

PROJETO IMPLANTAÇÃO DO SAMU REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA - RJ

Documento elaborado pelo GT Urgência e Emergência da CIR/BL

GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

SMS Araruama: Ana Paula Bragança Correa

SMS Armação dos Búzios: Leônidas Heringer Fernandes

SMS Arraial do Cabo: Jorge Luiz Diniz Moura Filho

SMS Cabo Frio: Erika Silva Borges

SMS Casimiro de Abreu: Ronaldo Steele

SMS Iguaba Grande: Valdeci Pereira da Silva Junior

SMS Rio das Ostras: Denilson Santa Rosa

SMS São Pedro da Aldeia: Maria Marcia Sampaio Fontes

SMS Saquarema: João Alberto Teixeira de Oliveira

INTEGRANTES DO GT DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA :

Araruama: Titular: Marcelli Jardim Araujo Lima

Suplente: Maxwel Sócrates dos Santos Barbosa

Armação dos Búzios: Titular: Priscila Gasparetto Alves

Suplente: Bárbara Rocha dos Santos Nonato

Arraial do Cabo: Titular: Willian Policiano Peres Soares (Conductor GT RUE)

Suplente: Elenice da Silva Marinho Souza

Cabo Frio: Titular: Priscila Mendonça de Oliveira Dantas

Suplente: Graziela Fantinelli

Casimiro de Abreu: Titular: Ellis Marchon Saezedas Pereira Araújo

Suplente: Luana da Silva Souza

Iguaba Grande: Titular: Estefany Rodrigues Abreu

Suplente: Adonias Freitas dos Santos

Rio das Ostras: Titular: Luiz Eduardo Prado Lima

Suplente: Thainá Cristina Abreu Pinto de Almeida

São Pedro da Aldeia: Titular: Marcelo Almeida Fonseca

Suplente: Tatiane Ferreira da Silva Melo

Saquarema: Titular: Ralf Ribeiro

Suplente: Renata Lopes Natividade Japhet

Secretaria Executiva/CIR: Natália Dias da Costa Alves (Secretária Executiva)

Simone Machado de Azevedo (Assistente)

Anderson Ferreira Pereira (Assistente Adm de Saúde)

COSEMS / RJ: Suely Osório (Apoiador Regional)

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SAMU – 192 NA REGIÃO BAIXADA LITORÂNEA/RJ

SUMÁRIO

| | |
|--|--------|
| I - INTRODUÇÃO..... | pg. 05 |
| II - CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA | pg. 07 |
| III – O COMPONENTE SAMU E A CENTRAL DE REGULAÇÃO | pg. 10 |
| IV- DETALHAMENTOS TÉCNICOS SAMU 192 REGIÃO NORTE - RIO DE JANEIRO | pg. 12 |
| 4.1 - Mapa da Região..... | pg. 13 |
| V-PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DO SAMU | pg. 16 |
| 5.1 – Central de Regulação | pg. 16 |
| 5.2 – Dimensionamento do Número de Ambulâncias de Suporte Básico e Avançado..... | pg. 17 |
| 5.3 - Estratificação de Risco | pg. 18 |
| 5.4 –Equipes/Equipamentos | pg. 19 |
| 5.5 - Localização e Fluxo do Call Center | pg. 23 |
| 5.6 - Arquivamento Censitário, Estatísticas e Geo-Referenciamento | pg. 24 |
| VI - INDICADORES DO SAMU | pg. 25 |
| VII - CONTROLE DA FROTA | pg. 26 |
| VIII - CONTROLE BIOLÓGICO | pg. 26 |
| IX – FORMULÁRIOS | pg. 27 |
| X – TREINAMENTOS | pg. 27 |
| XI - ESTIMATIVA DE CUSTO | pg. 28 |
| XII - RESULTADOS ESPERADOS..... | pg. 29 |
| XIII - REFERÊNCIAS..... | pg. 30 |

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 agravo 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 da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro, tem como proposta a cobertura dos oitos (09) municípios, tendo o município de Arraial do Cabo como sede para instalação da Base Centralizada e da Central de Regulação Médica das Urgências.

| MUNICÍPIO | HABITANTES |
|----------------------------|-------------------|
| ARARUAMA | 124.940 |
| ARMAÇÃO DOS BÚZIOS | 30.199 |
| ARRAIAL DO CABO | 29.077 |
| CABO FRIO | 212.289 |
| CASIMIRO DE ABREU | 41.167 |
| IGUABA GRANDE | 26.430 |
| RIO DAS OSTRAS | 136.626 |
| SÃO PEDRO DA ALDEIA | 98.470 |
| SAQUAREMA | 83.750 |
| TOTAL | 784.423 |

Fonte: DATASUS, SISAGUA 2017

II. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA

Localizada entre as regiões Norte, Serrana e Metropolitana 2, a região da Baixada Litorânea é formada por nove municípios e corresponde a 6,2% da área total do Estado do Rio de Janeiro, sendo formada por municípios de acentuada vocação turística, atraindo nos meses de verão intensos fluxos populacionais. É formada pelos municípios: Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema.

