma de abordagem e terminologia mais adequada aos diferentes profissionais, de acordo com julgamento e decisão local.

\*\* Duas horas para avaliação escrita e as quatro restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o curso.

	Habilidades	Carga Horária (CH)
	<p>Acompanhar atentamente os pacientes em observação, reconhecer alterações em seu quadro cardiorrespiratório, metabólico e de consciência, de acordo com o registro sistemático dos sinais vitais.</p> <p>Comunicar estas alterações ao médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade.</p> <p>Observar com presteza as prescrições do médico assistente.</p>	<p>02 T</p> <p>04 P</p>
	<p>Dominar o funcionamento de todos os materiais e equipamentos.</p> <p>Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos, bem como a validade dos medicamentos.</p> <p>Aplicar as rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais.</p> <p>Ser capaz de capacitar a equipe de enfermagem para o manuseio de materiais e equipamentos, rotina de desinfecção de materiais e equipamentos.</p>	<p>08 P</p>
	<p>Demonstrar conhecimentos adquiridos.</p>	<p>02 T</p> <p>04 P</p>
		<p>108 H</p>

B-2 Médico Clínicos Gerais:

Temas	Conteúdo	
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência.	<p>Apresentação do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</p> <p>Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.</p>	
2. Urgências cardiorrespiratórias	<p>Síncope</p> <p>Crise hipertensiva</p> <p>Dor torácica</p> <p>Infarto agudo do miocárdio</p> <p>Insuficiência cardíaca</p> <p>Arritmias cardíacas</p> <p>Choque cardiogênico</p> <p>Edema agudo de pulmão</p> <p>Embolia pulmonar</p> <p>Asma</p> <p>Pneumonias</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Conhecer as Diretrizes do SUS e seu estágio atual de implantação.</p> <p>Conhecer o Regulamento Técnico da Atenção às Urgências: diretrizes gerais e os componentes da rede assistencial.</p> <p>Entender o conceito de regulação médica das urgências, as funções e prerrogativas do médico regulador e saber claramente como se inserir e se relacionar com o sistema.</p> <p>Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Conhecer a estrutura e missão de cada serviço de saúde local, dentro da rede de atenção às urgências.</p> <p>Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada.</p>	<p>04 T (Teórica)</p>
	<p>Para todos os itens, de 2 a 10:</p> <p>Acolher, reconhecer, diagnosticar e adotar medidas terapêuticas para tratamento e/ou controle das patologias referidas.</p> <p>Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.</p>	<p>08 T 16 P (Prática)</p>

Temas	Conteúdo	
3. Urgências do sistema nervoso central:	Cefaléia Infecções intracranianas Convulsões Acidente vascular cerebral Coma Morte encefálica Alterações comportamentais e estados confusionais agudos	
4. Urgências gastrintestinais:	Dor abdominal aguda Diarréia aguda Hemorragia digestiva alta Hemorragia digestiva baixa Icterícia Insuficiência hepática Colangite Pancreatite aguda Ingestão de corpo estranho Ingestão de cáusticos	
5. Urgências genito-urinárias:	Dor pélvica Cólica renal Infecção urinária Insuficiência renal aguda	
6. Urgências endocrinológicas:	Diabetes descompensado Hipoglicemia Insuficiência supra-renal	
7. Urgências hematológicas:	Alterações hematológicas graves Crise falcêmica	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
		04 T 08 P
		04 T 08 P
		02 T 04 P
		02 T 04 P
		02 T 04 P

Temas	Conteúdo	
8. Urgências vasculares:	Tromboembolismo arterial Rotura de aneurismas Trombose venosa profunda pé-diabético	
9. Urgências oftalmológicas:	Conjuntivite Aguda Corpo Estranho Glaucoma Hordéolo Descolamento de Retina Trauma	
10. Urgências otorrinolaringológicas:	Otagia Corpo estranho Rolha de cerúmen Surdez súbita Epistaxe Sinusite Labirintite aguda Trauma	
11. Urgências em saúde mental:	Paciente agitado/violento Psicoses Depressões Risco de suicídio Abstinência alcoólica e outras Abordagem do paciente terminal e de sua família Síndromes cerebrais orgânicas	

	Habilidades	Carga Horária (CH)
		02 T 04 P
		02 T 04 P
		02 T 04 P
	<p>Acolher e reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência.</p> <p>Reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando houver risco para o paciente e/ou para a equipe.</p> <p>Adotar medidas terapêuticas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos, depressivos, suicidas e em síndrome de abstinência.</p> <p>Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.</p>	04 T 08 P

