

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada

REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF
2006

© 2005 Ministério da Saúde.

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

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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual 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 A. Normas e Manuais Técnicos.

Tiragem: 1.ª edição - 2006 - 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria da Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação-Geral de Urgência e Emergência

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 9.º andar

70058-900 Brasília — DF

Tels.: (61) 3315-3397 / 3315-3518

Fax: (61) 3322-3638

E-mail: cgue@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1062-X

1. Medicina de emergência. 2. Socorro de urgência. 3. SUS. I. Título. II. Série.

NLM WB 105

Catálogo na fonte - Editora MS - OS 2006/0113

Títulos para indexação:

Em inglês: Medical Regulation for Emergency Medical Care

Em espanhol: Regulación de 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

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

Equipe Editorial:

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Mara Pamplona/Vânia Lucas

Capa, projeto gráfico e diagramação: Leandro Araújo

Sumário

Apresentação _____	5
Objetivos do curso _____	7
MÓDULO I: A atenção às urgências no atual contexto do SUS _____	9
Parte I: Antecedentes históricos e os diferentes modelos assistenciais que se estabeleceram no País até a implantação do SUS _____	11
O SUS, suas diretrizes e princípios _____	19
O papel das normas operacionais básicas – NOB e a norma operacional da assistência – NOAS, na implementação do SUS _____	24
Parte II: E como está a atenção às urgências nesse cenário? _____	27
Panorama encontrado _____	27
A política nacional de atenção às urgências _____	30
MÓDULO II: Os serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU 192 _____	45
Parte III: Serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU 192 _____	47
Conceituação de urgência _____	47
Avaliação multifatorial do grau de urgência _____	48
Classificação das urgências em níveis _____	49
Antecedentes históricos _____	50
O que é o SAMU? _____	52

Parte IV: A regulação médica das urgências _____	61
Regulamentação da regulação médica das urgências _____	63
Bases éticas _____	67
Declaração de Lisboa _____	70
Etapas da regulação médica _____	72
Recursos humanos necessários para central de regulação médica _____	90
Transferências e transporte inter-hospitalar _____	92
Parte V: Noções de atendimento a desastres, catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas _____	99
Introdução _____	99
Acidente com múltiplas vítimas _____	100
Triagem – Tratamento – Transporte _____	101
Comando – Comunicação – Controle _____	104
O papel da regulação médica _____	105
Etapas da regulação nos acidentes com múltiplas vítimas _____	106
Parte VI: As urgências e a política nacional de humanização – PNH _____	109
Marco teórico-político _____	109
Estratégias gerais _____	110
Diretrizes gerais para implantação da PNH _____	110
O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho _____	113
Acolhimento com classificação de risco _____	116
Acolhimento e classificação de risco na atenção às urgências _____	118
Processo de acolhimento e classificação de risco _____	118
Referências bibliográficas _____	121

Apresentação

A edição da Política Nacional de Atenção às Urgências, Portaria MS n.º 1.863/03 (BRASIL, 2003a), e a decisão de iniciar sua implementação pelo componente pré-hospitalar móvel, por meio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192), Portaria n.º 1.864/03 (BRASIL, 2003b), têm provocado grande demanda por qualificação das equipes de regulação médica de urgências. Esse processo de trabalho, ainda bastante novo em nosso País, desponta com um enorme potencial de organização dos fluxos de atenção às urgências e, mais que isso, como poderosa ferramenta de inclusão e garantia de acesso equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza. Claro que este percurso promete ser longo e seus caminhos bastante tortuosos. Muitos poderão julgá-lo extenuante e infundável, mas a busca da melhoria da qualidade de vida e saúde é, realmente, um processo complexo, em torno do qual devemos nos organizar e reorganizar sistematicamente.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das propostas de maior envergadura entre as políticas públicas do Brasil e de toda a América Latina. Nele, a área de “urgências” constitui um importante desafio a ser enfrentado com uma proposta de atenção integral, que não envolve apenas o sistema de saúde e o conjunto de seus trabalhadores, mas extrapola seus muros, engajando outros atores sociais sem os quais esta tarefa não se concretizará a contento. Esta política transectorial apóia-se na atividade das centrais de regulação médica de urgências para tomar corpo e ganhar concretude. Assim, diante da importância estratégica da atividade, o Ministério da Saúde lança este manual, que fornece as diretrizes gerais dessa nova atividade, delineando conceitos e parâmetros técnicos minimamente homogêneos para a atuação das equipes de regulação em todo o território nacional.

Este Manual de Regulação Médica de Urgências foi elaborado a partir do estudo de artigos e textos produzidos por pesquisadores e trabalhadores das urgências e da Saúde Pública no País durante os últimos anos. Submetido à revisão, avaliação e validação por técnicos de várias localidades do Brasil está sendo editado e adotado oficialmente pelo Ministério da Saúde como material de base para os Cursos de Regulação Médica de Urgências de todo o território nacional.

Objetivos do curso

- QUALIFICAR profissionais médicos na função de regulação médica para atuarem nas Centrais de Regulação Médica de Urgências, contemplando a dimensão técnica e gestora da regulação, em conformidade com as diretrizes do SUS e com as Portarias GM/MS n.º 2.048 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002a), n.º 1.863 (BRASIL, 2003a) e n.º 1.864 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b) e Portaria GM/MS n.º 2.657 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a).
- CONSCIENTIZAR médicos reguladores sobre a importância da regulação da atenção nos vários níveis do sistema de saúde, como um instrumento para alcançar a equidade preconizada pelo SUS.
- CARACTERIZAR a Central Reguladora de Urgências como um observatório dinâmico da saúde da população e da estruturação e funcionamento da rede assistencial local/regional, identificando distorções que irão orientar o planejamento de ações corretivas para a otimização da atenção às urgências.
- CONSCIENTIZAR E ATUALIZAR todos os profissionais que atuam nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- INSERIR os profissionais da equipe de regulação médica na Rede de Atenção às Urgências do município ou região de abrangência do SAMU em que trabalham, discutindo os princípios e diretrizes do SUS e a Política Nacional de Atenção às Urgências.



Módulo I

A atenção às urgências no atual contexto do SUS



Parte I

Antecedentes históricos e os diferentes modelos assistenciais que se estabeleceram no País até a implantação do SUS

Até o final do século XIX, a assistência à saúde era feita em estabelecimentos hospitalares, que mais serviam como hospedaria para loucos e banidos pela sociedade. Os poucos médicos então existentes no País prestavam apenas serviços privados às classes mais abastadas da sociedade. Não havia nenhuma iniciativa de atenção à saúde da população por parte do Estado.

No final do século XIX e início do século XX, observa-se intenso movimento migratório que atraiu europeus para o País, principalmente italianos, que passaram a trabalhar no eixo agroexportador do café, que era o carro-chefe da economia nacional.

O desenvolvimento da economia cafeeira propiciou a expansão dos transportes ferroviários e marítimos, além dos portos de exportação do Rio de Janeiro e de Santos.

Os excedentes gerados na cultura e no comércio do café começaram a ser deslocados para empreendimentos industriais, à medida que a economia cafeeira dava sinais de declínio no mercado internacional. Assim, começa a surgir a “classe operária” no País.

Esse processo atraiu um enorme número de pessoas, gerando aglomeração nas grandes cidades, com importante desorganização urbana e sanitária e o alastramento de um grande número de doenças infectocontagiosas como peste, varíola, febre amarela e outras, que chegaram a dizimar cidades inteiras.

Neste período, foi implementada uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a tentativa de erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar o pleno desenvolvimento da economia. Este saneamento

se deu por meio de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, capitaneado por eminentes sanitaristas, tais como Oswaldo Cruz (que combateu a febre amarela no Rio, em 1903, e chefiou a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904); Rodrigues Alves (saneamento do Rio, em 1902); Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito (saneamento da cidade e do porto de Santos, em 1906); Guilherme Álvaro, etc. Em 1897, foram criados os institutos de Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã, para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças.

Nos anos da segunda década, a classe operária emergente, sob influência de movimentos vinculados aos imigrantes europeus, marcadamente o anarco-sindicalismo italiano, dá impulso a um importante movimento social, no qual os trabalhadores cobram do estado uma mudança de sua postura liberal frente à problemática trabalhista e social então instalada, gerando como reação uma intensa repressão por parte do governo. Os trabalhadores, no entanto, foram ganhando apoio de setores da classe média e da corporação militar, configurando um processo irreversível de enfraquecimento da oligarquia dominante.

Assim, progressivamente, durante as duas primeiras décadas do século XX vai se rompendo o liberalismo do Estado, com a edição de leis reguladoras do processo de trabalho e, no que concerne à previdência e à saúde, é promulgada a Lei Eloy Chaves em 1923 (BRASIL, 1923), criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps). Também neste período as ações de Saúde Pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça, em reforma promovida por Carlos Chagas, incluindo-se como responsabilidade do Estado, além do controle das endemias e epidemias, a fiscalização de alimentos e o controle dos portos e fronteiras.

Podemos considerar que o período que vai de 1923 a 1930 representa o marco inicial da estruturação da previdência no Brasil, registrando, pela primeira vez, um determinado padrão de funcionamento desta estrutura, que se modificará a partir de 1930 e dos anos que se seguem.

As características principais das Caps eram a relativa amplitude no plano de atribuições previdenciárias, a prodigalidade nas despesas e a natureza civil privada de sua gestão. Eram organizadas por empresas, administradas por comissões de trabalhadores eleitos entre seus pares e representantes da empresa. O Estado não participava diretamente do custeio das caixas, mas os consumidores contribuíam com os valores arrecadados a partir de um aumento de 1,5% no valor dos respectivos produtos. Proviam socorro médico para o trabalhador ou pessoa de sua família que vivesse sob a mesma economia, subsídios na aquisição de medicamentos, aposentadoria e pensão para seus herdeiros, em caso de morte, entre outros benefícios.

O declínio da economia cafeeira vai se delineando progressivamente e culmina com a quebra da Bolsa de Nova Iorque em 1929, que coloca um ponto final ao ciclo da economia cafeeira e gera importante crise econômica no cenário mundial e também no Brasil.

Com a revolução de 1930, Getúlio Vargas assume a presidência do País, onde permanecerá por 15 anos. Num governo autoritário, de características marcadamente populistas e nacionalistas, inicia-se um ciclo de desenvolvimento industrial, como proposta de reestruturação econômica para o País. Para que este desenvolvimento industrial seja bem sucedido, é necessário constituir um exército de consumidores para seus produtos. Assim sendo e fazendo frente aos anseios populares, são criados o salário mínimo e o Código de Leis Trabalhistas.

O regime de concessão de benefícios das Caixas é alterado e estas se tornam mais restritivas. Em 1932, inicia-se a estruturação de uma série de Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados não mais por empresas e sim por categoria trabalhista, o que permite a inclusão de um grande número de trabalhadores pertencentes a pequenas empresas que no regime das caixas não puderam ser beneficiados. Todo o processo de gestão dos institutos é centralizado nas mãos do Estado, os percentuais de contribuição dos trabalhadores aumentam progressivamente e os benefícios são marcadamente restringidos, especialmente no que tange à assistência médica, inicialmente sob o pretexto da crise econômica instalada no País e, depois, sob o discurso da capitalização destes valores, para fazer frente ao possível “boom” de beneficiários que se apresentariam em alguns anos. É criado um percentual de contribuição para o estado, caracterizando-se assim um regime tripartite de financiamento.

Assim, se por um lado se amplia muito a cobertura, por outro, diminui marcadamente a gama de benefícios concedidos aos trabalhadores, sendo muitas vezes necessária, além da contribuição arrecadada em folha de pagamento, uma complementação no custeio dos serviços de saúde utilizados. Muitos institutos foram criados, com maior ou menor restrição assistencial, na dependência do poder de negociação da categoria trabalhista coberta por cada um deles, compondo um quadro de grande variabilidade no setor previdenciário.

Dessa forma, podemos afirmar que o período que se estende de 1930 a 1945 é marcado pelo contencionismo e capitalização dos recursos previdenciários e marcada centralização administrativa nas mãos do Estado, caracterizando a organização previdenciária nos moldes neoliberais do “Seguro Social”.

Paralelamente a este movimento, em 1930, a saúde pública foi anexada ao Ministério da Educação, por intermédio do Departamento Nacional de Saúde Pú-

blica. Na década de 30, surgiram inúmeros sanatórios para tratamento de doenças como a tuberculose e a hanseníase, somando-se aos manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica. Foi neste período que surgiram também os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, implantando-se, progressivamente, uma rede de postos e centros de saúde estaduais, voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas.

Na primeira metade da década de 40, ocorre uma mudança no cenário internacional, em virtude da Segunda Guerra Mundial. Na Inglaterra, em 1942, Sr. William Beveridge compõe um plano para a reestruturação da previdência social, baseado na idéia de “Seguridade Social”. Trata-se, num cenário pós-guerra, de implementar Políticas Sociais que permitam àquelas sociedades a manutenção e a reestruturação de famílias desfeitas, com um grande número de jovens privados de sua capacidade produtiva, em virtude das seqüelas dos campos de batalha.

No Brasil, o período que vai de 1945 a 1966 vai se desenvolver com base nessas influências, ampliando significativamente a rede assistencial pública existente no País.

Candidato à sucessão de Getúlio Vargas, Eurico Gaspar Dutra (1946-1950), baseia sua campanha e todo o seu governo à oposição do regime de seguro social implementado no período anterior, rumo à seguridade social preconizada no pós-guerra. Assim, neste período, benefícios são retomados e hospitais e ambulatórios são comprados e construídos a fim de garantir a assistência médica aos trabalhadores assistidos pelos institutos. Os gastos aumentam, a União, que nunca contribuiu com a parte prometida da contribuição tripartite, adquire grande dívida para com os institutos, que por sua vez, tornam-se deficitários economicamente.

Depois de Dutra, a questão da dívida da União, do déficit financeiro da previdência e da necessidade de abolir a contribuição tripartite, por parte do estado, vão assumir proporção cada vez maior, passando pelo governo de Getúlio e, finalmente, reassumindo uma feição contencionista durante o governo de Juscelino Kubitschek, já que este presidente afirmava que mais importante que as políticas sociais era investir no desenvolvimento do País. Em 1960, é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) (BRASIL, 1960), que padroniza os benefícios a serem concedidos pelos diferentes institutos e extingue a contribuição tripartite, cabendo ao estado, a partir daí, arcar apenas com as despesas administrativas da própria máquina previdenciária.

A abertura promovida por Juscelino ao capital estrangeiro desenha um cenário de conflito com o projeto nacional desenvolvimentista do período anterior,

gerando uma grande insatisfação na classe trabalhadora, que não vê atendidas as suas necessidades e expectativas nos marcos do modelo de acumulação capitalista adotado por JK. Este é o cenário que antecede o golpe militar de 1964.

Nas ações de saúde pública, em 1942, foi criada a Fundação Sesp, que possibilitou a interiorização das ações de saúde pública no norte e nordeste do País, financiadas com recursos dos EUA interessados na extração da borracha e manganês, num momento crucial (II guerra mundial) e em que a malária estava descontrolada.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde justificado pelo crescimento das ações de saúde pública. Progressivamente, foi ocorrendo um esvaziamento das ações campanhistas, com o crescimento da atenção médica previdenciária, o que determinou a conformação de um novo modelo hegemônico na saúde: o modelo médico-assistencial privatista.

A partir do golpe militar, o caráter assistencialista da previdência torna-se ainda mais marcante. A centralização administrativa se consolida com a unificação dos laps, em 1966, constituindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A ditadura passa a investir largamente nas políticas sociais, como forma de conter insatisfações e mascarar o caráter extremamente autoritário e violento do governo. Tais políticas, no entanto, são dirigidas apenas aos profissionais formalmente inseridos no mercado de trabalho, com carteira profissional assinada. É diretriz oficial de governo a implementação do setor privado e, na área da atenção à saúde, essa proposta logra enorme sucesso, pois dentro da proposta de ampliação da abrangência das políticas sociais, o aumento da cobertura assistencial tem grande peso e para oferecer este atendimento à população, o governo opta por financiar a construção e equipamento de hospitais privados, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), com empréstimos de longo prazo e juros baixíssimos.

