



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PROJETO IMPLANTAÇÃO DO SAMU
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO NORTE
RUE - RJ

MARÇO
2016



Governador Luiz Fernando de Souza (Pezão)

Vice-Governador Francisco Oswaldo Neves Dornelles

Secretário de Estado de Saúde Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior

Assessoria de Regionalização Monique Zita dos Santos Fazzi

Representante Nível Central SES/ RJ / Região Norte Maria de Fátima Cavaleiro

Coordenador Estadual de Urgência e Emergência Eduardo Lenini Santana

Secretário de Saúde de Campos dos Goytacazes Geraldo Augusto Pinto Venâncio

Secretária de Saúde de Carapebus Maria de Jesus Barboza Santos

Secretária de Saúde de Conceição de Macabu Karla Andrade Vecchi

Secretário de Saúde de Macaé Pedro Reis Pereira

Secretária de Saúde de Quissamã Simone Flores S. Oliveira Barros

Secretário de Saúde de São Fidélis Claudinei Bragança Rodrigues

Secretário de Saúde de São Francisco de Itabapoana Jayme Tinoco Netto

Secretária de Saúde de São João da Barra Denise Marília Esteves

GT de Urgência e Emergência da Região Norte / RJ:

Campos dos Goytacazes - Carlos Roberto Guerra Freitas

Carapebus - Luciana Bento

Conceição de Macabu - Ieda Afonso Rocha Danetra

Macaé - Luciano Ferreira Fernandes

Quissamã - Felipe Pena

São Fidélis - Marcélio de Araújo Pinto

São Francisco de Itabapoana – Jayme Tinoco Netto

São João da Barra - Cristiano Gonzaga Seixas Garcia

Secretaria Executiva / CIR – Geane Baptista

COSEMS / RJ - Apoiador Regional – D’Stefano Marcondes

Apoio Logístico – Natalia Machado da Cunha Martins

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SAMU – 192 NA REGIÃO NORTE/ R J

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO.....	pg. 05
II - CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE	pg. 07
III – O COMPONENTE SAMU E A CENTRAL DE REGULAÇÃO	pg. 08
IV- DETALHAMENTOS TÉCNICOS SAMU 192 REGIÃO NORTE - RIO DE JANEIRO	pg. 10
4.1 - Mapa da Região.....	pg. 11
V-PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DO SAMU	pg. 14
5.1 – Central de Regulação	pg. 14
5.2 – Dimensionamento do Número de Ambulâncias de Suporte Básico e Avançado.....	pg. 14
5.3 - Estratificação de Risco	pg. 16
5.4 –Equipes/Equipamentos	pg. 17
5.5 - Localização e Fluxo do Call Center	pg. 21
5.6 - Arquivamento Censitário, Estatísticas e Geo-Referenciamento	pg. 22
VI - INDICADORES DO SAMU	pg. 23
VII - CONTROLE DA FROTA	pg. 24
VIII - CONTROLE BIOLÓGICO	pg. 24
IX – FORMULÁRIOS	pg. 25
X – TREINAMENTOS	pg. 25
XI - ESTIMATIVA DE CUSTO	pg. 26
XII - RESULTADOS ESPERADOS.....	pg. 27
XIII - REFERÊNCIAS.....	pg. 28

I. INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), foi instituído como um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), através da Portaria GM/MS nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, sendo posteriormente reformulada pela Portaria GM/MS nº 1.600 em 07 de julho de 2011 que instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto a Portaria GM/MS nº 1.600 / 2011, define o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências (RUE), tendo como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido o agravamento à sua saúde, que possa levar a sofrimento ou até mesmo a morte e assim garantir o atendimento e o transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Com o objetivo de redefinir as diretrizes para implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação das Urgências, o Ministério da Saúde editou em 21 de maio de 2012 a Portaria GM/MS Nº 1.010, que além de definir o SAMU-192 como um componente móvel da Rede de Atenção às Urgências, tem como objetivo estender a sua cobertura de atendimento nos municípios e nas regiões de todo Território Nacional, pela necessidade de qualificação da atenção à Rede de Urgência e Emergência, estimulando assim o ganho de resolutividade.

O SAMU - 192 também pode ser considerado um serviço pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento hospitalar secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para continuidade do atendimento.

A Portaria GM/MS Nº 1.473 de 18 de julho de 2013, altera o artigo 12 da Portaria GM/MS Nº 1.010 de 21 de maio de 2011, redefinindo os parâmetros populacionais e os recursos financeiros a serem destinados ao financiamento dos componentes do SAMU-192 pelo Ministério da Saúde.