Temas	Conteúdo	
12. Urgências traumáticas	Sutura de ferimentos e drenagem de abscessos Politraumatizado Choque e hemorragias Trauma raquimedular Trauma cranioencefálico Trauma torácico Trauma abdominal Trauma de face Trauma de extremidades Trauma na gestante Queimaduras Quase afogamento Choque elétrico Intoxicações e envenenamentos Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos	
13. Urgências gineco-obstétricas	Infecções Hipertensão arterial Hemorragias Distúrbios tromboembólicos Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Cesárea <i>pós-mortem</i>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Realizar suturas de ferimentos e drenagem de abscessos.</p> <p>Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de gravidade na vítima traumatizada: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória.</p> <p>Ser capaz de prestar o atendimento inicial ao paciente traumatizado grave.</p> <p>Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, queimaduras, quase afogamento, choque elétrico, intoxicações e envenenamentos, acidentes com múltiplas vítimas, acidentes com produtos perigosos.</p> <p>Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.</p>	08 T 16 P
	<p>Acolher, reconhecer, diagnosticar e adotar medidas terapêuticas para tratamento e/ou controle das patologias referidas, encaminhando adequadamente os casos que extrapolem a complexidade da unidade.</p> <p>Estar habilitado para prestar à gestante em trabalho de parto normal em período expulsivo.</p> <p>Prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.</p> <p>Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.</p>	08 T 16 P

Temas	Conteúdo	
14. Manejo de equipamentos, soluções e medicamentos	Cardioversor Respirador Monitor Oxímetro Bomba de infusão Material de imobilização e remoção	
15. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	
TOTAL		

\* Quatro horas para avaliação escrita e as dez restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o curso.

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	Manejar todos os equipamentos da sala de urgência. Estar habilitado para realizar as técnicas de imobilização e remoção. Conhecer as soluções e os medicamentos disponíveis na unidade e ter domínio em relação à sua utilização.	08 P
	Demonstrar conhecimentos adquiridos.	04 T 10 P
		170 H

B-2 Médicos Pediatras:

Temas	Conteúdo	
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	<p>Apresentação do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Apresentação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</p> <p>Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados à saúde.</p>	
2. Urgências respiratórias	<p>Asma</p> <p>Pneumonias</p> <p>Corpo estranho</p> <p>Laringite estrudulosa</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
	<p>Conhecer as Diretrizes do SUS e seu estágio atual de implantação.</p> <p>Conhecer o Regulamento Técnico da Atenção às Urgências: diretrizes gerais e os componentes da rede assistencial.</p> <p>Entender o conceito de regulação médica das urgências, as funções e prerrogativas do médico regulador e saber claramente como se inserir e se relacionar com o sistema.</p> <p>Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica e rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não-hospitalares.</p> <p>Conhecer a estrutura e missão de cada serviço de saúde local, dentro da rede de atenção às urgências.</p> <p>Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada.</p>	<p>04 T (Teórica)</p>
	<p>Para todos os itens, de 2 a 7:</p> <p>Acolher, reconhecer, diagnosticar e adotar medidas terapêuticas para tratamento e/ou controle das patologias referidas.</p> <p>Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.</p>	<p>04 T 08 P (Prática)</p>

Temas	Conteúdo	
3. Urgências do sistema nervoso central	Cefaléia Meningites Encefalites Convulsões Coma Morte encefálica Alterações comportamentais e estados confusionais agudos	
4. Urgências gastrointestinais	Dor abdominal aguda e recorrente Diarréia aguda Vômitos Icterícia Ingestão de corpo estranho Hemorragia digestiva alta e baixa Obstrução intestinal Gastrite Úlcera perforada	
5. Urgências genitourinárias	Dor pélvica Infecção urinária Insuficiência renal aguda Alterações hematológicas graves	
6. Urgências hematológicas, metabólicas e endócrinas	Crise falcêmica Desidratação Diabetes descompensado Hipoglicemia Insuficiência supra-renal	
7. Urgências oftalmológicas	Conjuntivite aguda Corpo estranho Glaucoma Hordéolo Descolamento de retina Trauma	

	Habilidades	Carga Horária (CH)
		04 T 08 P
		02 T 04 P

Temas	Conteúdo	
8. Urgências otorrinolaringológicas	<p>Otalgia  Corpo estranho  Rolha de cerúmen  Surdez súbita  Epistaxe  Sinusite  Labirintite aguda  Trauma  Otorragia</p>	
9. Urgências em saúde mental	<p>Crianças vítimas  Abordagem do paciente terminal e de sua família  Alterações de nível de consciência</p>	

	<b>Habilidades</b>	<b>Carga Horária (CH)</b>
		02 T 04 P
	<p>Acolher e reconhecer sinais de gravidade em situações de urgência.</p> <p>Reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando houver risco para o paciente.</p> <p>Adotar medidas terapêuticas no manejo das patologias apontadas.</p> <p>Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando o quadro apresentado exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.</p>	04 T 08 P

Temas	Conteúdo	
10. Urgências traumáticas	Sutura de ferimentos e drenagem de abscessos Politraumatizado Choque e hemorragias Trauma raquimedular Trauma cranioencefálico Trauma torácico Trauma abdominal Trauma de face Trauma de extremidades Queimaduras Quase afogamento Choque elétrico Intoxicações e envenenamentos	
11. Manejo de equipamentos, soluções e medicamentos	Cardioversor Respirador Monitor Oxímetro Bomba de infusão Material de imobilização e Remoção	
12. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	
TOTAL		

\*Quatro horas para avaliação escrita e as oito restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o curso.