Uma vez construídos os hospitais, estes passam a vender serviços para o próprio INPS, que os compra por meio de duas modalidades de contrato:

- credenciamento de hospitais, com a remuneração por serviços prestados com base numa tabela de unidades de serviço. Esse tipo de contrato gera uma seqüência de distorções incoercíveis, que têm repercussões até os dias de hoje, como por exemplo, a amigdalectomia em série a que muitas crianças em idade pré-escolar foram submetidas neste período ou, ainda, à epidemia de cesarianas, que tinham sua remuneração muito maior que o parto normal. Vale ressaltar que os hospitais criaram verdadeiras empre-

sas de faturamento, maquiando a realidade como bem lhes interessasse e apresentando faturas cada vez mais caras, gerando uma despesa incontornável e imprevisível para os cofres previdenciários;

- convênio com empresas de medicina de grupo, que por um determinado valor fixo mensal, comprometiam-se a dar toda a assistência à saúde dos trabalhadores das empresas contratantes. Assim, ao contrário do que acontecia nos hospitais credenciados, que recebiam por serviços prestados, às empresas de medicina de grupo interessava realizar o menor número possível de exames e procedimentos nestes trabalhadores, pois todos eles seriam abatidos de sua margem de lucro.

Esse período se caracterizou ainda por amplo desenvolvimento tecnológico e científico que foram amplamente assimilados pela rede assistencial estruturada nesta época, que acabou por constituir-se em grande mercado consumidor.

Enfim, o sistema previdenciário implementado a partir daí apresenta as seguintes características marcantes:

- extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger quase toda a população urbana e ainda parte da população rural. A política de concessão de assistência é assumida como um direito “consensual”;
- orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo;
- criação de um complexo médico industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas internacionais de medicamentos e equipamentos médicos;
- desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade do setor Saúde e propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços.

O golpe militar e o padrão de organização da economia e da assistência à saúde da população geraram uma crise social, que na primeira metade da década de 70 já se expressou com o aumento das doenças infectocontagiosas e inclusive uma epidemia de meningite que, embora encoberta pelo governo, em virtude de suas proporções, acabou se tornando de conhecimento público, aterrorizando toda a sociedade, acometendo principalmente as camadas mais pobres da população, mas não poupando as outras classes sociais.

Vale lembrar que já neste período, a ditadura militar começa a perder apoio da classe média e também da própria classe dominante, em virtude, inclusive da crise do petróleo que se instala no plano internacional.

O governo militar implementa, a partir daí, uma série de medidas burocráticas que visam a promover a racionalização do modelo vigente, a fim de conter a insatisfação instalada em amplos setores da sociedade.

Assim, já em 1974, foi implantado o Plano de Pronta Ação, que propunha a universalização da atenção às urgências e estabelecia contratos por serviços prestados e convênios, inclusive passando a remunerar hospitais públicos e universitários.

Em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (Sinpas), base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando e procurando racionalizar e centralizar administrativamente a previdência.

Nesse momento, o INPS foi fragmentado em três institutos, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (Iapas) e o próprio INPS, responsável pelas questões previdenciárias.

Foram criados ainda a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), com a missão de implementar o controle e avaliação dos serviços contratados, a Central de Medicamentos (Ceme), o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA).

A partir de 1974, o fim do período denominado de “Milagre Econômico”, o abandono das ações de saúde pública, os gastos incontroláveis da previdência, a gama de modalidades assistenciais instaladas e a má qualidade da atenção fizeram surgir uma série de movimentos sociais, no sentido da transformação deste modelo, que podemos considerar como o início do processo de Reforma Sanitária no Brasil e, a partir de 1978, com a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS, surge a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde.

Assim, simultaneamente, vários movimentos sociais foram se consolidando e somando forças no processo de reabertura democrática e reforma sanitária como: o surgimento em vários municípios, com governos de oposição, de experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da área de saúde coletiva; os movimentos de trabalhadores de saúde; o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), 1975, que promoveu debates e publi-

cações que foram progressivamente sistematizando uma proposta alternativa ao modelo privatista; o surgimento do movimento municipalista, por intermédio de encontros de Secretários Municipais de Saúde; o surgimento e fortalecimento do movimento popular de saúde, fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base da igreja católica e da participação de militantes de esquerda na periferia das grandes cidades; o fim do bipartidarismo, a democratização e ressurgimento do debate político e de propostas partidárias; o resultado da reforma sanitária experimentada em alguns países, com forte influência da experiência italiana, entre outros.

Apesar das medidas burocráticas implementadas pelo governo militar, no início da década de 80, deflagra-se importante crise na Previdência, que se apresenta em três movimentos distintos:

- financeiro: como já mencionado, as fraudes e a incapacidade do governo de controlar os serviços e seus faturamentos, vai progressivamente acirrando a crise financeira da Previdência Social, que se agrava pela recessão econômica do início dos anos 80;
- ideológico: em 1980, elaborado por um grupo de técnicos qualificados, mas por encomenda do governo militar, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaude), propunha a universalização dos cuidados primários de saúde, em todo o País, por meio de uma articulação entre entidades públicas e privadas, extensão máxima da cobertura com regionalização, hierarquização e integralização das ações, uso de técnicas simplificadas, pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema. O Plano, apesar de sua amplitude conceitual, foi visto com desconfiança pelos diferentes setores da sociedade, recolhido, reeditado e a seguir abortado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, representando, no entanto, importante avanço ideológico;
- político-institucional: em 1981, o governo cria outro grupo de trabalho, desta vez com composição mais representativa dos setores hegemônicos da sociedade, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que elaborou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, que propunha um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado com base em convênios estabelecidos entre o MPAS/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde, colocando a integração como ponto central. Formulou parâmetros para a produção de procedimentos, colocou fim ao pagamento por unidades de serviço, disciplinando os gastos e diminuindo as internações hospitalares.

Em 1982, a oposição ganha as eleições para os governos estaduais, abrindo a possibilidade de técnicos comprometidos com a Reforma Sanitária ocuparem espaços políticos e técnicos importantes. No ano seguinte, o mesmo acontece em relação às prefeituras e às secretarias municipais de saúde, iniciando experiências inovadoras e exitosas de gestão municipal da saúde.

O Plano Conasp levou ao surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), como estratégia de implementação das diretrizes por ele propostas.

Em março de 1986, acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento político-sanitário de grande importância histórica, por seu caráter democrático, com a presença de milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, universidades, parlamentares, ONGs, etc.

Temos como resultado central da VIII CNS, o estabelecimento de um consenso político em torno de três aspectos essenciais: o conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde, cujas diretrizes foram claramente definidas.

Em julho de 1987, o Presidente José Sarney publica as diretrizes do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que incorpora os princípios da reforma sanitária: universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização das instâncias gestoras, etc., que já vinha sendo implementado em São Paulo.

Durante o processo da Assembléia Nacional Constituinte houve amplo debate em torno das diretrizes da VIII Conferência, culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), promulgada em 1988.

O SUS, suas diretrizes e princípios

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, expressos nos artigos 196 a 200:

- o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;

- a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- a integração da Saúde à Seguridade Social.

Apesar dos avanços propostos na nova legislação os interesses corporativos do setor privado e as divergências internas no Poder Executivo retardaram sua regulamentação. Apenas em setembro de 1990, a Lei n.º 8.080 – Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), foi promulgada.

A Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990a) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição. Reafirma princípios e diretrizes como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, participação da comunidade, a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

Apesar da proposta aprovada pelo Congresso Nacional, o Presidente Collor efetuou um conjunto de vetos em dois eixos essenciais para a implantação do SUS: o da participação popular e controle social (Conselhos e Conferências de Saúde) e o do financiamento do SUS (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse). Também não foram incluídos dispositivos de regulação do setor privado, inclusive da atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

Esses vetos geraram intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias do Congresso e do Governo, o que resultou na Lei n.º 8.142, de 28/12/1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

ros. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tiveram representação garantida no Conselho Nacional de Saúde.

A Lei n.º 8.142 (BRASIL, 1990b) dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, criando os Fundos de Saúde em cada instância de governo e determinando que os repasses de recursos sejam feitos automaticamente, de fundo a fundo.

Princípios doutrinários do SUS

a - Universalidade

Todas as pessoas têm direito à saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipais, estaduais e federal. Deixa de existir, assim, a figura do “indigente”, antes composta pelos brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho.

b - Eqüidade

Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada aglomerado populacional existem grupos que vivem de formas diferentes, com problemas específicos em relação ao seu modo de viver, de adoecer e na forma de satisfazer suas necessidades de vida.

Dessa forma, os serviços de saúde devem reconhecer e acolher estas diferenças, trabalhando para atender às diferentes necessidades, com respostas rápidas e adequadas, diminuindo as desigualdades existentes na qualidade de vida e saúde de diferentes camadas socioeconômicas da população brasileira.

c - Integralidade

As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos brasileiros, buscando a maior autonomia possível para cada cidadão, dentro das especificidades de sua situação. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer.

Dessa forma, a atenção deve dirigir-se à saúde e não somente às doenças, o que exige intervenções destinadas à erradicação das causas e diminuição dos riscos, além do enfrentamento dos danos.

Princípios organizacionais do SUS

a - Regionalização e hierarquização

A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população à rede deve se dar pelos serviços qualificados de atenção primária, que devem estar aptos a acolher, atender e resolver os principais problemas que demandam atenção em saúde. Os casos que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

b - Resolutividade

O Sistema deve estar apto, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a resolver os problemas de saúde que levem um cidadão a procurar os serviços de saúde, em cada nível de assistência.

Deve, ainda, enfrentar os problemas coletivos relacionados à saúde, a partir da idéia de que os serviços são responsáveis pela vida dos cidadãos de sua área ou território de abrangência, resolvendo o que for pertinente ao seu nível de complexidade.

c - Descentralização

É entendida como uma redistribuição das responsabilidades relativas às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde (a este processo dá-se o nome de municipalização).

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltadas para os seus cidadãos.

d - Participação dos cidadãos

Constitucionalmente está garantido que os cidadãos, por meio de suas entidades representativas, participem do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde (nacional, estadual,

municipal e local), com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo.

As Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, são as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente, definindo as prioridades e linhas de ação sobre a saúde. É dever das instituições oferecer as informações necessárias para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à saúde.

A representação dos conselhos de saúde que é definida pela Lei n.º 8.142 (BRASIL, 1990b) determina que os mesmos deverão ser paritários e tripartites, em todas as esferas de governo, como esquematizado acima.

e - Complementaridade do setor privado

A Constituição (BRASIL, 1988) definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve ocorrer sob três condições:

- 1 - A celebração do contrato conforme as normas de direito público;
- 2 - A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde;
- 3 - A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Entre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos (Hospitais Filantrópicos - Santas Casas), conforme determina a legislação. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

Dessa forma, entende-se que o Sistema Único de Saúde é um sistema público de saúde e que, ainda que não nominado, existe um Sistema Nacional de Saúde, constituído pelo setor público (SUS) e pelo setor privado.

A implementação inicial do SUS dá-se, no entanto, sob o governo do Presidente Fernando Collor, que portador de um discurso aparentemente modernizante e articulado com as grandes massas, sem sustentação nos partidos políticos tradicionais, acabou determinando, em março de 1990, o fim da Nova República, criando um novo pano de fundo econômico e político que delineou os rumos da política de saúde nesse período, estando em jogo a disputa de dois projetos antagônicos:

- o hegemônico (projeto neoliberal), representado pela proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista;
- o contra-hegemônico, representado pela reforma sanitária e a implementação de fato do SUS.

Por baixo do estridente e aparente consenso de sucesso da reforma sanitária, competentemente o projeto neoliberal foi se consolidando, enraizado no conservador modelo médico-assistencial privatista hegemônico na década de 80.

Passa a prevalecer um sistema privado com forte apelo ideológico, compatível com o modelo de formação médica (flexneriano), sustentado por uma política deliberada de desmonte do setor público (voltado à atenção apenas das populações pobres e excluídas), com uma parte sofisticada e eficiente do setor público de alta tecnologia dando-lhe retaguarda, e sustentado por uma forma de financiamento injusta ("com ou sem recibo" e pela dedução no imposto de renda dos gastos com o setor privado de Saúde).

O papel das normas operacionais básicas – NOB e a norma operacional da assistência – NOAS, na implementação do SUS

Durante a década de 90, o Governo Federal optou pela implementação do SUS por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que vêm exercendo forte papel indutor no processo de descentralização da gestão da Saúde, com paradoxal centralização decisória em relação ao financiamento do sistema.

Assim, a primeira NOB, editada em 1991 (BRASIL, 1991), dentro do governo de Fernando Collor, criou mecanismos de financiamento por meio da transferência de recursos para o pagamento de faturas constituídas a partir de uma tabela de procedimentos criada pelo Sistema de Informações Ambulatorial (SIA/SUS), ou a tabela de remuneração de serviços hospitalares, criada pelo Sistema de Informações Hospitalar (SIH/SUS), válidas para todos os serviços de saúde, igualando prestadores de serviços contratados e serviços públicos, reproduzindo em larga escala, embora já sob a égide do SUS, o modelo de remuneração do Inamps, contrariando a nova legislação em vigor. Além disso, ao negociar tetos e realizar repasses diretamente ao gestor municipal, a NOB/91 estimulou a estruturação de sistemas municipais isolados, descaracterizando as atribuições do nível estadual no processo de estruturação do SUS. Essa NOB teve como principal avanço o envolvimento do nível municipal na assistência à saúde, até então praticamente inexistente.

A NOB/93 (BRASIL, 1993), do período pós-impeachment de Collor, no governo de Itamar Franco, resulta num instrumento fundamental para o processo de descentralização e municipalização da saúde, conforme determina a Constituição (BRASIL, 1988). Essa norma foi lançada com um documento de apresentação denominado: “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, resgatando os princípios da Reforma Sanitária e assumindo o compromisso irrestrito com a implantação de um Sistema Único de Saúde.

Ela regulamenta a habilitação da gestão da saúde pelos municípios, desencadeando o processo de municipalização por meio da transferência automática de recursos financeiros fundo a fundo, possibilitando que os municípios transformem-se em gestores de fato do SUS, prevendo quatro formas de gestão: Incipiente, Parcial, Semiplena e Plena, que significaram um importante avanço na qualificação das Secretarias Municipais de Saúde no papel de gestores do Sistema Único de Saúde, com a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais, dando aos gestores municipais autonomia e responsabilidade pelo planejamento e gestão de todo o sistema de saúde, incluindo os prestadores de serviços de saúde públicos (municipais, estaduais e federais) e privados. A NOB/93 estimulou, ainda, a criação das Comissões Intergestoras, responsáveis pela operacionalização do SUS e enfrentamento dos problemas na implantação da NOB.

Ainda em 1993, foi extinto o Inamps, assumindo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde as tarefas e responsabilidades sanitárias historicamente delegadas para a área previdenciária. Após 70 anos, a saúde passa a ser, integralmente, responsabilidade do Ministério da Saúde.

A NOB/96 (BRASIL, 1996) foi resultado de um intenso debate e negociações que duraram cerca de dois anos. Suas principais diretrizes são a consolidação do pleno exercício do poder público municipal, a caracterização das atribuições de cada nível de gestão, a reorganização do modelo assistencial com forte incentivo à atenção básica e a diminuição dos repasses por produção, aumentando os repasses fundo a fundo. Passam a existir apenas duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. É implantado o PAB (Piso da Atenção Básica) que passa a financiar a atenção básica com pagamento *per capita* e não mais por procedimentos. Vale ainda lembrar que a NOB/96 determina que seja elaborada a Programação Pactuada Integrada (PPI), como forma ascendente de planejamento, a partir das necessidades assistenciais de cada município, a fim de garantir o acesso da população a todos os serviços de saúde que ela necessita, seja dentro do próprio município ou por encaminhamento ordenado e pactuado a municípios vizinhos, com a proposta de repasse dos respectivos aportes financeiros, sinalizando, assim, com uma lógica de organização regional e ascendente do SUS.

A implementação das NOBs gerou um intenso processo de descentralização, com a adesão de um grande número de municípios às diferentes formas de gestão. Ocorre que esta descentralização se deu de forma muito rápida, sem o repasse financeiro correspondente e sem a devida valorização da estruturação regional da assistência.

O tom municipalista, até então predominante, parece ter esgotado seu poder de progressão e, neste cenário, surge a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/SUS 01/2001), reeditada em janeiro de 2002 (BRASIL, 2001a, 2002b) com modificações resultantes de negociações na Comissão Intergestores Tripartite, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Noas foi estruturada sobre o seguinte tripé:

- Regionalização e Organização da Assistência
- Fortalecimento da Capacidade de Gestão do SUS
- Revisão de Critérios de Habilitação de Estados e Municípios

No entanto, sua rigidez nos desenhos regionais propostos, exigindo a obediência a fluxos teóricos distantes das realidades regionais, associadas à não implementação das redes de atenção devido a restrições financeiras, geraram um desgaste da proposta e sua não efetivação, especialmente no que diz respeito à implementação da regionalização da atenção à saúde no território brasileiro, permanecendo, ainda, enormes áreas sem cobertura, em especial na atenção a eventos de média e alta complexidade.