Apresenta grandes áreas de baixada e restinga, compondo, no seu litoral, um conjunto formado por várias lagoas e grandes extensões das praias. Seu potencial turístico passou a ser mais intensamente explorado a partir de 1960, com o desenvolvimento da indústria automobilística no país. A abertura de novas estradas transformou a região num grande polo de atração de veranistas, constituindo-se num grande mercado imobiliário para uma demanda localizada principalmente na capital do Estado, o que se acentuou com a construção da Ponte Rio-Niterói.

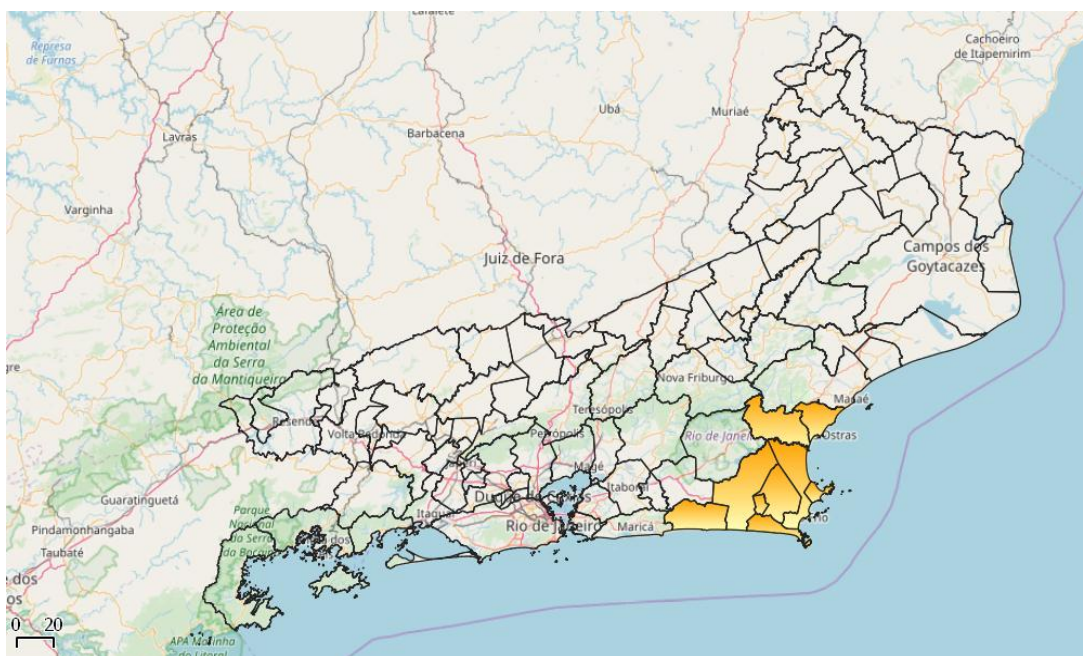


Figura 1: Localização da região da Baixada Litorânea no estado do Rio de Janeiro

Este impulso imobiliário provocou grandes transformações na região, que viu ampliar a sua malha urbana de forma excepcional nas últimas décadas, sem estar devidamente preparada para absorver os impactos desta expansão indiscriminada. Um dos efeitos mais visíveis desta carência de infraestrutura é a falta de água para abastecimento nos meses de verão e a existência de uma grande quantidade de valas negras decorrentes da disposição inadequada de esgotos.

Possui variedade na densidade demográfica, 87,38 hab./Km² em Casimiro de Abreu a 578,59 hab./Km² em Rio das Ostras. A região apresenta 284,81 hab./Km², sendo menor que a densidade demográfica do estado de 378,27 hab./Km². Entretanto, cinco dos nove municípios da Baixada Litorânea excedem a densidade demográfica líquida média do Estado (Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Iguaba Grande e Rio das Ostras).