A implantação do Serviço de Atendimento Móvel da Urgência (SAMU-192), na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, tem como proposta a cobertura dos oitos (08) municípios, tendo o município de Campos dos Goytacazes como sede para instalação da Base Centralizada e da Central de Regulação Médica das Urgências.

MUNICÍPIO	HABITANTES
Campos dos Goytacazes	463.731
Carapebus	13.359
Conceição de Macabu	21.211
Macaé	206.728
Quissamã	20.242
São Fidélis	37.543
São Francisco de Itabapoana	41.354
São João da Barra	32.747
TOTAL	836.915

Fonte: IBGE 2010

II. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE

Localizada entre o Estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste, Serrana e Baixada Litorânea, a região Norte é formada por oito municípios e corresponde a 21% da área total do Estado do Rio de Janeiro. Somente o Município de Campos dos Goytacazes equivale a 44% da região. Seus municípios se localizam a distâncias consideráveis da capital do Estado, em especial São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

A Região Norte vem sendo impactado na última década pela atividade de extração de petróleo e gás natural na Bacia de Campos, sofrendo visível aumento demográfico (especialmente urbano). Os municípios de maior destaque quanto ao crescimento populacional foram Carapebus, Macaé e Quissamã. O Município de São João da Barra apresenta a terceira maior densidade demográfica da região e com a implantação de um porto marítimo de grande porte para processamento e exportação de minério de ferro (Porto do Açú), tende a se expandir pela atração de mão-de-obra e a dinamização do setor habitacional.

De acordo com a FIRJAN, estão previstos vários projetos de investimentos para a região como: Agro energética (álcool), Zona Especial de Negócios (ZEN), Projetos de Engenharia de Saneamento, Complexo Logístico e Industrial de Barra do Furado, Parque Eólico e Porto do Açú.

O PIB per capita em relação ao desempenho municipal em 2010, os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé mantiveram suas posições no ranking entre os cinco municípios destacaram-se na liderança das participações no PIB do Estado. O 2º maior PIB per capita é do Município de Quissamã seguido de São João da Barra e Carapebus que se destacam pela exploração do petróleo e gás natural. Encontram-se também na região Norte, o menor PIB per capita do estado localizado em Conceição de Macabu.

TERRITÓRIO	PIB per capita (R\$)
Estado	25.455
Campos dos Goytacazes	46.445
Carapebus	12.032
Conceição de Macabu	7.933
Macaé	48.568
Quissamã	125.713
São Fidélis	10.332
São Francisco de Itabapoana	11.848
São João da Barra	71.140

Fonte: IBGE, em parceria com o Órgão Estadual de Estatística e Secretaria Estadual de Governo.

III. O COMPONENTE SAMU E A CENTRAL DE REGULAÇÃO

É o componente da RUE, que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco – obstétrica, traumática e psiquiátrica mediante o envio de veículos tripulados por equipes capacitadas, acessada através do telefone 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

A Portaria GM/MS nº 2.657 de 15 de dezembro de 2004 estabeleceu as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU- 192. Nela a Regulação Médica é operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, como um processo de trabalho através do qual se garante atendimento do Médico Regulador, com o acolhimento a todos os pedidos de socorro solicitados a central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau de urgência de cada caso. De acordo com a gravidade, será desencadeada uma resposta 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 as grades de serviços pactuadas previamente e pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema.

As unidades móveis para o atendimento de urgência (os veículos) são do tipo **Ambulância** uma vez que são responsáveis pelo transporte ao enfermo. Os veículos podem ser classificados como:

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 necessidade de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço destino.

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

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para o 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.

Estes veículos se diferenciam de acordo com os materiais, medicamentos e equipamentos que a compõem, sendo as do tipo D e E necessários equipamentos mais complexos como: Ventiladores pulmonares, desfibriladores/cardioversores e medicamentos. A composição da equipe também dará de acordo com o tipo de veículo:

- **Ambulância do Tipo B – Unidade de Suporte Básico: 02 (dois) profissionais, sendo um o motorista e um técnico de enfermagem.**
- **Ambulância do Tipo D – Unidade de Suporte Avançado: 03 (três) profissionais, sendo um o motorista, um enfermeiro e um médico.**

- **Aeronaves: o atendimento feito pelas aeronaves deve ser sempre considerado como suporte avançado de vida.**

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que normatiza o SAMU - 192, existem também dois tipos de unidades:

- **Motolância – motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e**
- **Veículo de intervenção rápida (VIR) – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.**