Parte II

É como está a atenção às urgências nesse cenário?

Panorama encontrado

- **Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:** as portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos observar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de *diabetes mellitus* descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos.
- **Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos:** apesar da mudança na constituição, sendo a saúde considerada direito de todos e dever do estado, ainda temos a predominância do modelo técnico-assistencial implementado, em especial, durante a ditadura militar. Assim, ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo, foi introjetado pela própria população.

- **Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:** por outro lado, a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.
- **Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade:** tendo a rede de atenção se estruturado basicamente sobre os dois modelos extremos já mencionados, com pressão de oferta de alta complexidade por um lado e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade por outro, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências. Assim, observando-se o território nacional, vemos uma rede de unidades de “pronto atendimento” que, funcionando nas 24 horas, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida”.
- **Má utilização das portas de entrada da alta complexidade:** por tudo isso, os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos.
- **Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências:** enquanto nos grandes hospitais os pacientes se amontoam em macas por falta de leitos hospitalares para sua internação ou, ainda pior, ocupam as salas de “emergência” onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva, nos hospitais de pequeno porte temos taxas de ocupação que, na média do território nacional, não atingem os 50%.

- **Deficiências estruturais da rede assistencial - áreas físicas, equipamentos e pessoal:** as urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS. Os pronto-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes. Com relação aos recursos humanos, destacam-se a informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências. Assim, nas portas de urgência se alojam ora profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho ora profissionais de idade já avançada que nelas encontram uma das poucas opções de complementação salarial ou, ainda, profissionais super especializados que utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas.
- **Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores:** o despreparo profissional mencionado acima está diretamente ligado a insuficiências da formação oferecida pelos aparelhos formadores, que obedecem ainda, majoritariamente, a lógica do mercado, sendo a atenção às urgências, como já mencionado, uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público.
- **Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde:** soma-se aos fatos já mencionados a não implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e o baixíssimo investimento em recursos humanos e em projetos de educação permanente, que geram descompromisso e desqualificação profissional progressivos.
- **Dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações:** a estruturação histórica de um sistema marcado pela iniquidade de acesso fez com que a oferta de serviços se amontoasse nos grandes centros urbanos, atraindo a população de outros municípios menos distantes e deixando desassistidas grandes parcelas da população brasileira. Esse modelo estrutural tem gerado disputa entre os territórios e a formação de barreiras técnicas, operacionais e administrativas no sentido de coibir a migração dos pacientes em busca da atenção à sua saúde. Assim, faz-se necessário implementar ferramentas que estimulem e viabilizem a construção de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com

financiamento e demais responsabilidades compartilhadas pelos governos federal, estaduais e municipais.

- **Incipiência nos mecanismos de referência e contra-referência:** os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra-referência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados.
- **Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas:** as propostas hoje implantadas por meio da Noas, como a PPI, o PDR e o PDI contemplam, pelo menos em parte, as novas necessidades estruturais, porém, os mecanismos de avaliação e controle da implementação destas normas é ainda incipiente, o que compromete em muito o seu sucesso.
- **Falta de regulação:** apesar da fragilidade dos mecanismos de avaliação e controle, ações de repressão de demanda e de ajuste linear a limites financeiros historicamente estabelecidos são bastante frequentes. Neste cenário, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, embora sejam ainda muito timidamente desenvolvidas.

A política nacional de atenção às urgências

Antecedentes históricos

As urgências vêm sendo objeto de algumas iniciativas do governo federal, mas que não lograram causar impacto significativo na sua atenção.

Em junho de 1998, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 2.923, que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos.

Em abril de 1999, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 479, que criou uma série de pré-requisitos para o cadastramento de hospitais que, depois de habilitados, passaram a receber uma valorização no valor das internações realizadas dentro de uma lista pré-determinada de procedimentos considerados de urgência.

Ainda neste período, foram destinados também recursos do Reforsus para equipamentos, reforma e modernização gerencial de hospitais que atendessem às urgências.

Em abril de 2000, foi realizado o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), em Goiânia (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, 2000), sob a denominação: “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”, com grande mobilização de técnicos da área de urgências e participação formal do Ministério da Saúde que, a partir desse evento, desencadeou a organização de duas vertentes de atividades relacionadas à atenção às urgências:

- a) Alguns técnicos foram convidados a compor um grupo-tarefa para avaliação do impacto da aplicação dos recursos acima mencionados, que produziu um relatório que foi remetido ao Reforsus no final de 2000;
- b) A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde designou um profissional para interlocução específica da área, que até então não contava com tal representação.

A partir da definição dessa interlocução, iniciou-se um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores estaduais e municipais, em vários estados da federação e, ainda neste período, que se estendeu de junho de 2000 até meados de 2002, foi feita uma revisão da Portaria GM/MS n.º 824, de junho de 1999, republicada como Portaria GM/MS n.º 814, em junho de 2001.

Foram também elaboradas diretrizes técnicas para as Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências, Transporte Inter-hospitalar, grades de capacitação para todos os níveis de atenção às urgências e diretrizes gerais para o desenho de uma rede regionalizada de atenção às urgências, que acabaram por compor o texto da Portaria GM/MS n.º 2.048: Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, publicado em novembro de 2002.

A Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002

A Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a) estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência,

determina a criação das Coordenações do Sistema Estadual de Urgências e é composta de sete capítulos em que estão contemplados os seguintes tópicos:

- Capítulo I: Estruturação dos sistemas locorregionais de atenção às urgências, dentro dos preceitos da Noas-SUS;
- Capítulo II: Diretrizes da Regulação Médica das Urgências;
- Capítulo III: Diretrizes e responsabilidades das várias unidades componentes do atendimento pré-hospitalar fixo;
- Capítulo IV: Diretrizes do Atendimento Pré-hospitalar Móvel;
- Capítulo V: Diretrizes do componente hospitalar de atendimento às urgências;
- Capítulo VI: Transferências e transporte inter-hospitalar;
- Capítulo VII: Diretrizes dos Núcleos de Educação em Urgências com respectivas grades de temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias.

A Portaria GM/MS n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003

No novo ciclo de governo inaugurado em 2003, a área das urgências é considerada prioritária e é publicada na forma da Portaria GM/MS n.º 1.863 (BRASIL, 2003a) a “Política Nacional de Atenção às Urgências”, ocorrendo a incorporação de novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos, que vinham sendo debatidos e formulados com a participação de técnicos de todo o País, a saber:

- garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);
- 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;
- 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;
- fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrente

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;

- 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;
- integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;
- qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Define ainda que a Política Nacional de Atenção às Urgências, deve ser implementada a partir dos seguintes componentes fundamentais:

- adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:
 - 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 (BRASIL, 2002a).
 - Componente Pré-Hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas - 192;
 - 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;

- Componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;
- instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
- Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo 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, onde devem estar estruturados os Núcleos de Educação em Urgências, normatizados pela Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a), que são propostos aos gestores como estratégia para implementar a capacitação dos profissionais atuantes em todos os níveis de atenção às urgências, conforme se lê abaixo:

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, coordenados pelo gestor público e tendo como integrantes as secretarias municipais e estaduais e as instituições de referência na área de urgência que formam e capacitam tanto o pessoal da área de saúde como qualquer outro setor que presta socorro à população, de caráter público ou privado e de abrangência municipal, regional ou estadual.

- Orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

A Portaria GM/MS 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 (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.

Define, ainda, os parâmetros de estruturação desses serviços, a saber:

- Um veículo de suporte básico à vida para cada 100.000 a 150.000 habitantes;

- Um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 habitantes.

Disponibiliza recursos para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências, no valor de até R\$ 150.000,00 por núcleo, considerando, inicialmente, a estruturação de 27 núcleos no País, um em cada estado da federação e Distrito Federal.

Define recursos para a estruturação da área física das Centrais SAMU, na seguinte proporção:

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

Define que as despesas de custeio deste componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, estados e municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos, conforme se segue:

- Por Equipe de Suporte Básico: R\$ 12.500,00 por mês;
- Por Equipe de Suporte Avançado: R\$ 27.500,00 por mês;
- Por Equipe da Central SAMU 192: R\$ 19.000,00 por mês.

Propõe que 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, que deverá estar expressa nos projetos que serão enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse destes recursos entre estados e municípios.

Esclarece que:

- 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.
- 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 (BRASIL, 2002a), deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações.

Define, também, os pré-requisitos e compromissos necessários à inclusão no programa:

- 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:
 - 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 (BRASIL, 2002a).
 - 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 de saúde da família, as unidades não-hospitalares de atenção às urgências, pronto-socorros hospitalares e demais unidades, considerando seu papel potencial, seja como solicitantes ou receptoras, seja como unidades públicas, contratadas ou conveniadas, considerando os termos do Anexo - Item E, dessa Portaria.
 - 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.
 - 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 GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a). 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 aos 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 e aprovação:
- Dos respectivos Comitês Gestores de Urgência (municipal, estadual e regional, conforme o caso).
 - 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.
 - 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 (BRASIL, 2002b), em especial no que tange à atenção às urgências, conforme detalhado no Regulamento Técnico das Urgências, editado pela Portaria GM/MS n.º 2 048/02 (BRASIL, 2002a), 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 negligência 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 estabelecidos na Portaria 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.

Houve uma proposta inicial de que apenas os municípios com população acima de 100 mil habitantes poderiam apresentar projetos de implantação do SAMU, mas após extensa discussão das propostas ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite, ficou definido que a análise e seleção dos projetos deverá obedecer aos seguintes critérios de prioridade que, com exceção do item “a” que será preferencial, não terão caráter hierárquico, entre si:

- a) Municípios já possuidores de serviços da área da saúde que realizam atenção integral às urgências, com atendimento pré-hospitalar móvel regula-

do 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 (BRASIL, 2002a);

- b) Municípios habilitados na condição de gestão plena do Sistema Municipal;
- c) Municípios com maior porte populacional;
- d) Municípios pólos regionais, definidos no PDR.

Todos os projetos deverão estar em conformidade com os Planos Estaduais de Atenção às Urgências e, 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.

A Portaria estabelece, ainda, que o acompanhamento e avaliação das ações, serão realizados por meio de uma lista de indicadores de desempenho a serem sistematicamente produzidos e analisados:

- Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência.
- Tempo médio decorrido no local da ocorrência.
- Tempo médio de transporte até a unidade de referência.
- Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência).
- Indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico).
- Taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevivência e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar.
- Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas).
- 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.

Embora haja polêmica e questionamentos sobre a atribuição e responsabilidades de cada instância gestora na estruturação da atenção integral às urgências, a Portaria as deixa sumariamente delineadas:

- O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecido por intermédio de Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002a), 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.
- Na perspectiva acima, 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. 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.
- Cabe à esfera de governo estadual, dentro de suas macro funções de regulação e cooperação o papel de:
 - coordenar a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização de ações, de acordo com os pactos estabelecidos;
 - assessorar e supervisionar o processo de implementação dos planos municipais e regionais de regulação da assistência;
 - monitorar o cumprimento das pactuações regionais e estaduais estabelecidas de forma ordenada, oportuna, qualificada e equânime;
 - promover a interlocução inter e intra-regional;
 - monitorar os sistemas de atenção integral às urgências quanto à sua acessibilidade e resolubilidade;
 - 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;
 - 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;
 - gerenciar o processo de avaliação das ações e serviços de saúde.

- Sendo assim, as macro funções 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.
- Os estados deverão operar ativamente no sentido da construção e ordenamento dos sistemas regionais, cabendo-lhes o exercício da regulação estadual, promovendo a mediação entre os gestores municipais da saúde, bem como o estabelecimento dos fluxos entre as centrais de regulação regionais.

Estabelece as diretrizes gerais para a estruturação e funcionamento dos comitês gestores, nos vários níveis de governo:

- 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;
- os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências representarão 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;
- 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). O 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, compondo a base nacional de dados relativa a atenção às urgências;

- 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 incorporação de representantes das Forças Armadas Brasileiras;
- 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;
- 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.

Estabelece as diretrizes em relação à estruturação e responsabilidades dos Núcleos de Educação em Urgências:

- promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências, em todos os níveis de atenção do sistema;
- estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências;

- 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.



Módulo II

Os serviços de atendimento móvel
de urgências – SAMU-192



Parte III

Serviço de atendimento móvel de urgências – SAMU - 192

Conceituação de urgência

Conceito formal

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n.º 1.451, de 10/3/1995 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995), temos:

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

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

Conceito ampliado

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

Para os usuários e seus familiares, pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida. É do imprevisto que tende a vir a urgência: “eu não posso esperar”.

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

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

No dicionário da língua portuguesa, lê-se que emergência é relativo a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia, ou que não era vista, e que passa a

existir ou ser manifesta, representando, dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passe a apresentar. Assim, tanto um acidente quanto uma virose respiratória, uma dor de dente ou uma hemorragia digestiva, podem ser consideradas emergências.

Este entendimento da emergência difere do conceito americano, que tem permanentemente influenciado nossas mentes e entende que uma situação de “emergência” não pode esperar e tem de ser atendida com rapidez, como incorporado pelo próprio CFM.

Inversamente, de acordo com a nossa língua, urgência significa aquilo que não pode esperar (tanto que o Aurélio apresenta a expressão jurídica “urgência urgentíssima”).

Assim, devido ao grande número de julgamentos e dúvidas que esta ambivalência de terminologia suscita no meio médico e no sistema de saúde, optamos por não mais fazer este tipo de diferenciação. Passamos a utilizar apenas o termo “urgência”, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o “grau de urgência”, a fim de classificá-las em níveis, tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana”.

Avaliação multifatorial do grau de urgência

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

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

U - Grau de urgência
G - Gravidade do caso
T - Tempo para iniciar o tratamento
A - Atenção: recursos necessários para o tratamento
V - Valor social que envolve o caso

Gravidade

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

Tempo

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

Atenção

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

Valor Social

A pressão social que envolve o atendimento inicial pode muitas vezes justificar o aumento do grau de urgência de um caso simples. Este fator não pode ser negligenciado, pois muitas vezes uma comoção social no local do atendimento pode dificultar a prestação de socorro. É de pouca influência, porém, nas transferências inter-hospitalares.

Classificação das urgências em níveis

Com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgência, podemos didaticamente classificá-las da seguinte forma:

Nível 1 : Emergência ou Urgência de prioridade absoluta

Casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário.

Nível 2 : Urgência de prioridade moderada

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

Nível 3 : Urgência de prioridade baixa

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

Nível 4 : Urgência de prioridade mínima

Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

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

Antecedentes históricos

Quando falamos em SAMU, Serviço de Atendimento Móvel de Urgências, conforme o definimos aqui no Brasil, no imaginário das pessoas surge, muitas vezes, o atendimento de uma urgência associado a uma ambulância. É essencial, no entanto, que a idéia do atendimento no local da ocorrência do agravo não seja dissociada da forma como esta ação é desencadeada, ou seja, por meio de telefonema gratuito pelo número nacional do pré-hospitalar móvel 192 a uma Central de Regulação, onde um profissional médico, com treinamento específico para tal, está na escuta, 24 horas por dia, acolhendo todos os pedidos de ajuda médica, julgando sua gravidade, priorizando o conjunto de necessidades que ocorrem à central e gerenciando o conjunto de recursos disponíveis, de forma a oferecer a melhor resposta possível a cada demanda, sempre na perspectiva de garantia de acesso.

A idéia do atendimento fora do ambiente hospitalar – pré-hospitalar, por meio de deslocamento de equipe e recursos materiais, tem sua origem em 1792, quando Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão utiliza uma “ambulância” (do latim *Ambulare*, que significa deslocar) para levar atendimento precoce aos acometidos em combate, já no próprio campo de batalha, observando que assim aumentavam suas chances de sobrevivência. Foi em Nova Iorque, porém, no final do século XIX que o atendimento externo à estrutura hospitalar com a utilização de ambulâncias medicalizadas tomou corpo e daí retornou à Europa, onde foi implementado pelos franceses, com a incorporação do conceito de regulação médica.

Assim, o conceito de regulação médica das urgências que utilizamos no Brasil tem sua origem no atendimento pré-hospitalar francês, em que após mais de 50 anos de existência, em 1986, foi publicada uma lei governamental que definiu os SAMU (Sistemas de Atenção Médica às Urgências), com Centros de Recepção e Regulação das Chamadas – os Centros 15, localizados em serviços hospitalares, que coordenam os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). Os SAMU franceses têm como objetivo “responder com meios exclusivamente médicos às situações de urgência”, com as seguintes missões: “garantir uma escuta médica

permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital”.