TABELA 1 – RIO DE JANEIRO | BAIXADA LITORÂNEA
 FONTE: CENSO POR MUNICÍPIO - IBGE

| Município | Código | Gentílico | Prefeito | Área Territorial - km ² [2020] | População estimada - pessoas [2021] | Densidade demográfica - hab/km ² [2010] | Escolarização 6 a 14 anos - % [2010] | IDHM [2010] | Mortalidade infantil - óbitos por mil nascidos vivos [2019] | Receitas realizadas - R\$ (×1000) [2017] | Despesas empenhadas - R\$ (×1000) [2017] | PIB per capita - R\$ [2018] |
|---------------------|---------|--------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------|---|--|--|-----------------------------|
| Araruama | 3300209 | araruamense | LIVIA SOARES BELLO DA SILVA | 638,276 | 136109 | 175,55 | 98,3 | 0,718 | 13,03 | R\$ 319.409,47 | R\$ 300.538,07 | R\$ 20.480,15 |
| Armação dos Búzios | 3300233 | buziano | ALEXANDRE DE OLIVEIRA MARTINS | 70,977 | 35060 | 392,16 | 97,6 | 0,728 | 8,31 | R\$ 239.846,23 | R\$ 201.183,52 | R\$ 76.723,42 |
| Arraial do Cabo | 3300258 | cabista | MARCELO MAGNO FELIX DOS SANTOS | 152,106 | 30827 | 172,91 | 99,2 | 0,733 | 8,87 | R\$ 129.189,90 | R\$ 134.584,69 | R\$ 42.927,02 |
| Cabo Frio | 3300704 | cabo-friense | JOSÉ BONIFÁCIO FERREIRA NOVELLINO | 413,449 | 234077 | 453,75 | 96,9 | 0,735 | 15,09 | R\$ 822.362,48 | R\$ 818.453,97 | R\$ 49.297,56 |
| Casimiro de Abreu | 3301306 | casimireense | RAMON DIAS GIDALTE | 462,918 | 45864 | 76,71 | 98,5 | 0,726 | 6,85 | R\$ 238.054,07 | R\$ 197.770,71 | R\$ 50.532,71 |
| Iguaba Grande | 3301876 | iguabense | VANTOIL MEDEIROS MARTINS | 50,977 | 29344 | 439,91 | 98,1 | 0,761 | 19,18 | R\$ 96.566,77 | R\$ 97.610,62 | R\$ 17.622,80 |
| Rio das Ostras | 3304524 | rio ostrense | MARCELINO CARLOS DIAS BORBA | 228,044 | 159529 | 461,38 | 98,2 | 0,773 | 13,7 | R\$ 590.854,17 | R\$ 433.485,32 | R\$ 58.789,09 |
| São Pedro da Aldeia | 3305208 | aldeense | CARLOS FABIO DA SILVA | 332,488 | 107556 | 264,05 | 97,9 | 0,712 | 14,74 | R\$ 220.068,49 | R\$ 211.045,48 | R\$ 22.259,41 |
| Squarema | 3305505 | squaremense | MANOELA RAMOS DE SOUZA GOMES ALVES | 352,13 | 91938 | 209,96 | 96,3 | 0,709 | 7,99 | R\$ 302.249,54 | R\$ 247.728,14 | R\$ 35.244,56 |

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 DA BAIXADA LITORÂNEA / RIO DE JANEIRO

A Região da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro é composta pelos municípios de Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema com um total de **784.423** habitantes, população esta estimada pelo DATASUS 2017.

4.1 – Mapa da Região



Figura 2: Região da Baixada Litorânea

Localizada entre as regiões Norte, Serrana e Metropolitana 2, a região da Baixada Litorânea é formada por nove municípios e corresponde a 6,2% da área total do Estado do Rio de Janeiro, sendo formada pelos municípios de Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema. Seus municípios se localizam a distâncias consideráveis da capital do Estado.

Tem como principal via de acesso e tráfego a BR-101 e RJ-124 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.



Figura 3: Malha viária da Região da Baixada Litorânea – RJ

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.