	Habilidades	Carga Horária (CH)
	<p>Realizar suturas de ferimentos e drenagem de abscessos.</p> <p>Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de gravidade na vítima traumatizada: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória. Ser capaz de prestar o atendimento inicial ao paciente traumatizado grave.</p> <p>Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, queimaduras, quase afogamento, choque elétrico, intoxicações e envenenamentos.</p> <p>Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.</p>	<p>08 T 16 P</p>
	<p>Manejar todos os equipamentos da sala de urgência.</p> <p>Estar habilitado para realizar as técnicas de imobilização e remoção.</p> <p>Conhecer as soluções e os medicamentos disponíveis na unidade e ter domínio em relação à sua utilização.</p>	<p>08 P</p>
	<p>Demonstrar conhecimentos adquiridos.</p>	<p>04 T 08 P</p>
		<p>132 H</p>



## **PORTARIA GM N.º 2.657, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2004**

DOU n.º 242 p. 76 Seção 1, de 17/12/04

Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando o disposto na Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria n.º 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria n.º 2.072/GM, de 30 de outubro de 2003, que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a importância dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e de suas Centrais de Regulação Médica para o pronto acolhimento dos cidadãos acometidos por agravos urgentes, julgando a gravidade de cada caso e discernindo sobre os meios necessários à sua adequada resolução; e

Considerando as urgências como uma das portas de entrada do sistema e a possibilidade de reordenamento dos fluxos de referência e contra referência de pacientes no SUS a partir dessa porta, com integração aos demais níveis de atenção, seja por meio da regulação médica das urgências ou de outras centrais do complexo regulador da atenção no SUS,

---

Resolve:

- Art. 1.º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192.
- Art. 2.º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, em seu âmbito de atuação, adote as providências necessárias à plena aplicação do disposto nesta Portaria.
- Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

## ANEXO

### A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Quando tomamos a regulação das necessidades imediatas como referência, estamos considerando o seu potencial organizador sobre o funcionamento geral do sistema e sua visibilidade junto aos usuários como marcadoras de sucesso ou fracasso do SUS.

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

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

As Centrais Samu 192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema,

funcionando como importante “porta de entrada” do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias.

Vale salientar que, nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde que não possuiu a hierarquia técnica requerida pelo caso, ainda que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência nesse caso ele deverá ser

adequadamente acolhido e priorizado pela Central de Regulação de Urgências, como se fosse um atendimento em domicílio ou em via pública. Por outro lado, se esse paciente já estiver fora da situação de urgência e precisar de outros recursos para a adequada continuidade do tratamento (portas de saída), a solicitação deve ser redirecionada para outras centrais do complexo regulador, de acordo com a necessidade observada. Esses fluxos e atribuições dos vários níveis de atenção e suas respectivas unidades de execução devem ser pactuados previamente, com o devido detalhamento nas grades de oferta regionais.

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

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

## ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

### *Atribuições Gerais:*

- I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;
- II - ser polivalente na utilização dos recursos;
- III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;
- IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;
- V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais equitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;
- VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;
- VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;
- VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

- IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;
- X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;
- XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;
- XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações.

***Atribuições Específicas:***

- I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas – 192;
- II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

- III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a tele medicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;
- IV - hierarquizar necessidades;
- V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;
- VI - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;
- VII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;
- VIII - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;
- IX - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;
- X - permeiar o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos preestabelecidos ou protocolos disponíveis;
- XI - constituir-se em “observatório privilegiado da saúde e do sistema”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;

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

---

## **DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS – CENTRAIS SAMU 192**

*I - A sala de regulação médica deve ser estruturada de acordo com as seguintes diretrizes e características:*

- a) a sala de regulação deverá ser dimensionada levando-se em conta o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, conforme recomendações técnicas desta Portaria, considerando que cada posto de trabalho utiliza 2m<sup>2</sup> de área, projetando-se, além disso, os espaços dos corredores de circulação e recuos, além das portas e janelas;
- b) acesso restrito aos profissionais que nela trabalham, exceto em situações de ensino com prévia aprovação da coordenação;
- c) isolamento acústico, iluminação e temperatura adequados;
- d) propiciar a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e o sigilo ético-profissional das informações;
- e) sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, número de aparelhos telefônicos adequado aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação e equipamento de fax;
- f) sistema de comunicação direta entre os radioperadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros;

- g) sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço; e
- h) sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação.