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

Existe, porém, um outro modelo de atendimento pré-hospitalar móvel também muito difundido, o norte-americano, que se baseia na atuação de profissionais intitulados paramédicos, que passam por um processo de capacitação para o atendimento no local da ocorrência, existindo inclusive diferentes categorias de atuação e respectiva carga horária de treinamento, sendo os profissionais de maior qualificação autorizados a realizar procedimentos como intubação, punção de tórax e administração de medicamentos. Esta atuação se dá, em geral, sem supervisão médica e sem regulação.

No Brasil, a discussão sobre o atendimento pré-hospitalar móvel começa a tomar corpo no início da década de 90 com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, iniciada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel centrada no médico regulador, contando, porém, diferentemente do modelo francês, também com a participação de profissionais da enfermagem nas intervenções em casos de menor complexidade.

Também neste mesmo período e pela lacuna deixada pela área da Saúde no enfrentamento desta problemática, os policiais militares dos corpos de bombeiros iniciam um processo de capacitação e atuação no atendimento pré-hospitalar móvel, com base no modelo americano, criando o Resgate, inicialmente em Brasília, São Paulo e, progressivamente, em outras capitais e grandes cidades do País.

A estruturação inicial de alguns SAMUs, como o de Porto Alegre, do Vale do Ribeira e de Campinas, estimulou a aglutinação de técnicos e a criação da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), que a partir de 1995 vem se

organizando para promover uma ampla discussão em todo o Brasil sobre a atenção às urgências e o que ela representa na organização de Sistemas de Saúde e no processo de construção do SUS. Os trabalhos deste grupo subsidiaram de forma importante a divulgação desta nova forma de trabalho, e resultaram concretamente na elaboração e publicação da Resolução n.º 1.529/98 do Conselho Federal de Medicina (1998) e, posteriormente, a institucionalização paulatina das bases técnicas e políticas propostas por estes técnicos, com a publicação de uma série de portarias e a adoção da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme já descrito no módulo I.

O que é o SAMU?

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), acolhem os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica, com acesso telefônico gratuito, pelo número nacional 192, de uso exclusivo das Centrais de Regulação Médica de Urgências do SAMU, de acordo com Decreto da Presidência da República n.º 5.055, de 27 de Abril de 2004 (BRASIL, 2004c). Após o acolhimento e identificação dos chamados, as solicitações são julgadas pelo médico regulador que classifica o nível de urgência de cada uma e define qual o recurso necessário ao seu adequado atendimento, o que pode envolver desde um simples conselho médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida ao local ou, inclusive, o acionamento de outros meios de apoio, se julgar necessário. Após a avaliação no local, caso o paciente necessite de retaguarda, o mesmo será transportado de forma segura, até aqueles serviços de saúde que possam melhor atender cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutiva às suas necessidades e garantindo a continuidade da atenção inicialmente prestada pelo SAMU. Por sua atuação, o SAMU constitui-se num importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema.

Atribuições gerais do serviço

A atuação do médico regulador dá-se em várias dimensões, exercendo atividades técnicas, administrativas, gerenciando conflitos e poderes, sempre no sentido de garantir acesso ao recurso mais adequado a cada necessidade e propiciando um adequado fluxo de usuários na Rede de Atenção às Urgências.

As atribuições básicas da Central de Regulação Médica de Urgência são:

a - Regulação médica do sistema de urgência

- Regulação de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde, do local onde ocorreram até os diferentes serviços da rede regiona-

lizada e hierarquizada, bem como dos fluxos entre os serviços existentes no âmbito municipal e regional.

- Essa tarefa exige a apropriação dinâmica da situação real de todos os serviços de urgência do município, de forma a permitir uma distribuição equânime dos pacientes entre eles e, inclusive, a permuta entre os diferentes níveis de atenção, para sanar eventuais deficiências.

b - Cobertura de eventos de risco

- Cobertura de atividades esportivas, sociais, culturais diversas, por meio de apoio direto com equipe no local ou a distância com garantia de canal prioritário de comunicação.

c - Cobertura a acidentes com múltiplas vítimas

- Regulação e atendimento local em situações de desastres, catástrofes ou acidentes com múltiplas vítimas de diferentes portes;
- Participação na elaboração de planos de atendimento e realização de simulados com Defesa Civil, Bombeiros, Infraero e demais parceiros.

d - Capacitação de recursos humanos

- Participação na Política de Educação Permanente do SUS por intermédio dos Pólos de Educação Permanente e da estruturação dos Núcleos de Educação em Urgência a eles integrados.

e - Ações educativas para a comunidade

- Participação ativa na estruturação de palestras sobre primeiro atendimento a urgências para empresas, escolas, creches, Conselhos de Saúde, instituições diversas e comunidade em geral;
- Participação no desenvolvimento de estratégias promocionais junto à comunidade, Segurança Pública, Departamento de Trânsito, Educação, Cultura e outros setores;
- Produção de estudos epidemiológicos e massa crítica capacitada para intervir positivamente na incidência de agravos à saúde.

Perfil e competências dos profissionais da equipe

a - Médico regulador

“Profissional que, com base nas informações colhidas dos usuários que acionam a Central de Regulação Médica, é responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às soli-

citações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente”.

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.

Habilitação: Médico com registro no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, preferencialmente com certificado de residência médica e/ou título de especialista em áreas correlatas às urgências.

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.

b - Telefonista auxiliar de regulação médica

Requisitos gerais: Maior de 18 anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de manter sigilo profissional; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada conforme Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a), bem como para a re-certificação 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.

c - Rádio-operador

“Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de ambulâncias, obedecendo aos padrões de capacitação previstos”.

Requisitos gerais: Maior de 18 anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação conforme Portaria GM/MS n.º 2.048/GM (BRASIL, 2002a), bem como para a re-certificação periódica.

Competências: 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.

Ambulâncias e tripulação

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 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 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. Tripulada por dois profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.

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. Tripulada por dois profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

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). Tripulada por três 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.

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. Tripulada por três profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

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). 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.

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. Tripulada por dois ou três 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.

Veículos de Intervenção Rápida (VR) – 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.

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

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 devem ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo Regulamento Técnico presente na Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a), e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto, em seu Capítulo VII.

Estruturação das centrais SAMU - 192

Explicitaremos abaixo as especificações contidas na Portaria GM/MS n.º 2.657, de 16 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a):

- 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 2m² 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 adequadas;
 - 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 e equipamento de fax adequados aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação;
 - f) sistema de comunicação direta entre os rádio-operadores, 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 4,5m²;
- 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

A Portaria GM/MS n.º 2.657/04 (BRASIL, 2004a) também orienta sobre normas gerais de operacionalização das Centrais de Regulação Médica de Urgências, explicitando as ferramentas essenciais ao seu bom funcionamento:

- 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;
- 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;
- listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;
- 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, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial dos recursos, 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;
- mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços au-

xiliares de diagnóstico, quando estas existirem ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários, etc.;

- diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;
- agenda de eventos;
- 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
- manuais de normas e rotinas do serviço.

Parte IV

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 pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como 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, explicitando quem são as unidades e 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.

Assim, deve haver um mecanismo informatizado ou outro qualquer, suficientemente ágil para a manutenção dessa grade atualizada em tempo real, pois, qualquer alteração de oferta deverá implicar em novas pactuações temporárias/alternativas, a fim de que não haja prejuízo ao atendimento dos chamados de urgência.

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, por intermédio das respectivas centrais ou unidades de trabalho, 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 possui a hierarquia técnica requerida pelo caso, mesmo que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência e, nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e priorizado pela Central de Regulação de Urgências, como se fosse um pedido oriundo de domicílio ou 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, como a central de leitos, central de exames, central de consultas especializadas e outras, 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.

Regulamentação da regulação médica das urgências

A Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a) define que:

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

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

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

[...] como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a **gravação contínua das comunicações**, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. (BRASIL, 2002a).

Vale ressaltar, nesse momento, que o Conselho Federal de Medicina define e disciplina a prestação de serviços por meio da telemedicina em sua Resolução n.º 1.643/02 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002), ponderando entre outras questões que:

- a despeito das conseqüências positivas da telemedicina existem muitos problemas éticos e legais decorrentes de sua utilização;
- a telemedicina deve contribuir para favorecer a relação individual médico-paciente;

- o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou não recomenda o uso da telemedicina para seu paciente, e que tal decisão deve basear-se apenas no benefício do paciente;
- o médico que exerce a medicina a distância, sem ver o paciente, deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe, só pode emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e pertinente para o cerne da questão.

E, após tais reflexões, resolve que:

- os serviços prestados por intermédio da telemedicina deverão ter a infra-estrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer as normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional.
- em caso de urgência, ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico.
- a responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuírem por eventual dano ao mesmo.

Ainda no texto da Portaria n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a), podemos ler que cabe ao médico regulador:

[...] tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.

Bem como:

[...] decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência.

Em suma, o regulador deve responder como autoridade sanitária e lançar mão dos meios necessários para garantir o adequado atendimento do paciente, após devidamente autorizado pelo gestor local a assim agir.

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

Em virtude do aumento da violência e da privatização das estradas, surgiram no País, no eixo das grandes cidades, inúmeros serviços privados de atendimento pré-hospitalar móvel. Sobre estes também legisla a Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a), ao afirmar que a empresa privada de atendimento pré-hospitalar:

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

Para dirimir uma série de conflitos de poder observados na atenção pré-hospitalar móvel entre médicos reguladores e comandos de bombeiros, a Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a) deixa claro ainda que:

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

A Portaria GM/MS n.º 2.657, de 16 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a), que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências define ainda:

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. (BRASIL, 2004a).

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 telemedicina sempre que necessário;

IV - discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;

V - hierarquizar necessidades;

VI - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

VII - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;

VIII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;

IX - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;

X - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;

XI - permear 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 pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;

XII - 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;

XIII - 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. (BRASIL, 2004a).

Bases éticas

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

Muitos autores definem ética profissional como um conjunto de normas de conduta que postas em prática no exercício de qualquer profissão, têm uma ação “reguladora” sobre seu desempenho, induzindo o respeito a seu semelhante quando no exercício da sua profissão.

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

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

Feitas estas considerações, ressaltamos a importância dos profissionais apropriarem-se dos respectivos códigos de ética profissional, que no caso dos médicos está na Resolução CFM n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988 (BRASIL, 1988), organizado sob a forma de capítulos que tratam dos princípios fundamentais do exercício da Medicina e também dos direitos e deveres dos médicos, responsabilidade profissional, direitos humanos, relações com pacientes e familiares e entre médicos, além de temas específicos como segredo médico, boletim médico e outros.

Abaixo, alguns artigos do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988) que devem orientar todos os profissionais que atuam no atendimento às urgências, seja no nível pré-hospitalar ou hospitalar da rede de atenção:

- O alvo de toda a atenção do médico e dos profissionais da saúde é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
- O médico e demais profissionais devem guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizar seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

<ul style="list-style-type: none">• O médico e demais profissionais não podem, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.
<ul style="list-style-type: none">• O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa.
<ul style="list-style-type: none">• O médico e demais profissionais devem manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiverem conhecimento no desempenho de suas funções, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.
<ul style="list-style-type: none">• O médico e demais profissionais devem empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.
<ul style="list-style-type: none">• Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.
<ul style="list-style-type: none">• O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da medicina.
<ul style="list-style-type: none">• As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

O poder do médico vem do direito comum: ele necessita de regras éticas. Os médicos são dotados de regras morais profissionais que lhes dão as indicações para que seus comportamentos estejam no sentido do bem, originando-se nos mais velhos Códigos de Deontologia.

O médico tem o direito de fazer coisas interditas aos outros. Normalmente o médico não presta cuidados a não ser para aqueles que lhe solicitam e que estabelecem de fato um contrato tácito com ele, mas, em situações de urgência, o médico se apossa do direito de realizar procedimentos que habitualmente não são realizados sem a autorização prévia do paciente.

Nestas situações, o médico vai trabalhar sem um *pedido* e/ou sem a *aceitação* do paciente, que por sua vez tem *necessidade* do atendimento e, em situações de múltiplas vítimas ou desastres, terá ainda que decidir quais serão atendidos e quais serão relegados, o que pode parecer ou vir a ser monstruoso, caso o profissional não esteja adequadamente habilitado para tal.

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

A regulação médica utiliza a ideia do acolhimento, avaliação e priorização dos casos existentes, buscando garantir o atendimento por ordem de necessidade e não por ordem de chegada.

Todos os pacientes atendidos devem ter registro, segundo rotinas protocolares ético-legais. Está implicada a veracidade dos dados e sigilo, ou seja, quem facilitar o manuseio do registro ou o conhecimento de dados por pessoas não-outorgadas ao mesmo dever do sigilo, incorre em crime previsto no artigo 154 do Código Penal.

No atendimento pré-hospitalar móvel ocorre uma partilha do segredo e, com efeito, todos os atores envolvidos devem observar o segredo médico. Esta formulação concerne aos demais profissionais da equipe que atuam no SAMU (telefonistas, rádio-operadores, enfermeiros, etc.), bem como aos bombeiros e outros profissionais de segurança e salvamento que estejam envolvidos no atendimento.

A medicina de urgência pré-hospitalar móvel é uma nova área de atuação da saúde. Os diferentes aspectos do seu exercício (regulação médica, intervenção extra-hospitalar, relação com o judiciário, polícia e imprensa) devem ser amplamente discutidos.

Na II Jornada de Emergência Médica em Lisboa, em 7 de dezembro de 1990, foi aprovada, por unanimidade pelos participantes, uma *Declaração sobre a Ética dos Serviços Médicos de Urgência* (CONCLUSÕES..., 1990).

Ficou definido que os Sistemas de Ajuda Médica Urgente na Europa e no Mundo, devem obedecer aos princípios fundamentais dos Direitos do Homem:

Declaração de Lisboa

Autonomia e liberdade

Respeitar de forma absoluta a autonomia da pessoa humana, isto é, aumentar a autonomia do doente, respeitando a sua liberdade, mesmo em caso de urgência.

Os cuidados prestados pelos médicos devem trazer ao doente mais autonomia, quer no sentido físico, quer no psicológico e social. Todo cidadão, ainda que doente, tem o direito ao respeito pela sua autonomia no sentido da liberdade de

escolha da sua terapêutica, mesmo quando mais vulnerável, ou seja, uma situação de urgência médica. Os profissionais dos serviços de urgência devem respeitar este direito fundamental do doente e aceitar que ele pode recusar os seus cuidados, mesmo quando estes são julgados indispensáveis do ponto de vista técnico, ou mesmo avaliar que algum procedimento ou a utilização de alguma tecnologia possa, de fato, prolongar a vida do paciente, mas tirando-lhe por completo a autonomia.

Benefício de todos

Oferecer o máximo de benefício de saúde, ou seja, fornecer o melhor atendimento visando à melhor qualidade de vida para o paciente e para os que o cercam.

O doente deve receber o maior benefício possível como consequência da melhor qualidade dos cuidados prestados e ao mesmo tempo com o menor custo, mesmo em se tratando de situação de urgência. Por princípio, o Estado deve garantir a segurança dos cidadãos, o que implica a oferta de ajuda médica adequada. A Saúde Pública e os profissionais de saúde devem assegurar real qualidade nos cuidados de urgência, em articulação com as Unidades Hospitalares, Postos de Saúde, Serviços Móveis de Urgência, Unidades de Cuidados Intensivos e outros serviços.

O Menor prejuízo possível

Produzir o menor prejuízo possível, isto como resultante de procedimentos impostos pela necessidade da urgência.

A demora para o diagnóstico e tratamento são fatores de agravamento nas patologias agudas e em situações de risco, impondo à equipe de saúde uma organização de forma a evitar os prejuízos consequentes à demora na intervenção.

Os procedimentos de urgência podem ser mais arriscados que os outros, dependendo particularmente da decisão pessoal, mas sofrendo constrangimentos e restrições de recursos e de tempo. Os médicos e as autoridades sanitárias devem se preocupar em usar o mínimo possível as decisões pessoais, próprias da terapêutica de urgência.

O princípio de não prejuízo ao doente impõe ao médico a recusa em tratar sob pressão e condições precárias os doentes que não tenham necessidade de cuidados médicos urgentes e a reorientá-los a utilizar outras formas de cuidado disponíveis no sistema de saúde, sempre que possível.