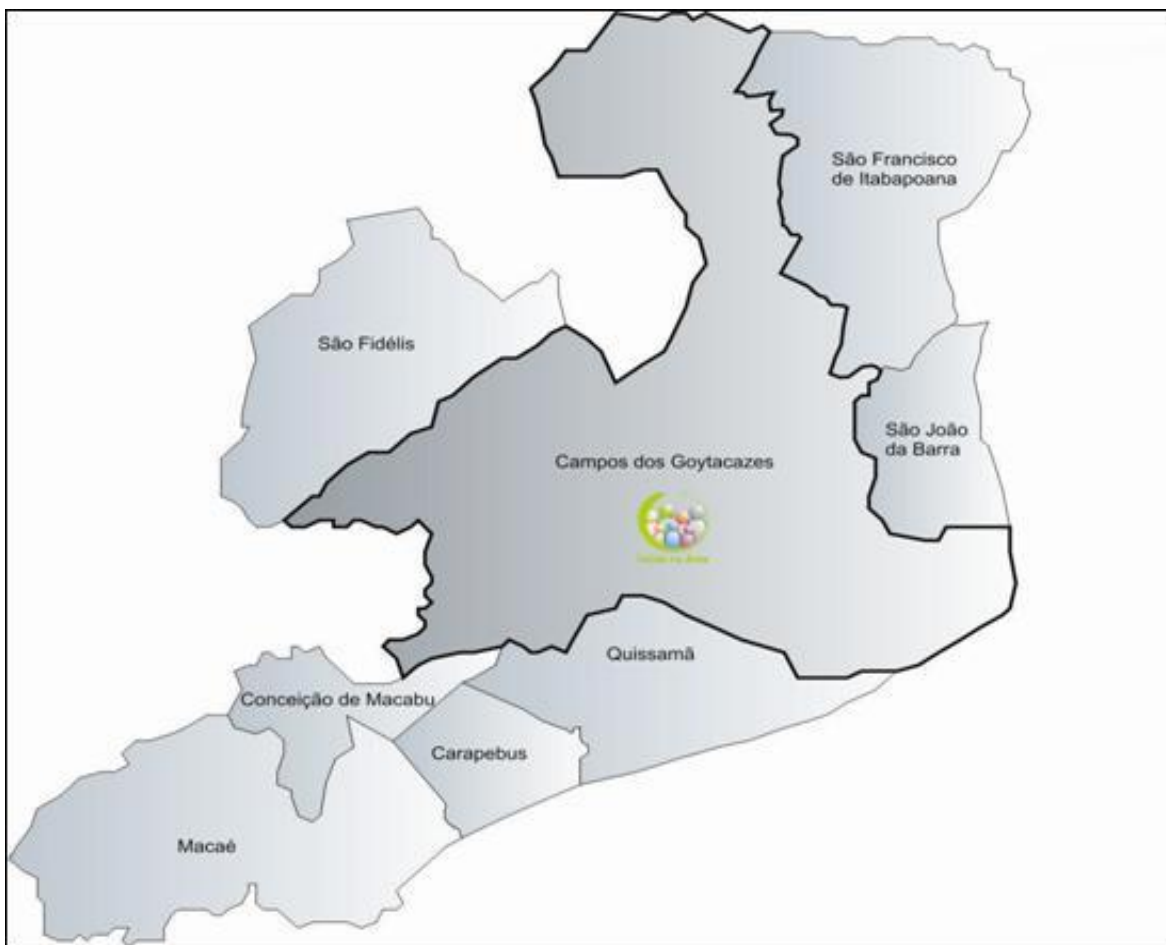
A Central de Regulação das Urgências é parte integrante do SAMU 192 e é definida pela Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, como um “estrutura física constituída por profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio operadores (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientações e/ou atendimento de urgência por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentre da Rede de Atenção à Saúde.

No desenho regional temos uma Base Centralizada onde será instalada a Central de Regulação das Urgências, o Núcleo de Educação Permanente, a Central de Insumos, além do Núcleo de Gestão. Temos também as Bases Descentralizadas distribuídas em cada território municipal e deve contar com uma infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 - Regional.

IV. DETALHAMENTOS TÉCNICOS SAMU 192 REGIÃO NORTE / RIO DE JANEIRO

A Região Norte do Estado do Rio de Janeiro é composta pelos municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra com um total de **836.915** habitantes, população esta estimada pelo IBGE para 2010.

4.1 – Mapa da Região



Localizada entre o Estado do Espírito Santo, Regiões Noroeste, Serrana e Baixada Litorânea, do Estado do Rio de Janeiro, a região Norte é formada por área correspondente a 21% do território do Rio de Janeiro. Somente o município de Campos dos Goytacazes equivale a 44% da região.