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 da Baixada Litorânea

| | ARARUAMA | ARMAÇÃO DOS BÚZIOS | ARRAIAL DO CABO | CABO FRIO | CASIMIRO DE ABREU | IGUABA GRANDE | RIO DAS OSTRAS | SAQUAREMA | SÃO PEDRO DA ALDEIA |
|----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| ARARUAMA | 0 1h 37m | 62 km 1h 37m | 54 Km 1h 26m | 39 Km 1h 13m | 74 Km 1h 14m | 15 Km 30m | 65 Km 1h 40m | 16 km 16m | 28 km 34m |
| ARMAÇÃO DOS BÚZIOS | 62 km 1h 37m | 0 | 36 km 1h 13m | 23 km 48m | 73 km 1h 49m | 51 km 1h 3m | 44 km 1h 21m | 88 km 1h 35m | 31 km 57m |
| ARRAIAL DO CABO | 54 Km 1h 26m | 36 km 1h 13m | 0 | 13km 21m | 92km 1h 59m | 39 km 47m | 63 km 1h 32m | 55 km 1h 16m | 23 km 36m |
| CABO FRIO | 39 Km 1h 13m | 23 km 48m | 13km 21m | 0 | 83 km 1h 48m | 30 km 36m | 54 km 1h 21m | 66 km 1h 7m | 14 km 23m |
| CASIMIRO DE ABREU | 74 Km 1h 14m | 73 km 1h 49m | 92km 1h 59m | 83 km 1h 48m | 0 | 88 km 1h 39m | 33 km 45m | 92 km 1h 27m | 88 km 1h 39m |
| IGUABA GRANDE | 15 Km 30m | 51 km 1h 3m | 39 km 47m | 30 km 36m | 88 km 1h 39m | 0 | 55 km 1h 16m | 41 km 44 m | 17 km 26m |
| RIO DAS OSTRAS | 65 Km 1h 40m | 44 km 1h 21m | 63 km 1h 32m | 54 km 1h 21m | 33 km 45m | 55 km 1h 16m | 0 | 92 km 1h 53m | 45 km 1h 23m |
| SAQUAREMA | 16 km 16m | 88 km 1h 35m | 55 km 1h 16m | 66 km 1h 7m | 92 km 1h 27m | 41 km 44 m | 92 km 1h 53m | 0 | 54 km 59m |
| SÃO PEDRO DA ALDEIA | 28 km 34m | 31 km 57m | 23 km 36m | 14 km 23m | 88 km 1h 39m | 17 km 26m | 45 km 1h 23m | 54 km 59m | 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 Arraial do Cabo, localizada na Rua ...

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 da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro possui 09 municípios com grande extensão territorial com uma população de **784.423** habitantes com base no DATASUS 2017, além de estarem às margens da BR 101 e RJ 124, 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, justifica-se a necessidade de 03 (tres) unidades de Suporte Avançado - USA e 09 (nove) Unidades de Suporte Básico – USB para o atendimento pré-hospitalar móvel da região (conforme descrito nas tabela abaixo).

| Município | Central de Regulação Médica | Unidade de Suporte Básico | Unidade de Suporte Avançado |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Araruama | - | 01 | - |
| Armação de Búzios | - | 01 | - |
| Arraial do Cabo | 01 | 01 | - |
| Cabo Frio | - | 01 | - |
| Casimiro de Abreu | - | 01 | - |
| Iguaba Grande | - | 01 | - |
| Rio das Ostras | - | 01 | 01 |
| São Pedro da Aldeia | - | 01 | 01 |
| Squarema | - | 01 | 01 |
| Total | 01 | 09 | 03 |

As Unidades de Suporte Avançado de Vida, pela divisão estratégica e pela proximidade regional dos municípios, ficou definido que o município de **Rio das Ostras**, ficará responsável pelo Município de Casimiro de Abreu e Búzios, já o município de **São Pedro de Aldeia** ficará responsável pelos Municípios de Arraial do Cabo, Cabo Frio e Iguaba, e o município de **Squarema** ficará responsável pelos Municípios de Squarema e Araruama.

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, equipamentos e insumos necessários conforme as Tabelas abaixo.

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 |
|-----------------------------------|-------------|
| Auxiliar Administrativo | 02 |
| Condutor | 48 |
| Técnico de Enfermagem/ Resgatista | 54 |
| Enfermeiro | 18 |
| Médico Socorrista | 21 |
| Médico Regulador | 14 |
| Atendente de Telemarketing | 20 |
| Supervisor de Enfermagem | 01 |
| Coordenador Médico | 01 |
| Despachante de Frota | 04 |
| Almoxarife | 01 |
| Digitadores | 02 |
| Coordenador Geral | 01 |
| Coordenador Administrativo | 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 |
| “Cobrecorpo” | 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 |
| Mascara 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 orotraqueiais | Não | Sim |
| Respirador de transporte | Não | Sim |
| Insumos paracurativos | Sim | Sim |
| Esfígmomanômetro 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: Triagem 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

Um 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 da Baixada Litorânea 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, equipamentos para o Núcleo de Educação Permanente, da sala das coordenações e dos demais setores como cozinha, repousos e vestiários dos funcionários entre outros necessários ao pleno desenvolvimentos 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 da Baixada Litorânea 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.

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 sobrevivência 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.