Justiça, igualdade e solidariedade

Distribuir a atenção à coletividade com critério e justiça, prestando cuidados igualmente a todos os que deles careçam.

A igualdade de direitos entre os cidadãos exige que se faça beneficiar do máximo de cuidados de urgência o maior número de doentes que deles tenham necessidade, com qualidade. Por esta razão, os médicos dos serviços de urgência são responsáveis pela gestão econômica dos recursos de saúde, sem dúvida escassos e caros.

Os médicos reguladores devem estabelecer prioridades, não podendo seguir o princípio habitual do atendimento por ordem de chegada. Ao contrário, devem estabelecer, com justiça, as prioridades no atendimento. Não havendo outros critérios técnicos de escolha, devem tratar primeiro aqueles que sofrem de patologias que se agravem mais rapidamente e/ou pacientes que possam ser estabilizados ou curados no menor intervalo de tempo e com a utilização de menos recursos.

Etapas da regulação médica

1.ª Etapa: Recepção do chamado

Orientações gerais para o recebimento de chamados telefônicos

- Atender o chamado ao primeiro toque do telefone;
- Identificar-se para o solicitante;
- Perguntar e registrar o nome do solicitante;
- Chamá-lo sempre pelo nome;
- Registrar as informações relativas ao chamado de acordo com roteiro próprio;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Falar compassada e calmamente, com uma entonação de voz agradável;
- Procurar manter o controle da conversação desde o início. Na maioria das vezes, o solicitante estará ansioso para ter seu problema resolvido. Ajude-o, calmamente, a se expressar;
- Orientar o solicitante de maneira clara e precisa, procurando obter sua colaboração;
- Lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo.

a - Localização do chamado

- O auxiliar de regulação faz a recepção inicial realizando a identificação do chamado, conforme orientação acima;
- Na seqüência, considerando a possibilidade de desencadear atendimento *in loco* (não apenas uma informação), registra rapidamente o endereço detalhado do solicitante da forma mais precisa possível, incluindo pontos de referência;
- Pode ser necessário solicitar que alguém aguarde em local próximo para encontrar com a ambulância;
- Tentar detectar alguma possibilidade de trote;
- Passar o caso imediatamente para o médico regulador.

O conjunto de dados referentes à solicitação de atendimento de responsabilidade do auxiliar de regulação depende do protocolo do serviço, mas deverá contemplar as seguintes informações mínimas:

- Município;
- Data/horário;
- Número da chamada;
- Informações sobre o solicitante (nome e telefone);
- Motivo da chamada: informação, pedido de ajuda, pedido de transporte, outros;
- Trote, engano, desligou, outros;
- Orientação transmitida ao informante;
- Endereço e referenciais de localização.

b - Origem e natureza do solicitante

O auxiliar de regulação deve registrar a origem da solicitação:

- Domicílio;
- Via pública;
- Serviço de saúde;
- Outras.

E também a natureza do solicitante:

- Solicitantes leigos: Ex.: vítimas, familiares, transeuntes, vizinhos, etc.

- Solicitantes profissionais de áreas afins: bombeiros, policiais, profissionais de trânsito, etc.
- Solicitantes profissionais da saúde não médicos: enfermeiros, técnicos e auxiliares de saúde, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos, etc.
- Solicitantes médicos: geralmente em serviços de saúde.

c - Identificação da gravidade do agravo

Esse acolhimento inicial é realizado pelo telefonista auxiliar de regulação médica e deve permitir inferir agravos de maior gravidade antes mesmo de encaminhar a solicitação ao médico regulador. Essa avaliação tem por objetivo identificar sinais de alerta que sugiram, de imediato, situação de risco, de acordo com a natureza do agravo e/ou a descrição do caso/cenário. Uma vez percebidos tais sinais, a solicitação deve ser priorizada e transferida imediatamente ao médico regulador, caso haja outras solicitações em espera. Após a identificação, o auxiliar de regulação deverá:

Se o paciente está inconsciente e/ou com dificuldade respiratória ou sem respirar, fica caracterizada situação de extrema urgência e o caso deve ser comunicado e repassado imediatamente ao médico regulador, após registrar nome, telefone e endereço completo.

- Fornecer a informação solicitada, quando não se tratar de pedido de ajuda médica, registrando adequadamente o chamado e encerrando a solicitação;
- Encaminhar a solicitação ao médico regulador.

Todas as solicitações devem ser repassadas ao médico regulador.

O telefonista auxiliar de regulação pode encerrar o caso sem passar pela avaliação do médico regulador apenas quando o chamado se resumir a um pedido de informação como: endereços de unidades de saúde, telefones de outras centrais de atendimento à população ou outros chamados não relacionados a urgências médicas.

2.^a Etapa: Abordagem do caso

a - Regulação médica

Após o registro do chamado e identificação do caso realizados pelo telefonista auxiliar de regulação, o médico deve proceder à regulação médica da solicitação. A caracterização do caso, assim como a resposta adequada à solicitação, dependem da habilidade do médico regulador em conduzir o interrogatório e jul-

gar as informações obtidas do solicitante. Para a condução deste interrogatório e tomada de decisão, o médico regulador deve se valer de técnicas específicas que serão detalhadas a seguir, podendo também se basear em diretrizes técnicas e/ou protocolos de referência do serviço.

Conceitualmente, podemos considerar duas diferentes modalidades técnicas de interrogatório, dependendo do tipo de atendimento a ser prestado pelo SAMU:

◆ *Atendimento primário*

Considerar como atendimento primário aquele prestado a pedido de ajuda advindo diretamente da população, onde ainda não houve nenhuma intervenção de equipe de saúde sobre o cidadão acometido pela urgência. O médico regulador deverá proceder com interrogatório específico e estabelecer diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível. Tentar fazer o solicitante relatar calma e sucintamente o ocorrido, para presumir a gravidade do caso. A detecção do nível de urgência e o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico são feitos a partir do interrogatório via telefone.

Para abordagem dos casos a serem regulados, existe uma forma de semiologia médica a distância, desenvolvida pelos franceses, que procede com a avaliação inicial do caso a partir de uma seqüência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas pelos solicitantes ao telefone.

Este procedimento tem como objetivo chegar inicialmente a um **Diagnóstico Sindrômico** que, antes mesmo do estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, já permite a determinação da gravidade do caso e pode justificar o envio imediato de um suporte avançado, considerando a fórmula da detecção do grau de urgência já apresentada ($U = G \cdot A \cdot V / T$). Para efeito de raciocínio, agrupamos os casos urgentes de maior gravidade em três diferentes grupos sindrômicos:

• *Síndromes de “Valência Forte”*

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

• *Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave”*

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

- *Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”*

Situações em que os sinais e/ou sintomas informados pelo solicitante indicam gravidade elevada: Ex.: “Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc.

Estas “Síndromes” são concebidas, então, a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante, portanto, não seguem inicialmente uma lógica de determinação imediata da patologia do paciente.

Estabelecimento do diagnóstico sindrômico

O chamado pode chegar ao médico regulador a partir de diferentes tipos de solicitantes e o relato dos fatos pode se apresentar de diferentes formas. Algumas vezes o solicitante apresenta um conjunto de sinais isolados que não constituem de imediato uma síndrome. Cabe ao regulador ouvir o solicitante e dirigir o interrogatório a fim de obter os dados que lhe possibilitem estabelecer o diagnóstico sindrômico ou mesmo chegar a uma hipótese diagnóstica, embora esta última não seja indispensável para a tomada de decisão do regulador.

Para que o médico possa estabelecer um diagnóstico sindrômico a distância, é necessário que utilize técnicas específicas de interrogatório do solicitante, que lhe permitam pesquisar os sinais que irão compor a síndrome.

Neste novo tipo de semiologia, a percepção do médico tradicionalmente construída por meio de seus próprios sentidos é substituída pelos sentidos do informante, que serão interpretados pelo regulador a partir do interrogatório.

Assim, por exemplo, um solicitante aflito ao telefone diz ao médico regulador que seu familiar está “*passando mal*”. Esta é uma expressão freqüentemente utilizada pelo leigo que não permite ao médico o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico ou de uma hipótese diagnóstica. Pode se tratar desde um distúrbio neuro-vegetativo ou uma hipoglicemia, até uma parada cardíaca, passando por uma enormidade de processos patológicos. Caberá ao médico fazer uma série de questionamentos, investigando outros sinais que possibilitem o estabelecimento do diagnóstico sindrômico e/ou de uma hipótese diagnóstica.

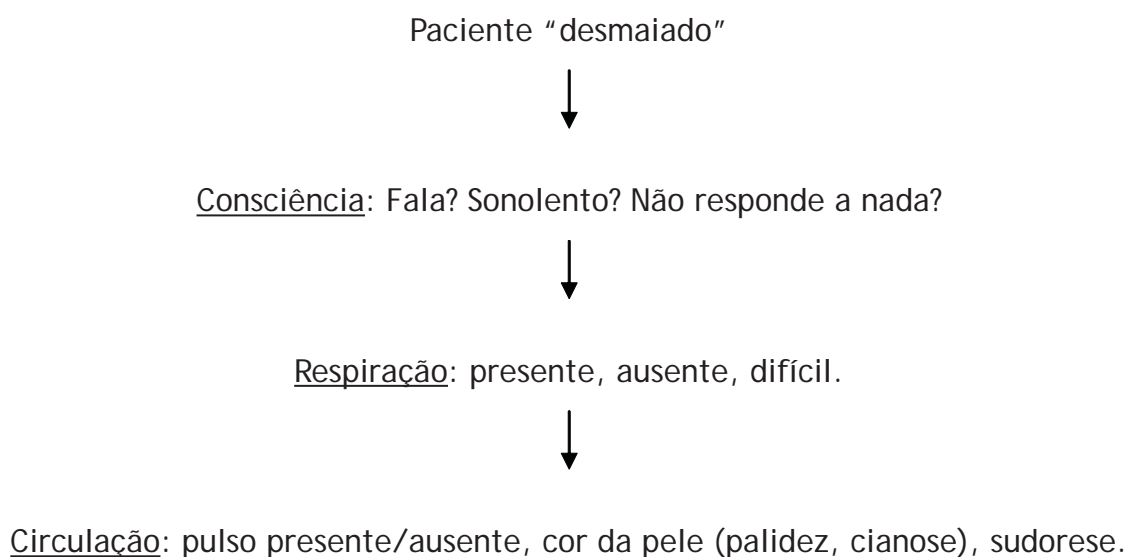
Lembramos alguns sinais essenciais a serem pesquisados a fim de estabelecer o diagnóstico sindrômico:

- pesquisar sobre a presença, ausência e qualidade dos movimentos respiratórios: para obter estas informações, em se tratando de solicitante leigo, poderá ser necessário orientá-lo sobre como proceder, por exemplo,

pedindo-lhe que observe se o peito (tórax) ou barriga do paciente se movimentam, se sai ar do seu nariz, etc. Também pode ser útil a observação da coloração das pontas dos dedos, das unhas ou do lábio;

- pesquisar sobre a presença ou ausência de pulso: orientar a pesquisa de batimentos na região do pulso ou pescoço, presença de sudorese e/ou temperatura da pele;
- pesquisar o nível de consciência: verificar se o paciente responde ou não a estímulos verbais e/ou a estímulos dolorosos, etc.

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



A análise dos sinais e sintomas referidos ou relatados pelo informante.

Análise de sinais

- Dados objetivos - tudo aquilo que é verificado no paciente, por meio dos sentidos do informante;
- Respiração (facilidade, dificuldade, ausência, ruídos);
- Cor da vítima (cianose, palidez);

- Movimentos (espontâneos, restritos, involuntários);
- Nível de consciência;
- Estado geral (bom, regular ou mal);
- Sudorese fria.

Análise de um sintoma

- Modo do aparecimento (súbito ou gradual);
- Intensidade (forte, fraco, moderado);
- Localização e irradiação da dor;
- Fatores desencadeantes e concomitantes.

B Queixa principal, história pregressa resumida: checar funções vitais – respiratórias, circulatórias, neurológicas.

C Evolução, tratamentos iniciados.

D Sexo, idade, antecedentes (tratamentos e hospitalizações anteriores).

Casos de patologias traumáticas

- Tipo de acidente (trânsito, de trabalho, quedas, agressões interpessoais, etc.);
- Tempo decorrido entre o acidente e o chamado;
- Número de vítimas, gravidade aparente - mecanismo de trauma;
- Para cada vítima:
 - Idade aproximada e sexo;
 - Funções vitais (respiratórias, circulatórias, neurológicas);
 - Ele se move?
 - Está acordado ou não?
 - Está falando?
 - Como respira?
 - Tem sangramento?
 - Lesões principais (evidentes e suspeitas);
- Existência de vítimas encarceradas;

- Existência de riscos de incêndios, produtos químicos, etc.

Segue abaixo algumas questões específicas para avaliação das principais patologias traumáticas:

Acidente de trânsito

- Tipo de acidente? (colisão, atropelamento, capotamento);
- Vítima presa nas ferragens?
- Vítima ejetada do veículo?
- Morte de algum dos ocupantes do veículo?

Quedas

- Tipo de queda? (do mesmo nível, de nível diferente, altura da queda, superfície sobre a qual caiu).

Ferimentos por arma branca/ferimentos por arma de fogo

- Qual o tipo de arma?
- Presença de mais de um ferimento?
- Orifício de entrada e saída de projétil?
- Agressor ainda no local da ocorrência?

Agressão

- Houve briga?
- Agressão com socos?
- Qual foi o instrumento?
- Agressor ainda no local da ocorrência?

Queimaduras

- Tipo de agente causador da queimadura? (calor, eletricidade, substâncias químicas)
- Regiões do corpo atingidas?
- Atingiu a face?
- Aspirou fumaça?

Desabamento/Soterramento

- Tipo de material precipitado sobre a vítima?
- Quantidade aproximada?
- Descrição da situação?

Outros traumatismos

- Tipo de traumatismo?

☒ *Atendimento secundário*

Considerar como atendimento secundário aquele prestado a solicitações de ajuda, apoio, retaguarda ou transferência oriundas de profissionais de saúde, equipes ou unidades de saúde de menor complexidade:

- A comunicação deve ser feita de médico para médico, exceto quando a unidade estiver sem este profissional no momento. O médico solicitante deve informar o seu nome, serviço e número do CRM.
- O médico regulador deve avaliar o motivo da solicitação e a sua pertinência. Caso haja pertinência ou justificativa válida, deve definir o recurso mais adequado para o caso e o mais próximo possível do solicitante e, com base nos dados obtidos, avaliar se há condições para efetuar a transferência com qualidade e segurança. Definir e providenciar a ambulância adequada para cada caso.
- Caso não haja pertinência ou a justificativa não seja válida, o médico regulador orienta o solicitante sobre como conduzir tecnicamente o caso ou como utilizar os recursos locais.
- Se já houver vaga destinada ao paciente, o regulador deverá confirmar a informação com o serviço de destino, checando o nome do médico responsável e o setor de internação. Onde existir central de leitos já instalada, esse procedimento não será necessário.
- Com relação ao quadro do paciente: interrogar sucintamente sobre o problema apresentado, sinais vitais (respiratório, circulatório, neurológico), lesões existentes, procedimentos e exames complementares realizados e medicamentos utilizados.

ATENÇÃO:

Nos casos de atendimento secundário em que o paciente não tenha recebido os cuidados necessários para resolver a urgência, o pedido deve ser encarado e priorizado da mesma forma que um atendimento primário, devendo a resposta ser dada com a mesma presteza e prioridade que seria dada a uma solicitação advinda do domicílio ou de via pública, utilizando-se, para tal, inclusive do recurso da "vaga zero", quando necessário.

b - Rádio-operador

Responsável pela liberação das ambulâncias, após a decisão do médico regulador a respeito de qual tipo deve ser liberado. A seguir, informa ao condutor o melhor itinerário para o deslocamento da mesma. Deve fazer controle sobre a localização de todos os veículos da frota.

Recebe a informação do médico sobre a liberação da viatura.

3.ª Etapa: Decisão e acompanhamento

a - Decisão técnica/Resposta

A resposta à solicitação, com todas as suas conseqüências diretas, é de integral responsabilidade do médico regulador.