Seus municípios se localizam a distâncias consideráveis da capital do Estado, em especial São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

Tem como principal via de acesso e tráfego a BR-101 que corta toda região e é responsável por todo transporte de cargas além dos veículos de serviços e passeio que transitam entre as regiões sul, sudeste e nordeste do país.

Área e dados populacionais– RJ, 2012.

REGIÕES/ESTADO	Área (km²)	% da área em relação à região	População (mil habitantes)	% da população na região	Densidade Demográfica (hab/km²)
Norte	9.220,8	21,06	859.677	5,30	93,23
Campos dos Goytacazes	4.026,70	43.67	472.300	2,91	117,29
Carapebus	308,10	3.34	14.024	0,09	45,52
Conceição de Macabu	347,30	3.77	21.613	0,13	62,23
Macaé	1.216,80	13.20	217.951	1,34	179,12
Quissamã	712,90	7.73	21.234	0,13	29,79
São Fidélis	1.031,60	11.19	37.657	0,23	36,50
São Francisco de Itabapoana	1.122,40	12.17	41.386	0,25	36,87
São João da Barra	455,00	4.93	33.512	0,21	73,65
Estado	43.779,8	-	16.231.365	-	370,75

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010, resultados do universo, e Estimativas populacionais 2012.

A Região vem recebendo um incremento significativo de novos veículos que aliado a falta de planejamento urbanístico, precária disponibilidade de transporte coletivo e alternativo e diminuição de profissionais responsáveis pelas fiscalizações das rodovias, está levando a um trânsito mais violento e com congestionamentos.

O número de acidentes vem aumentando, mas segundo um estudo realizado na região o município de Macaé, de 2006 - 2010, mostra que esses números não foram superados pelas mortes violentas (homicídio doloso, latrocínio e confronto com a polícia).

Para análise do tempo resposta sobre o acesso as unidades hospitalares ou postos de urgência 24h da região, apresentamos as distâncias e o tempo gasto de deslocamento entre os municípios.

Distância entre os municípios da Região Norte

	CAMPOS	CARAPEBUS	C.MACABU	MACAÉ	QUISSAMÃ	S.FIDÉLIS	S.F.ITAB.	S.J.BARRA
CAMPOS	0	86,6Km 1h8m	83,9Km 1h8min	104Km 1h25min	77,1Km 1h3min	50,9Km 44min	56,7Km 54min	45,1Km 46min
CARAPEBUS	86,6Km 1h8m	0	28,2Km 27min	28Km 28min	17,1Km 17min	138Km 1h57min	145Km 2h8min	131Km 1h55min
C.MACABU	83,9Km 1h8min	28,2Km 27min	0	47Km 45min	37Km 32min	134Km 1h51min	140Km 2h2min	127Km /1h49min
MACAÉ	104Km 1h25min	28Km 28min	47Km 45min	0	44,7Km 44min	155Km 2h11min	163Km 2h22min	148km 2h9min
QUISSAMÃ	77,1Km 1h3min	17,1Km 17min	37Km 32min	44,7Km 44min	0	127Km 1h45min	134Km 1h57min	120Km 1h44min
S.FIDÉLIS	50,9Km 44min	138Km 1h57min	134Km 1h51min	155Km 2h11min	127Km 1h45min	0	108Km 1h38min	98,2Km 1h29min
S.F.ITAB.	56/7Km 54min	145Km 2h8min	140Km 2h2min	163Km 2h22min	134Km 1h57min	108Km 1h38min	0	102Km 1h41min
S.J.BARRA	45,1Km 46min	131Km 1h55min	127Km 1h49min	148km 2h9min	120Km 1h44min	98,2Km 1h29min	102Km 1h41min	0

Fonte: Google maps.

V. PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DO SAMU

5.1 - CENTRAL DE REGULAÇÃO

A Central de Regulação Médica das Urgências será instalada no município de Campos dos Goytacazes, anexo ao Hospital Geral de Guarus, localizada na Avenida Senador José Carlos Pereira Pinto, 400 - Parque Guarus - Campos dos Goytacazes - RJ, CEP - 28080-790.

O processo de regulação das urgências, corporificado em políticas públicas como mecanismo de organização da assistência, com vistas a desconcentrar a atenção efetuada pelos pontos de atenção de urgência, para tanto, deverão ser formalizados os critérios mínimos de acesso para o efetivo funcionamento da central:

- ✓ Definição das Portas de Entrada;
- ✓ Definição do Fluxo;
- ✓ Estabelecimento de Protocolos Operacionais;
- ✓ Estabelecimento de Protocolos Clínicos;
- ✓ Formação de juntas reguladoras e /ou autorizativas.