**II - Demais dependências do Samu 192:**

- a) sala de equipamentos: devido ao ruído emitido pelos equipamentos (servidores de rede, central telefônica, *no break* e estabilizador), é recomendada a existência de uma área isolada, contígua à sala de regulação, onde esses equipamentos serão instalados, de forma a não prejudicar o ambiente de trabalho, com área mínima de 4,5m<sup>2</sup>;
- b) banheiros contíguos ou próximos da sala de regulação;
- c) área de conforto e alimentação para a equipe;
- d) área administrativa, com espaço para a coordenação e a equipe de apoio do serviço.
- e) local para guarda de materiais e medicamentos controlados, conforme legislação em vigor;
- f) área para esterilização de materiais, conforme normatização técnica da Anvisa/MS;
- g) garagem para ambulâncias;
- h) área adequada para lavagem, limpeza, desinfecção de materiais e das ambulâncias, respeitando as normas para o tratamento e escoamento da água utilizada;
- i) sinalização adequada nas saídas das ambulâncias;

- j) refeitório e cozinha;
- l) banheiros com chuveiros;
- m) alojamento para repouso das equipes; e
- n) expurgo.

*III - Bases Descentralizadas: a fim de garantir tempo reposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos móveis, nos Samu regionais ou sediados em municípios de grande extensão territorial deverão existir bases operacionais descentralizadas, que funcionarão como postos avançados para as ambulâncias e suas respectivas equipes. Para tal, essas bases deverão ter a configuração mínima para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Dependendo do seu tamanho e de sua localização, as bases deverão utilizar a infra-estrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecidas as diretrizes gerais de infra-estrutura física estabelecidas nesta Portaria.*

---

## **OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU 192**

### *I- Ferramentas de regulação:*

- a) mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do Samu, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros;
- b) mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;
- c) listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;

- d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente;
- e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existirem ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc;
- f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;
- g) agenda de eventos;
- h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e
- i) manuais de normas e rotinas do serviço.

## ***II - Normas Gerais e Fluxos da Regulação:***

- a) a Central de Regulação Médica de Urgências deve ser acessada pelo número gratuito nacionalmente designado para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – 192–, admitindo-se outro número exclusivo e gratuito apenas em locais onde haja impedimento técnico da área de comunicações para sua utilização;

- b) seu funcionamento deve ser ininterrupto, contando com, pelo menos um médico regulador e correspondentes TARM/RO de plantão presencial na sala de regulação, nas 24 horas, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados;
- c) todo chamado deve ser atendido pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, após a devida identificação e localização do solicitante, ser repassado ao médico regulador;
- d) nos trotes ou enganos, o chamado deverá ser registrado, mas não contabilizado como “caso” e a ligação pode ser encerrada sem a interveniência do médico regulador;
- e) o telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que acorrerem à central;
- f) nos chamados em que o solicitante necessite apenas de informação que não caracterize pedido de socorro de urgência, o telefonista auxiliar de regulação médica está autorizado a fornecer a informação, se ela estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a interveniência do médico regulador. Caso não possua a informação, deverá repassar o chamado ao médico regulador, para que ele dê a melhor orientação possível ao solicitante;
- g) o médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), por meio da utilização de técnicas específicas para este fim, julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando, inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo, em seguida, concluir o detalhamento do caso;
- h) nos casos de menor gravidade, o médico poderá optar inclusive pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante sobre como proceder em relação à queixa relatada;

- i) nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação;
- j) caso o médico regulador opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente;
- l) após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso;
- m) se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;
- n) o médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível;
- o) naquelas situações de atendimento médico no pré-hospitalar móvel, sempre que possível e com conhecimento e autorização do médico regulador, o médico assistente deverá manter-se em contato direto com o médico assistente do serviço de destino definido pela regulação, para repasse das informações sobre o paciente, a fim de instrumentalizar a organização da melhor recepção possível para os casos graves;
- p) após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado; e
- q) o rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do Samu, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

## Recomendação para as Atividades:

- Devem ser realizadas em serviços pré-determinados da região, inicialmente acompanhando os profissionais já experientes, problematizando a realidade, com discussão dos casos em grupos e, a seguir, atuando e sendo supervisionado pelos profissionais da unidade.
- Dentro das cargas horárias teóricas estão incluídos exercícios práticos (*in vitro*) com materiais e equipamentos.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, junho de 2006

OS 0580/2006