O médico regulador deve avaliar a necessidade de intervenção, decidir sobre o recurso disponível mais adequado a cada caso, levando em consideração: gravidade, tipo de recurso necessário, meios disponíveis, relação custo/benefício, avaliação tempo-distância, etc. Esta avaliação deve ser precisa e ordenar necessidades e melhores recursos disponíveis. São várias as opções de resposta, associadas ou não:

- Conselho médico ou orientação técnica a um colega médico;
- Remoções simples (ambulâncias de transporte);
- Atendimentos de suporte básico de vida por profissionais da saúde (ambulâncias ou ambulanchas de suporte básico);
- Atendimento de suporte básico de vida por profissionais bombeiros ou outros socorristas (viaturas de resgate);
- Atendimentos médicos terrestres (ambulâncias de suporte avançado);
- Atendimentos médicos aéreos (aeronaves de resgate aeromédico);
- Atendimentos médicos pluviais (ambulanchas);
- Acionamento de múltiplos recursos;
- Acompanhamento, sempre que a resposta for o deslocamento da equipe para atendimento *in loco* e/ou transporte.

◆ *Orientações gerais*

- A regulação de solicitações advindas de serviços que não dispõem de recursos físicos e humanos compatíveis com a demanda que pode lhes ocorrer espontaneamente é bastante difícil e deve ser mais cuidadosa, considerando os recursos do solicitante, dos demais serviços da grade e o próprio SAMU, sem desconsiderar a gravidade e o nível de urgência de cada caso.

- Nos casos em que exista dúvida quanto ao recurso necessário, sempre deve ser disponibilizado o de maior complexidade possível.
- Nos casos de explícita falta de recursos, gerando as indesejáveis “filas ou longos tempos de espera” o médico regulador deverá constantemente reavaliar o conjunto dos casos pendentes e proceder a repriorizações, tantas vezes quantas forem necessárias, não se esquecendo de monitorizar a solicitação por meio de contatos sucessivos com os solicitantes, informando-os sobre as dificuldades e orientando quanto ao tempo previsto de espera.
- As situações de insuficiência de recursos devem ser devidamente registradas e encaminhadas sistematicamente ao Diretor Clínico do SAMU que procederá com relatório mensal à coordenação do serviço, salientando as intercorrências que necessitem de intervenção em curto prazo.
- Nos casos em que não houver USA disponível, ou se existir dúvida em enviar ou não a UTI, deve ser enviada uma USB ou USB medicalizada (USB saindo da base acompanhada de médico). O uso concomitante do VR pode ser uma alternativa.
- Nos casos com indicação de USA a liberação deve ser imediata, visando ao menor tempo-resposta. O médico do SAMU ao chegar ao local informará ao regulador o real quadro clínico do paciente e, em função destes dados, o médico regulador tomará sua decisão e fará contato com o serviço adequado. Enquanto isto, a USA já deverá se dirigir ao destino.
- Nos casos de urgência extrema, por gravidade, valência social elevada ou múltiplas vítimas, podem ser liberadas quantas ambulâncias forem necessárias.
- O médico regulador deve monitorar sistematicamente a equipe no local da ocorrência e prontificar-se imediatamente a enviar apoio sempre que solicitado, lembrando-se que às vezes, por várias razões, não é possível o fornecimento de justificativas detalhadas.
- Em situações de risco iminente a equipe deve sair do local com a vítima e encontrar com o apoio no caminho.

♦ *Alguns critérios para deflagrar atendimento médico in loco:*

Durante o processo de regulação dos chamados telefônicos, cabe ao médico regulador identificar as situações que caracterizam a necessidade de intervenção medicalizada no local da ocorrência do agravo:

- Paciente inconsciente;
- Paciente com insuficiência respiratória grave;

- Paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio;
- Paciente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral;
- Paciente com intensa agitação psicomotora;
- Paciente com suspeita de Estado de Mal Epiléptico;
- Suspeita de parada cardiorrespiratória;
- Ferimento por arma branca ou de fogo atingindo cabeça, pescoço, face, tórax, abdome, ou com sangramento importante;
- Paciente com grande área corporal queimada ou queimadura de vias aéreas;
- Eventos com mais de cinco pacientes;
- Colisão de veículos com paciente preso em ferragens;
- Colisão de veículos com paciente ejetado;
- Colisão de veículos com morte de um dos ocupantes;
- Acidente com veículo em alta velocidade – rodovia;
- Queda de altura de mais de cinco metros;
- Trabalho de parto evidente.

Nos casos em que é enviada uma ambulância de suporte básico de vida, após a chegada da equipe ao local da ocorrência, e recebidas as primeiras informações sobre a situação, os achados abaixo determinam a necessidade de atendimento médico no local da ocorrência:

- Solicitação do profissional da ambulância, em virtude de dificuldades técnicas no atendimento ao paciente;
- Paciente com pressão sistólica abaixo de 100mmHg, com evidências de hipoperfusão periférica;
- Paciente com frequência respiratória inferior a 10 ou superior a 40 movimentos por minuto ou dificuldade respiratória não controlada com manutenção de vias aéreas;
- Escala de coma com resultado igual ou menor que 8;
- Escala de trauma com resultado inferior a 9;

- Comprometimento de vias aéreas e ventilação: trauma de face, pescoço, traumatismos severos do tórax;
- Ferimentos penetrantes da cabeça, pescoço, tórax, abdome, região inguinal;
- Evidência de trauma raquimedular;
- Amputação parcial ou completa de membros;
- Trauma de extremidade com comprometimento vasculo-nervoso;
- Queimaduras com acometimento extenso da superfície corporal ou das vias aéreas.

Orientar o solicitante sobre como proceder até a chegada da equipe, indicando e explicando as ações principais a serem realizadas. Dentro das possibilidades, pedir ajuda para outras pessoas, se necessário. Outras orientações:

- Não movimentar o paciente, a não ser em casos imperiosos (risco de incêndio, desabamento, explosão, etc.);
- Controlar sangramento externo;
- Eliminar fatores de risco (fogo, substâncias desconhecidas, sinalizar o acidente, etc.);
- Observar condições de segurança do local, relatando os riscos observados.

Sobre a intervenção:

- Registrar todo o atendimento;
- Monitorar liberação da ambulância na base ou em trânsito, checar acionamento da equipe e chegada com os respectivos tempos-resposta;
- Informar à equipe que vai fazer o atendimento tudo que conhecer da situação;
- Monitorização do atendimento no local da ocorrência: recebimento do caso pela equipe do local, reavaliação, conduta/orientação à equipe;
- Monitorização do caso durante o transporte: acompanhamento do transporte, evolução, intercorrências, chegada e recepção do paciente ao destino, liberação da viatura;
- Definir a resposta/tipo de serviço receptor, em função da necessidade do doente/complexidade do caso e hierarquia do sistema: unidade de pronto atendimento, serviço hospitalar, outros.

O médico regulador deve manter o controle do atendimento e registrar os

dados repassados por profissionais no local da ocorrência:

- Tipo de ocorrência confirmada pelo profissional da ambulância;
- Descrição dos pacientes com sexo, idade, dados vitais (pressão arterial, pulso, frequência respiratória saturação de oxigênio, temperatura);
- Número de pessoas envolvidas;
- O motivo do não atendimento se for o caso;
- Escala de coma, escala de trauma/principais lesões;
- Destino e orientações transmitidas ao local para onde foi encaminhado o paciente;
- Identificação do médico regulador.

◆ *Condutas em algumas situações problema*

Paciente em óbito no local da ocorrência:

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando houver suspeita de óbito do paciente no local da ocorrência;
- Havendo suspeita de crime, a equipe deverá preservar as evidências, não removendo o corpo e mantendo intacta a cena;
- A equipe deverá permanecer no local da ocorrência até a chegada de autoridade policial competente, salvo orientação contrária do médico regulador;
- Registrar o óbito do paciente em campo próprio do relatório;
- Em algumas localidades onde não existe Serviço de Verificação de Óbito (SVO), pode acontecer, com relativa frequência que familiares, conscientes da dificuldade para obter o Atestado de Óbito, recorram ao SAMU, prestando informações distorcidas, a fim de que a equipe de suporte avançado vá ao local e, assim, o médico forneça o atestado. Se isso ocorrer, o fato deve ser discutido no Comitê Gestor de Urgências e alternativas devem ser buscadas, para evitar esse tipo de ocorrência.

Paciente terminal:

- Uma outra situação que pode ser de difícil enfrentamento diz respeito a solicitações advindas de familiares de pacientes com doenças graves e em estado terminal, onde técnicas de ressuscitação possam ser recusadas ou exigidas pela família. Cada caso deverá ser criteriosamente avaliado e a decisão do médico deverá ser tomada de acordo com as diretrizes éticas já discutidas nesse manual.

Paciente com menos de 18 anos:

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando houver atendimento a paciente menor de idade desacompanhado;
- Se possível, solicitar que vizinhos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone. Caso contrário, informar vizinhos do destino que será dado ao paciente;
- Comunicar o Conselho Tutelar.

Paciente sem condições de decidir, acompanhado de criança ou menor de idade (<18 anos):

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando houver atendimento a paciente sem condições de decidir, acompanhado de menor de idade;
- A equipe deverá se possível, indagar se algum parente ou vizinho pode se responsabilizar pelo menor, registrando o nome e endereço desse responsável;
- Caso contrário, conduzir a criança ao hospital de destino do paciente, registrando o nome e cargo do funcionário que assume a responsabilidade pelo menor no hospital;
- Comunicar o Conselho Tutelar.

Paciente que recusa atendimento:

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando o paciente recusa atendimento;
- A equipe deverá identificar situações de risco de vida imediato: comprometimento de vias aéreas e respiração, sangramento abundante;
- Identificar alterações de comportamento que indiquem que o paciente se encontra prejudicado em sua capacidade de decisão: alterações do nível de consciência, intoxicação etílica ou por drogas. Conversar com o paciente e tranquilizá-lo, esclarecendo-o a respeito da necessidade do atendimento;
- Na persistência da recusa, solicitar ao próprio paciente ou a alguma testemunha, que assine em campo específico para esse fim.

Outros médicos no local da ocorrência:

- A presença, no local da ocorrência, de médicos que se prontifiquem a prestar atendimento ao solicitante e que não sejam plantonistas do SAMU, é considerada intervenção médica externa; o profissional da ambulância deve registrar este fato no campo de Observações da ficha, anotando nome e CRM do médico, e solicitar ao profissional que registre sua intervenção no verso da mesma;
- O fato será imediatamente comunicado ao Médico Regulador e, idealmente, os dois médicos devem manter contato via rádio para a troca de informações relativas à situação do paciente;
- A equipe deve seguir as orientações desse médico conforme consenso do médico regulador;
- Qualquer dúvida quanto à conduta tomada pelo médico que está assistindo o paciente no local deve ser informada ao médico regulador, para que o mesmo faça contato com o profissional que está intervindo no local.

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

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

Liberação de paciente no local da ocorrência:

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

Vítima em óbito durante o transporte:

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe da ambulância quando houver o óbito do paciente durante o transporte;

- O destino do corpo será determinado pelo Médico Regulador;
- O óbito de paciente durante o transporte deverá ser registrado em campo específico para esse fim.

b - Decisão gestora

Neste momento, é fundamental a utilização das ferramentas de regulação, como:

- Mapas do município;
- Grades de pactuação;
- Todos telefones das instituições de saúde;
- Protocolos de regulação, manuais de Rotinas do Serviço;
- Impressos para registro;
- Censos diários das condições de atendimento das unidades da grade de referência;
- Censos dinâmicos de recursos externos (situação dos serviços receptores);
- Grades diárias de recursos internos (equipe, ambulâncias e equipamentos);
- Planos de catástrofe.

◆ *Procedimentos que envolvem a decisão gestora:*

- Definir, de acordo com a necessidade de cada caso, observando a complexidade e disponibilidade, o serviço de destino do paciente, considerando a grade de regionalização e hierarquização pactuada;
- Comunicar à equipe, no local da ocorrência, o destino do paciente;
- Acionar serviço receptor informando o médico responsável da unidade sobre as condições do paciente;
- Comunicar e orientar o solicitante;

◆ *Adaptação dos meios*

- Realização de “permutas” ou acionamento de múltiplos meios, redirecionamento e otimização de recursos dispersos quando necessário;
- Pactuar com o hospital os casos de recebimento única e exclusivamente para realização de exames com segundo transporte posterior;
- Prever suporte logístico;

◆ *Registro de informações*

As fichas de regulação e as fichas de atendimento são documentos equivalentes aos prontuários médicos de qualquer serviço de saúde. Portanto devem ser preenchidas de maneira completa e legível. Além dos objetivos internos de registro de dados, estas informações podem ser solicitadas para fins judiciais. Quando devidamente preenchidos estes documentos servem, inclusive, de proteção aos envolvidos no atendimento.

A Portaria GM/MS N.º 2.657/04 (BRASIL, 2004a) define as “Normas Gerais e Fluxos da Regulação”, conforme listamos a seguir:

- 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;
- 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;
- 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;
- Nos trotes ou enganos, o chamado deverá ser registrado, mas não contabilizado como “caso” e a ligação podem ser encerrados sem a interveniência do médico regulador;
- O telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que ocorrerem à central;
- 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;
- 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;

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- Se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;
- 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;
- Nas 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;
- Após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado; e
- O rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

Recursos humanos necessários para a central de regulação médica

Embora a Portaria GM/MS n.º 2.657/04 (BRASIL, 2004a) não tenha definido a quantidade de Postos de Trabalho necessários ao bom funcionamento da Central de Regulação Médica de Urgências – Central SAMU - 192, determinando o número de Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica – TARM que possa garantir o pronto atendimento dos chamados telefônicos, a quantidade suficiente de Médicos

Reguladores (MR) por plantão para a imediata regulação dos pedidos de socorro e o total de Rádio-Operadores (RO) necessários para o adequado controle da movimentação da frota, apresentamos abaixo um quadro de Recursos Humanos que foi debatido e elaborado por um conjunto qualificado de profissionais da área, durante o ano de 2004.

População	MR/ dia	MR/ noite	TARM/ dia	TARM/ noite	RO/ dia	RO/ noite	PT
Até 350.000	1	1	2	1	1	1	4
De 350.001 a 700.000	2	1	3	1	1	1	6
De 700.001 a 1.500.000	3	1	5	2	1	1	9
De 1.500.001 a 2.500.000	4	2	6	3	2	1	12
De 2.500.001 a 3.500.000	5	2	10	3	3	2	18
De 3.500.001 a 5.000.000	6	2	12	3	4	2	22
De 5.000.001 a 6.500.000	7	3	14	4	5	3	26
De 6.500.000 a 8.000.000	8	3	16	4	6	3	30

Padrões para a cobertura de populações até 700.000 habitantes:

- 1 MR para cada 350.000 ou fração acima;
- 1,5 TARM para cada MR;
- 1 RO para cada 1.500.000 de habitantes ou fração acima de 750.000;
- A configuração mínima das centrais será de 2 TARM's, 1 MR e 1 Rádio Operador, exceto para populações até 350.000 habitantes, onde o RO pode ser opcional, sendo sua função exercida pelo TARM.

Padrões para a cobertura de populações de 700.000 a 1.500.000 habitantes:

- 1 MR para cada 700.000 habitantes ou fração acima de 350.000;
- 1,5 TARM para cada médico regulador;
- 1 RO para cada 1.500.000 de habitantes ou fração acima de 750.000.

Padrões para a cobertura de populações de 1.500.000 a 2.500.000 habitantes:

- 1 MR para cada 1.000.000 de habitantes ou fração acima de 500.000;
- 1,5 TARM para cada médico regulador;
- 1 RO para cada 1.000.000 de habitantes ou fração acima de 500.000.

Padrões para a cobertura de populações de 2.500.000 a 3.500.000 habitantes:

- 1 MR para cada 1.000.000 de habitantes ou fração acima de 500.000;
- 2 TARM para cada médico regulador;
- 1 RO para cada 1.000.000 de habitantes ou fração acima de 500.000.

Padrões para a cobertura de populações maiores que 3.500.000 habitantes:

- 1 MR para cada 1.500.000 ou fração acima de 750.000 habitantes;
- 2 TARM para cada médico regulador;
- 1 RO para cada 1.000.000 de habitantes ou fração acima de 750.000.

Estes números referem-se à composição mínima dos postos de trabalho e da equipe de regulação para cada Central de Regulação SAMU, devendo ser maior na medida em que a demanda evoluir e assim o exigir, pois todos os chamados de socorro devem ser obrigatoriamente regulados pelo médico e não deve haver fila de espera para acolhimento dos chamados pelo TARM.

Transferências e transporte inter-hospitalar

Nos locais onde o SAMU - 192 ainda não estiver estruturado ou onde o mesmo tiver abrangência apenas municipal, deverão ser feitas pactuações para garantir a viabilidade e qualidade das transferências intermunicipais, que deverão seguir a grade de referência loco regional, sendo obrigatório o 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 através de 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. Saliencia-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.