5.2 - DIMENSIONAMENTO DO NÚMERO DE AMBULÂNCIAS DE SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO

Considerando que a Região Norte do Estado do Rio de Janeiro possui 08 municípios com grande extensão territorial com uma população de **836.915** habitantes com base no censo IBGE 2010, além de estarem às margens da BR 101 com altos índices de acidentes de trânsito e considerando também os índices de mortalidade da região por doenças cardiovasculares e causas externas que segundo protocolos internacionais deve-se realizar atendimento e chegada até o ponto de atenção na primeira hora ouro, justifica-se a necessidade de 06 (seis) unidades de Suporte Avançado - USA e 16 (dezesesseis) Unidades de

Suporte Básico – USB para o atendimento pré-hospitalar móvel da região (conforme descrito nas tabelas 1 e 2 abaixo). Vale ressaltar que apenas Campos do Goytacazes e Macaé possuem Portas de Entrada financiadas na RUE e os demais municípios não possuem estruturas adequadas no suporte avançado, justificando a colocação destes veículos em regiões estratégicas.

Tabela 01 - Número e Tipo de Viaturas por Município

Município	Tipo de Viatura	Quantidades
Campos dos Goytacazes	Avançada	03
	Básica	04
Conceição de Macabu	Básica	01
Carapebus	Básica	01
Macaé	Avançada	02
	Básica	03
Quissamã	Básica	01
São Fidélis	Básica	01
São Francisco do	Básica	01
Itabapoana	Avançada	01
São João da Barra	Básica	01
	Avançada	01

Tabela 02 - Total de Viaturas

Tipo	Quantidade
Básicas	13
Avançadas	07
Veículo de Supervisão	02
Total	22

As Unidades de Suporte Avançado de Vida, pela divisão estratégica e pela proximidade regional dos municípios, ficou definido que o município de **Campos dos Goytacazes**, ficará responsável pelo Município de São Fidelis e o município de **Macaé** pelos Municípios de Conceição de Macabu, Quissamã e Carapebus.

Os Municípios de São Francisco de Itabapoana e São João da Barra devido a distancia dos municípios de referência e por se tratar de região litorânea com alto fluxo de visitantes nos finais de semana, feriados e principalmente durante o verão, também contarão cada um com uma Unidade de Suporte Avançado de Vida, dentro da lógica do tempo resposta de qualidade ao atendimento da urgência.

5.3 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Determina a prioridade de despacho das urgências. Essa classificação é obtida com base na anamnese iniciada pela ligação telefônica. A seguir, exemplos de situações que pontuam a escala:

VERMELHO – Situações de iminente risco de vida, que necessitam de imediata intervenção. Inconsciência, dor torácica acompanhada de irradiação para membros superiores, sudorese profusa e perda da consciência, hemiplegia, sangramentos, fraturas expostas, colisão de automóveis, queda de moto, cianose central, etc.

AMARELO – Situações com potencial risco de vida associado. Cefaléia intensa, crise convulsiva, trabalho de parto, dispnéia, hipertensão, etc.

VERDE – Situações sem risco iminente de vida associados. Queda da própria altura, vômitos, febre, feridas corto-contusas superficiais.

PRETA ou CINZA – Paciente já em óbito, saída da viatura avançada para constatação de óbito.

As estratificações de risco tem início, no atendimento de telemarketing, quando são identificados os sintomas que se encaixam nessa perspectiva. A seguir, são confirmados, ou não, pelo médico que realiza a segunda etapa da triagem.

5.4 - EQUIPES NECESSÁRIAS – HIERARQUIZAÇÃO E EQUIPAMENTOS

Conforme Portaria GM/MS 1.010 de 21 de maio de 2012, a Central de Regulação Médica das Urgências contará com o quantitativo de Médicos Reguladores, telefonistas auxiliares de Regulação médica e Rádio operadores, funcionando 24h por dia.

As unidades de Suporte Básico serão tripuladas por no mínimo dois profissionais, um condutor e um técnico de enfermagem, 24 horas por dia e as Unidades de Suporte Avançado serão tripulados por no mínimo 03 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico.

Haverá também um Coordenador Geral, um Coordenador Médico e um de Enfermagem, conforme a portaria GM/MS Nº 1.010 / 2012, e ainda alguns colaboradores administrativos que atuarão na farmácia, na supervisão da frota, setor de recursos humanos, setor de tecnologia, compras e outros que forem necessários ao funcionamento do SAMU 192.

O número de profissionais envolvidos depende diretamente da escala patrocinada pelo empregador. Porém, em se tratando de serviço de urgência, com características próprias, como mobilidade, pronto emprego, e possibilidade de atendimentos sequenciais por todo o período trabalhado, sugerimos a seguinte escala conforme Tabela 3 e 4. Considerando os equipamentos e insumos necessários, descrevemos na Tabela 5 alguns itens obrigatórios.

Tabela 3 - Postos, escalas e sumário das funções

POSTO	ESCALA	OBSERVAÇÕES
Condutor	12 x 36 h	Segundo Grau Completo e Habilitação Categoria D ou E
Auxiliar Administrativo	40 h semanais	Ensino Médio Completo
Telefonistas	40 h semanais	Ensino Médio Completo, experiência na área

Rádio Operadores	40 h semanais	Ensino Médio Completo, experiência na área
Técnico de Enfermagem / Resgatista	12 x 60 h	Curso de técnico de enfermagem, experiência na área de Urgência e Emergência
Digitadores	40 h semanais	Ensino Médio Completo, experiência na área
Médico Socorrista	24 h semanais	Socorro + atuação junto às ambulâncias básicas quando solicitado (remoto ou presencial)
Médico Regulador	12 h semanais	Além de atuar como regulador, atua na retaguarda do telemarketing
Enfermeiro	12x60hs	
Supervisor de Enfermagem	40 horas	Supervisão, fomento das escalas, acompanhamento do atendimento no call Center e das viaturas. Regional Campos e Macaé. Responsável junto ao COREN.
Coordenador Médico	40 horas	Coordenação, fomento das escalas, acompanhamento do atendimento no call Center e das viaturas. Regional Campos e Macaé. Responsável junto ao CREMERJ.
Despachante de Frota	12 x 36 h	Plantão no Call Center. Determina e acompanha a execução das saídas.
Almoxarife	40 h	Controle do Estoque das Bases Supridoras e das Viaturas
Coordenador Geral	40 h	Gerência geral de toda a operação.

Tabela 4 - Profissionais Envolvidos

POSTO	QUANTIDADES
AuxiliarAdministrativo	02
Condutor	65
Técnico de Enfermagem/ Resgatista	64
MédicoSocorrista	14
MédicoRegulador	28
Atendente de Telemarketing	24
Supervisor de Enfermagem	02
CoordenadorMédico	01
Despachante de Frota	04
Almoxarife	01
Digitadores	02
CoordenadorGeral	01
CoordenadorAdministrativo	01
Coordenador de Enfermagem	01

Observações:

- **Despachantes de frota, Técnicos, Atendentes, Digitadores e Almoxarife:** 2º Grau completo;
- **Condutor:** Segundo Grau Completo com formação como socorrista e Habilitação Categoria D ou E;
- **Coordenador Geral:** Curso Superior Completo com Especialização em Gestão;
- **Coordenador Médico:** Curso Superior de Medicina com Especialização em Emergencista;
- **Coordenador de Enfermagem:** Curso Superior de Enfermagem com Especialização em Emergência;
- **Coordenador Administrativo:** Curso Superior de Administração com Especialização;

- **Médico:** Curso Superior de Medicina com Especialização em Emergência;
- **Enfermeiro:** Curso Superior em Enfermagem com Especialização em Emergência;
- **Farmacêutico:** Curso Superior em Farmácia.

Tabela 5 – Ambulâncias - Equipamentos Necessários para a Operação

Equipamento	Ambulância Básica	Ambulância Avançada
Acessórios para punção venosa	Sim	Sim
Aspirador	Sim	Sim
Cânula de Guedel	Sim	Sim
Cardioversor Bifásico	Não	Sim
“Cobre corpo”	Sim	Sim
Colar cervical PP/P/M/G/GG	Sim	Sim
DEA	Sim	Não
Extintor de Incêndio AP	Sim	Sim
Extintor de Incêndio CO2	Sim	Sim
Glicosímetro	Sim	Sim
KED – Kendrick Extrication Device	Sim	Sim
Kit de Imobilizadores	Sim	Sim
Lanterna	Sim	Sim
Laringoscópio	Não	Sim
Máscara de Hudson	Sim	Sim
Medicamentos endovenosos	Não	Sim
Medicamentos orais	Sim	Sim
Nebulizador	Não	Sim
Equipamento	Ambulância Básica	Ambulância Avançada
Oxímetro portátil	Sim	Sim
Prancha longa (par)	Sim	Sim

Reanimador manual adulto (AMBÚ)	Sim	Sim
Reanimador manual pediátrico (AMBÚ)	Sim	Sim
Soluções parenterais fisiológicas	Sim	Sim
Tubos orotraqueais	Não	Sim
Respirador de transporte	Não	Sim
Insumos para curativos	Sim	Sim
Esfigmomanômetro e Estetoscópio	Sim	Sim

5.5- LOCALIZAÇÃO E FLUXO DO CALL CENTER

Por razões de praticidade, menor alocação de recursos, treinamento de pessoal e melhor desempenho de trabalho recomenda-se a instalação do serviço em local que já atue com teleatendimento. Seguem abaixo o passo a passo do atendimento.