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

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

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

O transporte e as transferências inter-hospitalares estão regulamentados pela Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a) em seu Capítulo VI e também pela Resolução CFM n.º 1.672/03 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003b).

De acordo com a legislação devem ser utilizadas diferentes modalidades de transporte, dependendo da situação clínica e da localização do paciente, a saber:

- 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, considera-se que o serviço deve possuir um diretor médico com habilitação adequada, segundo determinações da legislação. O serviço de transporte aeromédico deve estar integrado ao sistema de atendimento pré-hospitalar móvel 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.

Na Portaria n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a), podemos encontrar as responsabilidades e atribuições dos serviço/médico solicitante, da central/médico regulador, da equipe/médico de transporte e do serviço/médico receptor, conforme transcrito abaixo:

1) Responsabilidades/Atribuições do 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 intercorrências 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 (BRASIL, 1998a) e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2) Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador:

- a - O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte, caso estes se localizem descentralizados em relação à estrutura física da central de regulação, como nos casos de transporte aeromédico, hidroviário ou terrestre, em que se opte por descentralizar viaturas e equipes para garantir maior agilidade na resposta. Nestes casos, a localização dos veículos e das equipes de saúde responsáveis pelo transporte deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;
- b - Utilizar o conceito de “vaga zero”, definido no Capítulo II da Portaria n.º 2.048/02 também nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo.

3) Responsabilidades/Atribuições da 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 já estabelecidas pela legislação vigente;
- d - O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes técnicas já estabelecidas e inclusive bem explicitadas na Resolução CFM n.º 1.672/03 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003b): ambulâncias 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.
- 4) Responsabilidades/Atribuições do 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.



Parte V

Noções de atendimento a desastres, catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas

Introdução

O entendimento das situações de agravos caracterizadas pelo número elevado de vítimas e sua conseqüente sobrecarga ao sistema de saúde é fundamental para uma adequada preparação para seu enfrentamento.

A definição dos diversos termos utilizados para descrever essas situações se torna importante para que o SAMU possa estabelecer seus protocolos de atendimento aos referidos eventos.

Catástrofe é um acontecimento súbito de conseqüências trágicas e calamitosas, é uma desgraça, uma calamidade. Pela Organização Mundial de Saúde, catástrofe é um fenômeno ecológico súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa. Do ponto de vista médico, catástrofe é aquela situação em que as necessidades de cuidados médicos excedam os recursos imediatamente disponíveis havendo a necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

Desastre é um acontecimento calamitoso, que ocorre de súbito e ocasiona grande dano ou prejuízo. Pela Organização Mundial de Saúde o Desastre é um fenômeno de causa tecnológica de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa. Do ponto de vista médico, desastre é aquela situação em que as necessidades de cuidados médicos excedam os recursos imediatamente disponíveis havendo a necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

Os acidentes com múltiplas vítimas são aqueles eventos súbitos, que produzem um número de vítimas que levam a um desequilíbrio entre os recursos médicos disponíveis e as necessidades, onde se consegue manter um padrão de

atendimento adequado com os recursos locais. Pode ser definido também como evento complexo que requer comando e controle agressivo e coerente, de maneira a fornecer os melhores cuidados às vítimas sob condições caóticas.

No nosso país, nas situações de catástrofe causadas por enchentes, secas, incêndios florestais e deslizamentos de terra, temos um problema de grande magnitude relativo a vítimas desabrigadas, fome e doenças infecto contagiosas, nas quais os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel pouco têm a contribuir, sendo sua atuação, porém, essencial em desastres e, mais freqüentemente, em acidentes com múltiplas vítimas. Consideramos acidentes com múltiplas vítimas aqueles eventos súbitos que produzam mais de cinco vítimas.

Acidente com múltiplas vítimas

O atendimento a acidentes com múltiplas vítimas é um desafio com o qual os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e os hospitais que atendem urgências se deparam com freqüência. Diariamente temos em nosso País acidentes dos mais variados tipos, com ônibus, trens, vans, automóveis, desabamentos, colisão de vários veículos, incidentes em eventos com aglomerado de pessoas que causam um número de vítimas superior a cinco.

Diante dessas situações ocorre um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a capacidade de atendimento médico, levando a uma incapacidade dos serviços de lidarem com esse problema, que muitas vezes sequer é percebida, ou seja, o caos se instala e muitas vidas podem ser perdidas. Assim é necessário estarmos preparados e treinados para atender esses acidentes.

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

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

Quando temos um acidente com múltiplas vítimas vários atores do atendimento pré-hospitalar móvel chegam ao local do acidente. São médicos e en-

fermeiros de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel, pessoal médico dos hospitais, bombeiros, policiais e voluntários, todos querendo dar o máximo das suas capacidades e habilidades para salvar o máximo possível de vidas. Porém, o que ocorre na maioria das vezes é que esses esforços não são concentrados, não são somados, cada um trabalha por si, sem protocolos adequados ou que proponham trabalho conjunto, sem comando único e sem a somatória dos esforços, que levariam a uma multiplicação da capacidade de resposta.

A mudança de comportamento necessária nesses eventos com múltiplas vítimas é a incorporação/utilização dos princípios de medicina de massa:

Triagem – Tratamento – Transporte

Triagem

Triagem significa classificar, selecionar, separar. No atendimento a pacientes acidentados, implica em classificar em vários níveis de gravidade para o adequado tratamento e transporte dessas vítimas, com o objetivo de assegurar o melhor cuidado médico para o maior número de pessoas.

“A triagem consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas para estabelecer prioridades de tratamento médico”.

Dessa maneira a triagem é um processo que determina prioridades de ação. Quando usar triagem? Assim que chegar à cena de um acidente com múltiplas vítimas, quando os recursos humanos e materiais forem insuficientes frente a um acidente.

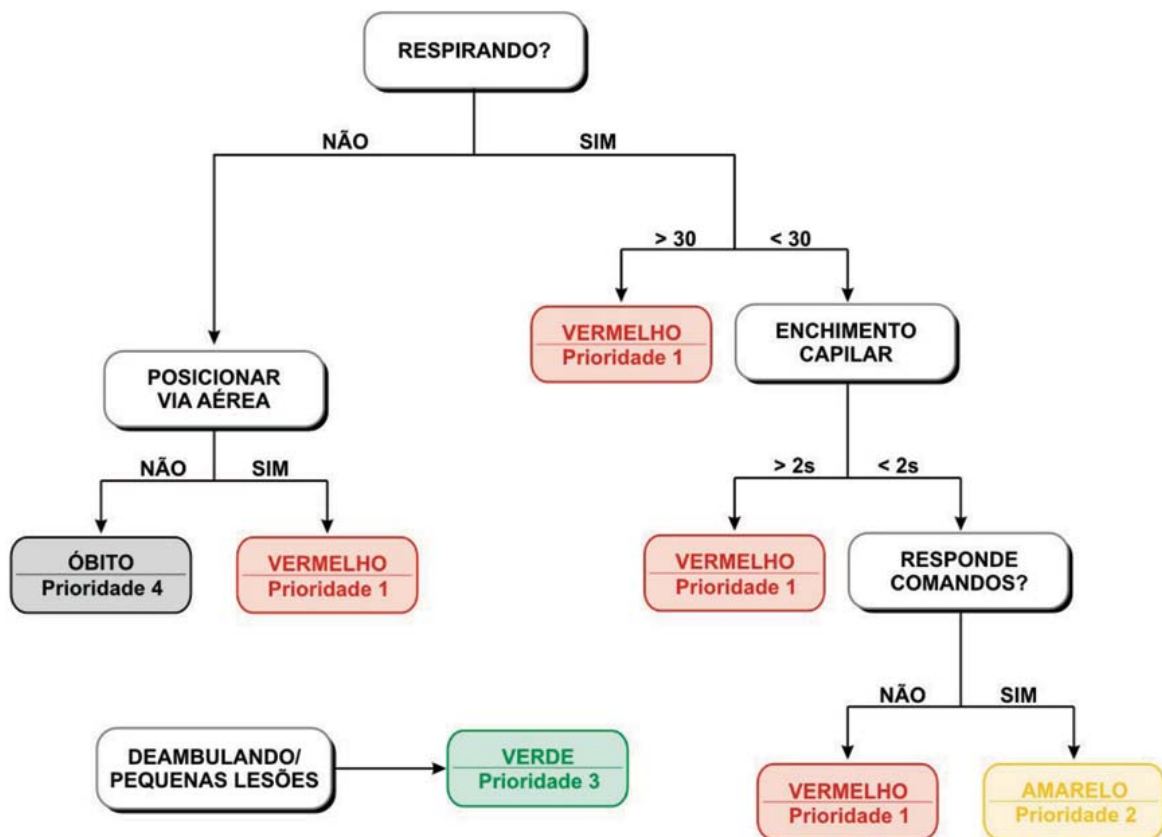
Portanto, triagem é uma ferramenta importante nas situações de acidentes com múltiplas vítimas, pois quando bem realizada inicialmente, ela determinará o sucesso na diminuição da mortalidade e morbidade. Toda a equipe do SAMU deve estar treinada e apta a fazer triagem. Os médicos dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com treinamento em triagem são as pessoas mais habilitadas para isso.

A triagem é um processo dinâmico. Nos acidentes com múltiplas vítimas a triagem é feita em todas as etapas do atendimento, até o final da ocorrência. Triagem inicial para dimensionar os recursos necessários, triagem da gravidade de todas as vítimas com identificação e separação das mesmas, triagem nas áreas de prioridades na cena do evento e triagem na recepção do pronto-socorro.

A triagem inicial deve ser feita por meio de parâmetros simples e rápidos, gastando, no máximo, até 60 segundos por vítima.

Existem vários protocolos de triagem no atendimento aos acidentes com múltiplas vítimas. É utilizado pelo SAMU o START (Simples Triagem e Rápido Tratamento), que já está bem difundido no nosso meio. Foi idealizado nos Estados Unidos na década de 80 e é fácil e rápido de ser utilizado para a triagem de um grande número de vítimas. Utiliza parâmetros fisiológicos de respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em quatro categorias ou prioridades e utilizando cartões coloridos para definir cada uma das prioridades:

- Óbito (Preto): Pacientes que não respiram, mesmo após manobras simples de abertura da via aérea.
- Imediata (Vermelho): Respiração presente somente após manobras de abertura da via aérea, ou respiração maior que 30 por minuto.
- Atrasada (amarelo): Pacientes que não se enquadram nem na prioridade imediata e nem na prioridade menor.
- Menor (verde): Feridos que estão andando pelo local.



Tratamento

O Tratamento das vítimas na cena do acidente é iniciado após a realização da triagem e o conhecimento das necessidades de cuidados médicos de cada uma delas. As áreas de tratamento ou de prioridades são definidas conforme a gravi-

dade das vítimas em prioridade Vermelha, Amarela, Verde e Preto. Essas áreas de prioridades serão identificadas por lonas ou bandeiras coloridas nas cores das prioridades. Alguns protocolos, ao invés de estabelecer áreas de prioridade, estabelecem um posto médico único onde todas as vítimas serão encaminhadas.

As categorias das prioridades médicas são:

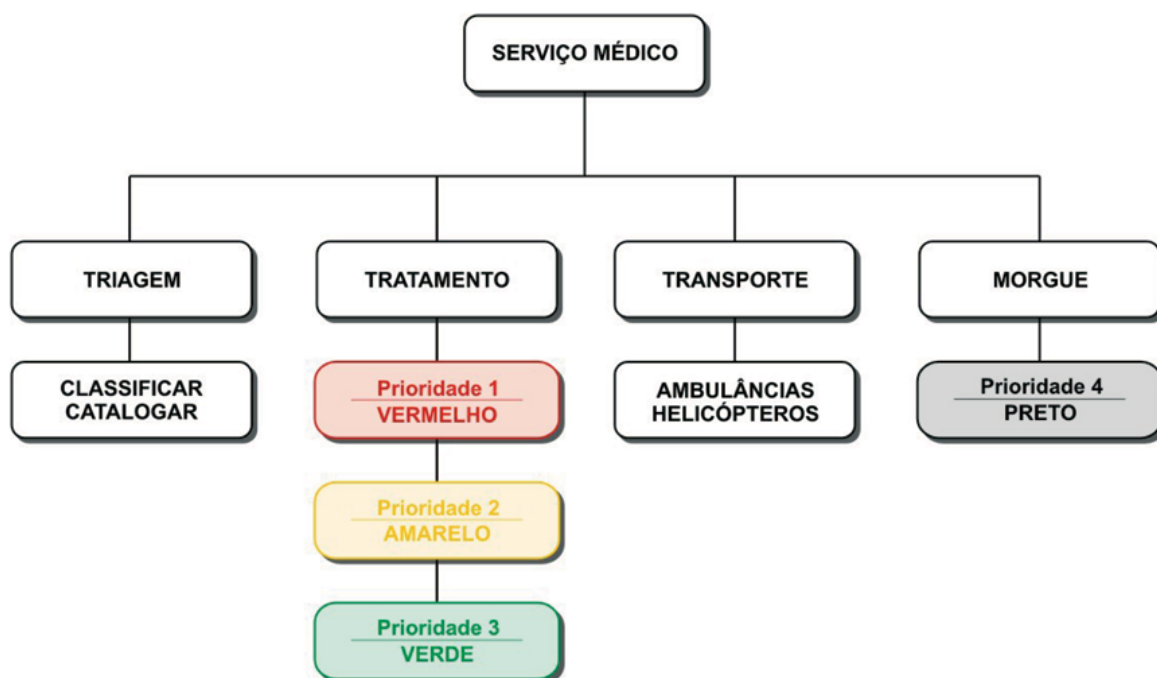
- **PRIORIDADE 1 (VERMELHA):** vítimas que necessitam de algum tratamento médico antes de um transporte rápido ao hospital, ou que precisam ir rapidamente ao hospital para cirurgia.
- **PRIORIDADE 2 (AMARELA):** vítimas que necessitam de algum tipo de tratamento no local enquanto aguardam transporte ao hospital, não apresentam risco de vida imediato.
- **PRIORIDADE 3 (VERDE):** vítimas que não necessitam de tratamento médico ou transporte imediato, possuem lesões sem risco de vida.
- **PRIORIDADE 4 (PRETA):** vítimas em óbito ou que não tenham chance de sobreviver.

Na área de **Prioridade VERMELHA** ficam todos os pacientes com risco de vida imediato e que terão uma evolução favorável se os cuidados médicos forem iniciados imediatamente. Aqui também ficam os pacientes que necessitam de um transporte rápido até o hospital para serem estabilizados no centro cirúrgico.

Na área de **Prioridade AMARELA** ficam aquelas vítimas que necessitam de algum atendimento médico no local e posterior transporte hospitalar, porém que não estejam em risco de vida imediato.

Na área de **Prioridade VERDE** ficam as vítimas que apresentam pequenas lesões, geralmente estão sentadas ou andando, sem risco de vida e que podem ser avaliadas ambulatorialmente. Entretanto são os pacientes que causam mais problemas na cena do acidente, pois podem estar com dor e/ou em estado de choque e tendem a ser pouco cooperativos. Não entendem o fato de estarem agrupados numa certa área recebendo cuidados mínimos. É extremamente importante um apoio psicológico para manter essas vítimas nessa área, pois do contrário, elas tendem a deixar o local, indo sobrecarregar os hospitais mais próximos.

Nas áreas de **Prioridade PRETA** ficam as vítimas em óbito. Naquelas situações em que há um desequilíbrio entre os recursos médicos e o número de vítimas, todos os pacientes com traumatismos severos, com poucas chances de sobrevivência, também vão para essa área de prioridade.



Transporte

O Transporte das vítimas é feito de maneira organizada, a fim de que saiam da cena no veículo mais adequando às suas necessidades, rumo ao serviço de saúde definido pela regulação.

Para que seja possível na cena do acidente realizar essa abordagem de medicina de massa, que garanta triagem, tratamento e transporte, é necessário que haja:

Comando – Comunicação – Controle

Comando

É importante um Comando bem identificado, por meio de capacete, roupas diferenciadas, para que todos trabalhem sob um comando único, dessa maneira conseguindo a somatória dos esforços de cada um dos atores na cena do evento.

Deve haver um comando geral cuja constituição se dará conforme o tipo de evento: deve haver um comando médico para as atividades médicas, comando operacional de bombeiros para as atividades de salvamento, e quantos comandos forem necessários ao tipo de situação que se apresenta.