Passos do atendimento:

1º. Passo: Solicitação do Serviço

2º. Passo: Identificação correta do usuário (nome, endereço, telefone para confirmação, referências geográficas e de outros logradouros próximos – como pontos comerciais, acidentes geográficos, estradas, ruas e outras).

3º. Passo: Identificação da palavra/expressão chave deflagradora da primeira estratificação de risco.

4º. Passo: Triage médica. Anamnese, orientações e possível solução para os problemas apresentados. Em caso afirmativo, encerra-se o atendimento e o evento. Em caso negativo, aciona-se o passo seguinte: despacho de urgência.

5º. Passo: Cabe ao operador de frota os seguintes passos: localizar a viatura disponível para o local do chamado. Em caso da viatura que cobre a área estar ocupada, acionar a mais próxima. Também cabe ao operador de frota retornar a ligação ao solicitante, para nova confirmação dos dados e comunicar o tempo estimado de chegada da equipe.

6º. Passo: As equipes básicas relatam aos médicos reguladores a situação visualizada *in loco*, e se há possibilidade de solução local. Em caso de negativa, indicam o hospital mais próximo e comunicam com antecedência a chegada do paciente e a natureza do evento. A ambulância avançada indica ao médico regulador ou ao operador de frota o destino do paciente. Em caso de haver necessidade de remoção para o hospital, a retaguarda operacional (i.e., médico regulador ou operador) faz o contato avisando sua chegada.

7º. Passo: A central é avisada do desfecho, indicando o horário da finalização e o destino do paciente.

5.6 - ARQUIVAMENTO CENSITÁRIO, ESTATÍSTICAS E GEO-REFERENCIAMENTO

Umas das premissas mais importantes de atendimento pré-hospitalar móvel é arquivamento censitário. Trata-se da digitalização e processamento de 100% dos dados obtidos com os atendimentos. Obtidos dos relatórios do tele-atendimento e do preenchimento dos boletins de atendimentos pré-hospitalares. Permite a contínua avaliação das equipes envolvidas. Exemplos de tópicos de avaliação:

- Tempo resposta: do acionamento à chegada ao ponto de chamado.
- Tempo de permanência das equipes no hospital.
- Dias de maiores conflitos no recebimento dos pacientes na rede referenciada.
- Comparação entre a estratificação e o real percebido pelos colaboradores na cena de atendimento.
- Material consumido.
- Volume de chamadas telefônicas.

- Percentual chamados que resultam em saídas de viaturas
- Áreas, locais e horários de maior volume de chamados, confrontado com os logradouros.
- Índice de óbitos por chamados totais.

VI. INDICADORES DO SAMU

Serão atribuídas Metas e Indicadores a serem utilizados no Planejamento e execução das ações através de relatórios, instrumentos de atendimentos e outros integrantes do SAMU - 192.

- I - O número geral de ocorrências atendidas no período;
- II - O tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
- III - A identificação dos motivos dos chamados;
- IV- O quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);
- V – A localização das ocorrências;
- VI – A idade e sexo dos pacientes atendidos;
- VII - A identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- VIII- A identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e
- IX –Os pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

O Geo-referenciamento consiste em confrontar os dados de eventos de causa violenta, com logradouros públicos, via urbanas, horários dos eventos e dias da semana dos chamados mais frequentes.

VII. CONTROLE DA FROTA

Utilização de rastreadores com tecnologia de GPS / Mobile Tracker, em todas as viaturas, como ferramenta de controle e administração.

Dão maior agilidade, pois permitem identificar em tempo real a localização das viaturas. Forma de evitar deslocamentos desnecessários e permitem às equipes que estão na rua chegar ao local que eventualmente procuram, e tem dificuldade em localizar.

A cada troca de turno, deve haver comunicação à central de operações, com as seguintes informações:

- Membros da equipe que assume o serviço, com nomes completos, RG ou matrícula.
- Numero da Viatura.
- Quilometragem.
- Quantidade de combustível existente.
- Principais alterações mecânicas, nas funções e no casco.
- Status de funcionamento dos equipamentos.

VIII. CONTROLE BIOLÓGICO

É mandatória a rotina periódica de desinfecção, troca de materiais como circuitos respiratórios e reanimadores. Sempre que utilizados e mesmo quando não foram usados.

Assim como a lavagem diária do interior e do exterior da ambulância e a desinfecção.