Comunicação

A Comunicação através de rádios, apitos e bandeirolas na cena do evento é importante, por permitir que as equipes mantenham contato entre os comandos e assim os recursos disponíveis sejam utilizados de maneira mais efetiva. A comunicação com a central de regulação é vital para que as necessidades na cena do

evento sejam atendidas pela regulação, bem como o encaminhamento das vítimas para a rede hospitalar. A comunicação organizada e formal junto à imprensa pode ser, inclusive, de grande valia para as vítimas venham a ser identificadas/localizadas por familiares.

Controle

O Controle da cena é vital para se evitar que o caos local seja transferido para o hospital mais próximo do evento. Com bom comando e uma boa comunicação pode-se controlar a cena do evento e assim realizar o melhor atendimento médico às vítimas.

O papel da regulação médica

Os acidentes com múltiplas vítimas exigem que a central de regulação, além de continuar atendendo as suas demandas diárias, esteja preparada para dar, subitamente, resposta a uma grande demanda.

Assim, é necessário um planejamento, para que haja recursos imediatamente disponíveis para serem acionados e utilizados nessas situações.

A central de regulação:

- Deve possuir os estudos de análise de risco da sua região e os planos de respostas nas situações de desastres e acidentes com múltiplas vítimas;
- Deve possuir um mapeamento dos serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel;
- Deve participar dos treinamentos dos protocolos adotados no serviço;
- Deve possuir detalhamento do quantitativo de unidades hospitalares públicas, privadas e conveniadas ao SUS, dos leitos hospitalares gerais, leitos de UTI, salas de cirurgia, dos recursos diagnósticos, das unidades não hospitalares que possam acolher urgências, bem como das equipes disponíveis nessas instituições a fim de definir a capacidade de atendimento;
- Deve existir um plano de acionamento das hierarquias do SAMU, dos hospitais e de todos os agentes públicos responsáveis pelas respostas aos acidentes com múltiplas vítimas;
- Deve possuir espaço e recursos para rapidamente ativar postos de trabalho;
- Deve prever a existência de uma área que possa ser utilizada para a instalação de comando ou célula de crise, a fim de que as necessidades vindas da cena do evento possam ter uma resposta qualificada e rápida.

Etapas da regulação nos acidentes com múltiplas vítimas

Podemos definir três etapas distintas da regulação médica frente aos acidentes com múltiplas vítimas:

1.ª Etapa: Estabelecimento do evento

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

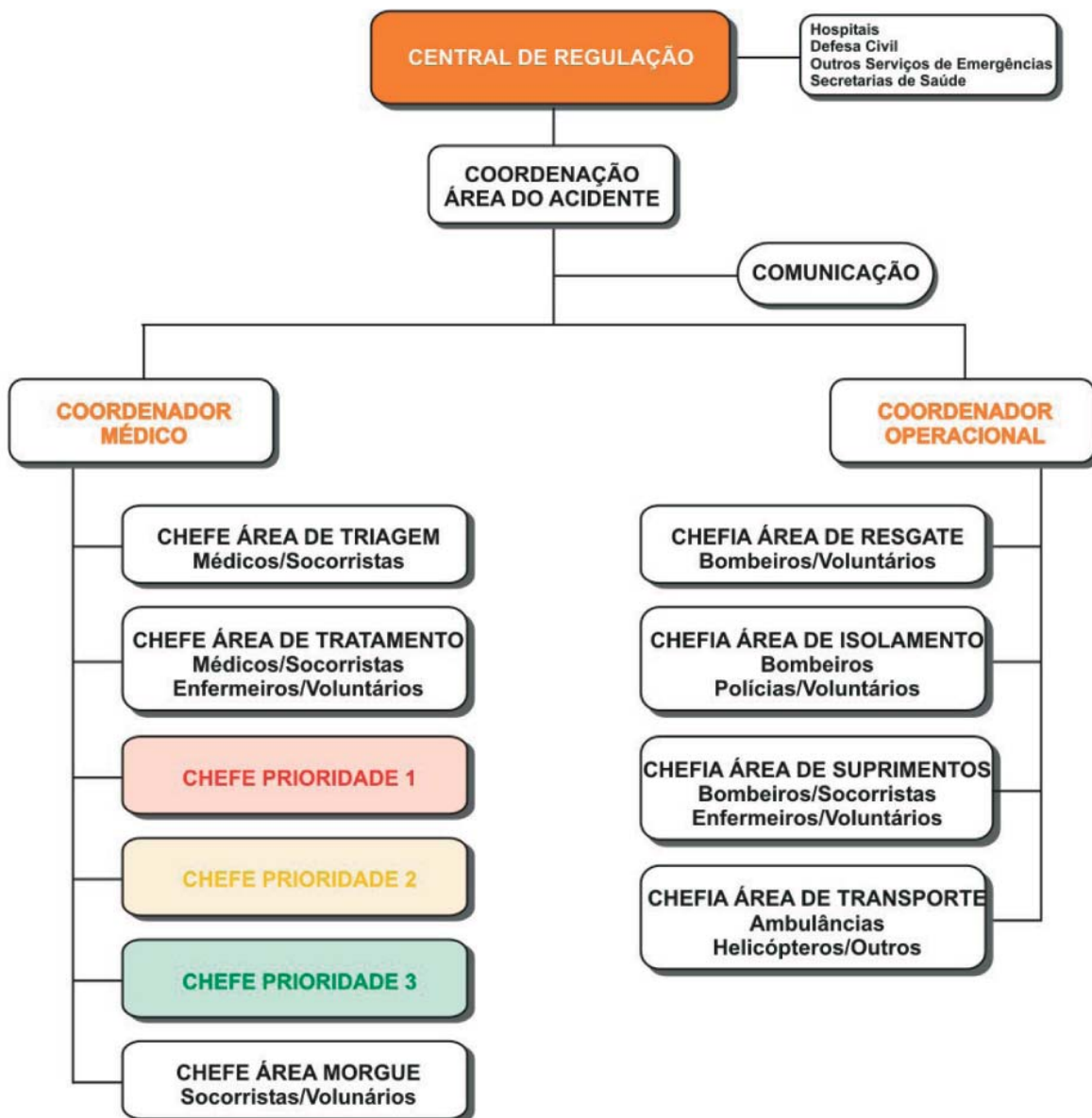
2.ª Etapa: Atendendo o evento

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

3.ª Etapa: Encerrando o evento

- Desmobilizar os recursos acionados que permaneceram em prontidão;
- Tabular os dados do evento com a localização adequada das vítimas;
- Fornecer os dados do evento (número de vítimas, gravidade, óbitos, encaminhamentos, equipes envolvidas, etc.) às autoridades competentes;
- Avaliar o impacto do evento na rede hospitalar;
- Avaliar a necessidade de transporte inter hospitalar;

- Avaliar as necessidades de garantia de acolhimento das situações cotidianas;
- Discutir as questões levantadas durante o evento;
- Propor as adequações necessárias.





Parte VI

As urgências e a política nacional de humanização – PNH

Marco teórico-político

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira - verificados especialmente ao longo das quase duas décadas convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens.

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade, por outro, a fragmentação dos processos de trabalho esgarça as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários. O trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção ficam fragilizados.

Para a construção de uma política de qualidade do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

Com a implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS, trabalhamos para consolidar quatro marcas específicas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;

3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

Estratégias gerais

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, difusão desta estratégia e principalmente a apropriação de seus resultados pela sociedade.

1. No eixo das instituições do SUS pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
2. No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
3. No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;
4. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade;
5. No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação;
6. No eixo da informação/comunicação, indica-se - por meio de ação de mídia e discurso social amplo - a inclusão da PNH no debate da saúde;
7. No eixo da gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

Diretrizes gerais para a implantação da PNH

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;

2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamento, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
5. Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
6. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.
7. Viabilizar a participação dos trabalhadores na gestão das unidades de saúde através de colegiados gestores;
8. Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
9. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

Na atenção básica

- Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
- Incentivo às práticas promocionais da saúde;
- Buscar formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e a garantia do acesso aos demais níveis do sistema.

Nos serviços pré-hospitalares e hospitalares de urgência

- Acolher a demanda e classificar as necessidades através de avaliação de riscos, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de atenção e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários;

- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus motivos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e fornecer as respostas mais adequadas a cada usuário. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da atenção e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

- ora a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ora a uma ação de triagem administrativa e concessão de encaminhamentos para serviços especializados, o que reafirma, na maior parte das vezes, práticas de exclusão social, na medida em que “são escolhidos” os que devem ser atendidos.

As duas noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, acabam por se restringir a ações pontuais, isoladas e descomprometidas em relação aos processos de responsabilização e produção de vínculo. Nestas definições tradicionais de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica essa que tem produzido baixo estímulo dos profissionais, menor qualificação técnica pela falta de inserção do conjunto de profissionais e a não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Acresce-se a isso a não articulação entre as redes de atenção de diferentes níveis de complexidade, o que inviabiliza o encaminhamento dos usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado.

O que vemos é que este modo de operar o cotidiano tem produzido sofrimento e baixa na qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. A reversão desse processo nos convoca ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, onde o compromisso singular com os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, esteja no centro desse processo. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento onde “eu me reinvento inventando-me com o outro”.

O acolhimento como estratégia de interferência nos processo de trabalho

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- Uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas dos usuário;
- Elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado;
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode, também, garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- Uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos;
- Construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

- Acolher com a intenção de desenvolver os problemas de saúde das pessoas que procuram a unidade por demanda espontânea. Um profissional da equipe técnica deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário e se responsabilizar por dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nessa proposta de funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras opções que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:
 - A adequação da área física;
 - As formas de organização dos serviços de saúde;
 - A governabilidade das equipes locais;
 - Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde;
 - O ato da escuta e a produção de vínculo;
 - O compartilhamento do conhecimento ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e a sua rede social também devem ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade.

Vejamos a história de A., de 15 anos: ela chega a uma unidade de saúde andando, trajando uniforme escolar, sozinha, e dirige-se à recepção, onde o processo de acolhimento se faz à maneira tradicional, por meio de triagem burocrática, sem sistematização de classificação de risco, mediante protocolo estabelecido. A. está visivelmente angustuada e relata muita dor na barriga. A profissional da recepção avalia que ela pode ficar na fila e, depois de 35 minutos esperando, A. volta à recepção dizendo que a dor está aumentando, mas é reconduzida a esperar a

sua vez na fila. Depois de 15 minutos A. cai no chão, é levada para o atendimento e morre por ter ingerido veneno de rato para interromper uma gravidez indesejada.

O que a história de A. nos indica é a urgência de reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde objetivando:

- A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada;
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- Mudança de objeto da doença para o doente (sujeito);
- Uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários nos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução;
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- A operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde e a elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo.

Importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização por aquilo que não é possível direcionar imediatamente, de maneira ética e resolutiva, com garantia de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos aparelhos de saúde podem demandar a necessidade de um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço de Pronto-Socorro, Ambulatórios de Especialidades, Centros de Saúde, etc., grupo este afeito às tecnologias relacionais, produção de grupalidades e produção e manipulação de banco de dados.

A tecnologia de **avaliação com classificação de risco** pressupõe a determinação de maior ou menor agilidade no atendimento, a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Alguns pontos críticos desse processo:

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.
- Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloca a perspectiva humana na integração entre profissionais de saúde e usuários.
- Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho de equipe, garantido o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.
- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos e adequar respostas à complexidade dos problemas trazidos pelos usuários. Além disso, potencializar o trabalho de profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria.
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos, de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

Acolhimento com classificação de risco

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos pronto-socorros, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, para que a assistência prestada esteja em acordo com os diferentes graus de necessidade ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

A disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na estrada; o contrário disto é uma hipertrofia neste serviço podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade. Desta forma a utilização da Avaliação/Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo).

O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com ampla divulgação aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistam, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.

Objetivos da classificação de risco

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento;
- Descongestionar o pronto-socorro;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme indicado em cada situação. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.;
- Informar os tempos de espera;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- Retornar informações a familiares.

Requisitos necessários à implantação da central de acolhimento e classificação de risco

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e de classificação de risco;
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;

- Quantificação dos atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico;
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
 - Área de Urgência
 - Área de Pronto Atendimento

Acolhimento e classificação de risco na atenção às urgências

A área de urgência, nessa lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, dessa forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

- Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências clínicas e traumáticas de maior gravidade/risco. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para outras áreas;
- Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semi-críticos já com terapêutica de estabilização iniciada;
- Área Verde – área destinada a pacientes não críticos em observação, aguardando vagas nas unidades de internação ou remoção para outros hospitais de retaguarda.

Pronto atendimento

- Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de média e baixa complexidade.

Processo de acolhimento e classificação de risco

O usuário ao procurar o pronto atendimento deverá direcionar-se à central de acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas dos usuários;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;

- Avaliação primária baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a classificação de risco pelo enfermeiro.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia e realização de eletrocardiograma, se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

VERMELHOS: prioridade zero – urgência de prioridade absoluta com necessidade de atendimento imediato.

AMARELOS: prioridade 1 – urgência de prioridade moderada, exige atendimento com o máximo de brevidade possível.

VERDES: prioridade 2 – urgência de prioridade baixa. Aqui se incluem alguns grupos prioritários como idosos, gestantes, crianças e outros.

AZUIS: prioridade 3 – urgência de prioridade mínima, quadros agudos ou crônicos agudizados de baixa complexidade - atendimento de acordo com a ordem de chegada.



Referências bibliográficas

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

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

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

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

_____. Decreto Legislativo n.º 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Lei Eloy Chaves. [S.l.: s.n.], 1923.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei n.º 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre Lei Orgânica da Previdência Social. *Diário Oficial da União*, [Rio de Janeiro], 5 set. 1960.

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

Referências Bibliográficas

_____. Ministério da Saúde. Portaria 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 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 urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 out. 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2072, de 30 de outubro de 2003. Institui o comitê gestor nacional de atenção às urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 out. 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU-192. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 dez. 2004a.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, em seu anexo I, a norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 814, de 4 de junho de 2001. Diretrizes da regulação médica das urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 04 jun. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 824, de 24 de junho de 1999. Aprova o texto de normatização de atendimento pré-hospitalar. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jun. 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.923, de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jun. 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.925, de 9 de junho de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jun. 1998c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. *Diário Oficial da União*, DF, 6 nov. 1996. p. 22932.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência À Saúde Noas-SUS 01/02. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 40, 28 de fev. 2002b. Seção 1.

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

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/Sus 01/91, constante do Anexo I, da presente resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jan. 1991. p. 641.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 267, de 11 de abril de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 2/91, constante do Anexo I da presente Reso-

lução, que disciplina e uniformiza o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de assistência à saúde pela secretaria de supervisão técnica dos serviços assistenciais e projeções nas coordenadorias regionais de cooperação técnica e controle. (Ementa elaborada pela Biblioteca/MS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 abr. 1991. p. 6815.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 356, de 22 de setembro de 2000. Estabelece, em seu anexo I, os recursos financeiros destinados à implementação do componente II do programa de humanização do pré natal e nascimento e, em seu anexo II, estabelece o conceito geral, os princípios básicos, diretrizes e competências das centrais de regulação obstétrica e neonatal a serem implantadas, nos seus respectivos âmbitos de atuação estadual, regional e municipal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 set. 2000.

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

_____. Presidência da República. Decreto n.º 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU, em Municípios e regiões do território nacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 abr. 2004c.

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

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

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

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

CONCLUSÕES e recomendações das II Jornadas de Emergência Médica de Lisboa (1990). [Lisboa: s.n.], 1990. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/artigos/dec_lisboa.htm>.

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

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.246, de 08 de Janeiro de 1988. Dispõe sobre o código de ética médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 1988.

_____. Resolução n.º 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 mar. 1995.

_____. Resolução n.º 1.529, de 28 de agosto de 1998. Normatiza a atenção médica na área da urgência e emergência na fase de atendimento pré-hospitalar - Revogada. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 04 set. 1998.

_____. Resolução n.º 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2002.

_____. Resolução n.º 1.671, de 9 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jul. 2003a.

_____. Resolução n.º 1.672, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jul. 2003b.

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

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

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

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

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

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

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

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS (RBCE). Curso de regulação médica de urgências. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA RBCE: Bases para uma

Referências Bibliográficas

Política Nacional de Atenção às Urgências, 4., 2000, Goiânia. [Anais...]. Goiânia, 2000.

_____. *Curso de regulação médica de urgências*. Natal, 2002. Apostila.

_____. Textos. In: BARBOSA, Z. *Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral às urgências em Campinas: Anexo*. 2001. Tese (Mestrado em Ciências Médicas)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual 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/SAA/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

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, março de 2005

OS 0113/2006