IX. FORMULÁRIOS

Serão desenvolvidos formulários técnicos que registrem todas as atividades operacionais das equipes do SAMU, visando um maior controle e futuros relatórios conforme previsto abaixo:

- Registro de atendimento pré-hospitalar.
- Cautela de Valores.
- Prescrição de psicotrópicos.
- Talões de abastecimento.
- Receituários.

X. TREINAMENTO

O treinamento das equipes é a ferramenta fundamental para o sucesso da operação.

- ✓ PHTLS (ou similar) para as equipes básicas e avançadas.
 - ✓ ATLS (ou similar) para os médicos.
 - ✓ Humanização das relações no trabalho e no atendimento ao público, para todos.
 - ✓ Manuseio de vias aérea difícil para médicos.
- Todas as equipes devem receber telefone funcional da coordenação, com todos os telefones funcionais gravados na sua memória.
 - Cada equipe deve ter um líder, ao qual cabe a responsabilidade do dia de trabalho.
 - Não são permitidos deslocamentos sem prévia comunicação e autorização da central.
 - Todos são obrigados a manter constantemente informados números de contato particulares (para uso durante os plantões, em caso de falha na rede de comunicação fornecida).
 - As intercorrências devem ser imediatamente informadas ao controle de operações.

XI. ESTIMATIVA DE CUSTO

a. INVESTIMENTO

Existe uma previsão de custos para a reforma e adequação física, da Base Centralizada, visando a implantação do SAMU 192 na região Norte do Estado do Rio de Janeiro, além dos custos de elaboração do projeto arquitetônico com seus complementares, aquisição de equipamentos para a Central de Regulação, da farmácia central e satélites, equipamentos para o Núcleo de Educação Permanente, da sala das coordenações e dos demais setores como cozinha, repouso e vestiários dos funcionários entre outros necessários ao pleno desenvolvimento das atividades.

O Ministério da Saúde, segundo a Portaria GM/MS 1.473 de 18 de julho de 2013, repassará R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais) para a construção / reforma da Central de Regulação Médicas das Urgências e R\$ 140.060,21 (cento e quarenta mil sessenta reais e vinte e um centavos), para a aquisição de materiais, mobiliários e equipamentos de tecnologia de rede de informática, totalizando um valor para investimentos na ordem de R\$ 490.060,21 (quatrocentos e noventa mil sessenta reais e vinte e um centavos).

O custo de investimento de cada base descentralizada será de responsabilidade de cada município no qual a mesma será instalada.

b. CUSTEIO MENSAL

O Ministério da Saúde repassará, após a habilitação do serviço, o valor de R\$ 89.600,00 (oitenta e nove mil e seiscentos reais) destinados à Central de Regulação, R\$ 38.500,00 (trinta e oito mil e quinhentos reais) por cada Unidade de Suporte Avançado e R\$ 13.125,00 (treze mil cento e vinte e cinco reais) por cada Unidade de Suporte Básico, totalizando R\$ 530.600,00 (quinhentos e cinquenta mil e seiscentos reais), conforme prevê a Portaria GM/MS Nº 1.473/2013.

O custeio do funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel da Urgência (SAMU 192) na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, além da parcela federal custeada pelo Ministério da Saúde com base nas portarias existentes e da parcela estadual a ser definida, haverá também a contra partida municipal de forma ***per capita*** regional e calculada para cada município participante conforme sua população, tendo como proposta a gestão ser coordenada e realizada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde.

O custo de instalação e manutenção das bases descentralizadas serão de responsabilidade de cada município no qual será instalada.

XII. RESULTADOS ESPERADOS

- ❖ Atender 100% dos chamados de urgência pré-hospitalar móvel originados da população da área de atuação do Serviço;
- ❖ Realizar atendimento pré-hospitalar móvel de urgência no menor tempo possível e com a qualidade para aumentar a sobrevida do paciente após agravo a sua saúde reduzindo o índice de sequelas e mortalidade;
- ❖ Encaminhar 100% dos pacientes de urgência para local adequado e transferir o paciente quando houver necessidade de uma instituição de menor complexidade para uma de maior complexidade (conforme pactuações);
- ❖ Perfilizar e pactuar 100% dos Hospitais e Pronto Atendimentos para recebimento de pacientes de urgência;
- ❖ Reduzir o percentual de Morbi-mortalidade na região, principalmente nas doenças cerebrovasculares, cardíacas e devidas ao Trauma.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, 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, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001. Define a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade/acidentes. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1, p. 1-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 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.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.473 de 18 de julho de 2013. Altera o Artigo 12 da Portaria GM/MS n. 1.010 de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências.