

REGULAÇÃO MÉDICA
DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
MÉDICO DE URGÊNCIA
SAMU

1999

Brasil

Organizadores:

Miguel Martinez-Almoyna

Cesar Augusto Soares Nitschke

Dr. Miguel MARTINEZ ALMOYNA

Mestre de Conferências de Universidade

Delegado da Cooperação Internacional da Associação dos SAMU da França

Médico do SAMU de Paris. Serviço do Pr Pierre Carli Hospital Necker 149 rue de Sevres 75015 Paris França

Fone: (00)(33)(1) 44-49-23-23

Fax: (00)(33)(1) 44-49-24-24

Email: MmartinezAlmoyna.SAMU@invivo.edu

Dr. Cesar Augusto Soares Nitschke

Ex-Estagiário do SAMU de Paris e de Cergy-Pontoise

Ex-Estagiário dos Sauteurs Pompiers de Paris

Coordenador Estadual de Implantação do SAMU – Santa Catarina – Brasil

Médico do SAMU de Florianópolis

Fone: (00)(55)(48) 223-66-41 / 971-25-39 (prefixo 048 dentro do Brasil)

Fax: (00)(55)(48) 232-14-19 (prefixo 048 dentro do Brasil)

Email: nitschke@mbox1.ufsc.br

ÍNDICE

COLABORADORES	I
AUTORES	II
PREFÁCIO FRANCÊS	VII
PREFÁCIO BRASILEIRO	IX
PREÂMBULO	XIII
TEORIA, PRAGMÁTICA E ÉTICA DA REGULAÇÃO E DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS MÉDICAS	1
<i>Urgência, Urgência Médica ou Emergência Médica?</i>	2
<i>Dos serviços de urgência e sua regulação</i>	6
<i>Bases éticas da regulação médica das urgências</i>	9
<i>Atendimento pré-hospitalar (Socorro, Assistência, Ajuda, Auxílio ou Atendimento?) e resgate</i>	18
AS URGÊNCIAS MÉDICAS NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE	23
<i>A legislação francesa dos SAMU. Aspectos médico-legais. A organização do atendimento das urgências no hospital.</i>	24
<i>O SAMU e sua localização dentro da estrutura de saúde do Brasil</i>	40
<i>A rede de cuidados de urgência: uma nova abordagem para os profissionais, um fato político e humano para a sociedade.</i>	42
<i>Conflitos entre o SAMU e outros sistemas</i>	50
<i>Administração dos centros de regulação médica das chamadas</i>	53
<i>Gestão dos recursos hospitalares de cuidados intensivos e regulação médica regional pelos SAMU. Exemplo da região Alta-Normandia na França</i>	56
<i>Inter-relações entre os centros de radio-telecomunicações das centrais de tratamento de alarme dos serviços de segurança e das centrais de regulação médica do SAMU.</i>	59
RECURSOS MATERIAIS	63
<i>A rede de telecomunicações necessária a uma regulação médica (aspectos teóricos)</i>	64
<i>Papel da informática dentro de uma regulação de urgências</i>	67
<i>Tele-alarme médico implantado no centro de regulação do SAMU para doentes crônicos hospitalizados a domicílio, pacientes idosos e/ou com mobilidade reduzida, etc.</i>	71
O FUNCIONAMENTO DA REGULAÇÃO MÉDICA	74
<i>O médico regulador: seu papel, tarefas e fluxo de tarefas</i>	75
<i>As vias de entrada dos pedidos de atendimento médico de urgência para os centros de regulação e a tipologia das solicitações e dos solicitantes</i>	79
<i>Como o TARM trata um chamado durante o primeiro minuto</i>	82
<i>A distribuição de tarefas entre o médico regulador e o TARM</i>	88
<i>A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM)</i>	91

<i>Regulação médica em uma companhia de assistência privada</i>	<i>96</i>
<i>Regulação médica das transferências inter-hospitalares em grandes metrópoles – experiência brasileira</i>	<i>99</i>
REGULAÇÃO MÉDICA INICIAL DAS PRINCIPAIS SÍNDROMES VITAIS	105
<i>Semiologia médica da solicitação telefônica inicial de atendimento médico de urgência</i>	<i>105</i>
<i>O final da vida e o SAMU</i>	<i>110</i>
<i>Regulação das chamadas ao SAMU por “Parada Cardíaca” e por “Parada Respiratória”</i>	<i>114</i>
<i>Regulação das chamadas por “Indisposição” e por “Perdas de Consciência Breves”</i>	<i>123</i>
<i>Regulação dos chamados ao SAMU por “Sufocação”</i>	<i>133</i>
<i>Regulação das Síndromes Convulsivas</i>	<i>138</i>
<i>Regulação das solicitações ao SAMU para “Dores Torácicas” e para “Ameaças de Infarto”</i>	<i>141</i>
<i>Regulação em “Pediatria”</i>	<i>145</i>
<i>Regulação das chamadas por “Trauma”</i>	<i>156</i>
<i>Regulação das urgências “Gineco-Obstétricas”</i>	<i>165</i>
AS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM REGULAÇÃO MÉDICA	170
<i>Brasil</i>	<i>172</i>
<i>Argentina</i>	<i>175</i>
<i>Chile</i>	<i>178</i>
<i>Colômbia</i>	<i>182</i>
<i>Espanha</i>	<i>186</i>
<i>Portugal</i>	<i>191</i>
<i>Tunísia</i>	<i>195</i>
<i>Argélia</i>	<i>201</i>
BIBLIOGRAFIA	204
ANEXOS	209
<i>RESOLUÇÃO CREMESC N° 027/97 DE 13 DE MARÇO DE 1997</i>	<i>210</i>
<i>RESOLUÇÃO CREMESC N° 028/97 DE 13 DE MARÇO DE 1997</i>	<i>220</i>
<i>RESOLUÇÃO CFM N° 1.529/98 DE 28 DE AGOSTO DE 1998</i>	<i>224</i>
<i>PORTARIA MINISTERIAL N° 2.923 de 9 de junho de 1998</i>	<i>254</i>
<i>PORTARIA MINISTERIAL N° 2.925 de 9 de junho de 1998</i>	<i>255</i>
<i>PORTARIA MINISTERIAL N° 3.459 de 14 de agosto de 1998</i>	<i>257</i>
<i>PORTARIA MINISTERIAL N° 3.642 de 18 de setembro de 1998</i>	<i>259</i>
<i>PORTARIA MINISTERIAL n° 824/GM de 24 de Junho de 1999</i>	<i>260</i>
<i>DETALHAMENTOS DE ALGUNS EQUIPAMENTOS</i>	<i>300</i>

COLABORADORES

Antônio Gonçalves	Coordenador Estadual do SAMU de São Paulo - Membro da Executiva da Rede 192 de Urgências - Brasil
Arine Campos Assis	Médica Coordenadora do SAMU de Campinas – São Paulo
José Mauro S. Rodrigues	Médico Coordenador do SAMU de Sorocaba – São Paulo
Sonia Clarete Piunti	Médica do SAMU do Vale do Ribeira – São Pau- lo

Núcleo de Engenharia Clínica da Universidade Federal de Santa Catarina

AUTORES

AGUIAR, Aldrovando Nery de	Médico Coordenador do SOS-Fortaleza - Brasil
ALVIS, Raymundo	Medico Pediatra do SAMU de Paris, - SAMU de Paris. Serviço do Prof. Pierre Carli Hospital Necker 149 rue de Sevres 75015 Paris França
BAER, Michel	Medico do SAMU Hauts de Seine Hôpital R Poincarré Garches France
CARLI, Pierre	Professor de Universidade. Chefe do Departamento de anestesia reanimacion do Hospital Universitário Necker Enfants Malades, Medico diretor do SAMU de Paris. Hospital Necker 149 rue de Sevres 75015 Paris França Tel 33144492323 Fax 33144492424 Email :
CAPONI, Sandra	Doutora em Filosofia Professora da Universidade Federal de Santa Catarina
CARDOSO, MARGARETH DE MATTOS	Coordenadora do SAMU do Vale do Ribeira – São Paulo - SP
CHASTRE, Catherine	Medica do SAMU de Paris, - SAMU de Paris. Serviço do Pr Pierre Carli Hospital Necker 149 rue de Sevres 75015 Paris França Tel 33144492323 Fax 33144492424
CONDE RODELGO, Victor	CONDE RODELGO, Victor : Ministério de la Salud, Paseo del Prado, Madrid Es-

	panha
CRESCENTI, Alberto F.	CRESCENTI, Alberto F. Ex Diretor do SAME de Buenos Aires, Argentina
De LA COUSSAYE, Jean	Professor de las Universidades de Nimes Mompelieir Chefe do Serviço de Urgências do Centro Hospitalar de Nimes Medico Diretor do SAMU do Gard
DECREAU, Michel	Medico Diretor Adjunto SAMU de Sena Marítima Hôpital Ch Nicolle 1 rue de Gezrmont 76031 Rouen Cedex França Tel 330232888988 Fax 330232888989 Email: SAMU@chu-rouen.fr
DELLATORRE, Maria Cecília Cordeiro	Médica Sanitarista em Marília – São Paulo - Brasil Doutora em Medicina Preventiva
DEROSSI, Arnaud	Medico do SAMU de Paris - SAMU de Paris. Serviço do Pr Pierre Carli Hospital Necker 149 rue de Sevres 75015 Paris França Tel 33144492323 Fax 33144492424
F. LOIZZO, F.	SAMU dos Alpes, Grenoble, França
FELLOUH, Ahmed Choukri	Medico chefe do SAMU d’Alger Hôpital Mustapha Alger Argélia Tel 2130206850611 Fax 2130206840703
FILET CERVIÑO, Jose Guillermo	Diretor de Medico do SAME de Buenos Aires Argentina
FILIPACK, V. A.	Coordenador do SAMU de Curitiba – Brasil Coordenador médico do SIATE – Curitiba - Brasil

- GIROUD, Marc Médico diretor do Samu do Val d'Oise.
Centro Hospitalar René Dubos, Pontoise
- GONÇALVES, Antônio José Coordenador Estadual do SAMU de São Paulo
- JANNIERE, Daniel Medico responsavel do SAMU de Paris, -
SAMU de Paris.Servicio do Pr Pierre
Carli Hospital Necker 149 rue de Sevres
75015 Paris França Tel 33144492323 Fax
33144492424
- KAROUI, Mohamed SAMU de Sousse - Tunisie, Hôpital
universitaire Sahloul, 4011 Sousse.
Tunisia Tel: 216 324 19 19 Fax: 216 324
22 60
- KHLIFA, K. SAMU de Sousse - Tunisie, Hôpital
universitaire Sahloul, 4011 Sousse.
Tunisia Tel: 216 3 24 19 19 Fax: 216 3
24 22 60
- LOIZZO, François SAMU dos Alpes, Centre Hospitalier
Universitaire BP 27, 38043 Grenoble
cedex 9, França Tel 3304765644 Fax
330476765637
- LUDES, B. Medico docente, Faculdade de Medicina,
Instituto de Medicina
Legal - 11 rue Humann 67085 Strasbourg
Cedex França
- MARTINEZ-ALMOYNA, Miguel Mestre de Conferências de Universidade.
Delegado da Cooperação Internacional da
Associação dos SAMU da França. -
SAMU de Paris. Serviço do Pr Pierre
Carli Hospital Necker 149 rue de Sevres
75015 Paris França Tel 33144492323
Fax 33144492424

	Email: MmartinezAlmoyna.SAMU@invivo.edu
MARTINS, Carlos	INEM do Portugal, Lisboa Portugal
MENTHONNEX, Elisabeth	Médico do SAMU dos Alpes. Hospital Universitário de Grenoble BP 27, 38043 Grenoble Cedex 9, França Tel 33-04- 765644 Fax 33-04-76765637
MENTHONNEX, Philippe	Médico do SAMU dos Alpes. Hospital Universitário de Grenoble BP 27, 38043 Grenoble Cedex 9, França Tel 33-04- 765644 Fax 33-04-76765637
MURO, Marcelo Rodolfo	Diretor do SAME de Buenos Aires - Ar- gentina
NITSCHKE, Cesar Augusto Soa- res	Coordenador do SAMU de Florianópolis – Santa Catarina – Brasil Email: nitschke@mbox1.ufsc.br
PEREZ ALARCON, Heriberto	Medico responsavel SAMU de Viña del Mar - Chile
PERFUS, Jean Pierre :	SAMU du Rhone - Lyon, Hôpital Edou- ard Herriot,69437 Lyon Cedex 03. Tel: 330378545155 Fax: 33 0372116379
RATO, Fátima	Medico do CODU (SAMU) de Lisboa
REZENDE, Paulo	REZENDE, Paulo : Direção dos Hospi- tais - Ministério da Saúde Pública e da Previdência Social - 8 avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP
RODRIGUEZ MELO, Carlos Ivan	Ministerio de la Salud, Santa Fe de Bo- gota Colombia
ROZENBERG, Alain	Medico do SAMU de Paris, - SAMU de Paris. Serviço do Pr Pierre Carli Hospital Necker 149 rue

SAUVAL, Patrick

de Sevres 75015 Paris França Tel
33144492323 Fax 33144492424

Medico de SAMU de Paris - SAMU de
Paris. Serviço do Pr Pierre Carli Hospital
Necker 149 rue de Sevres 75015 Paris
França. Tel 33144492323 Fax
33144492424

SELME, Jean Pierre

Medico Director do SAMU de l'Eure
Centre Hospitalier, Evreux França

TEMPLIER, F.

Medico do SAMU des Hauts de Seine
Hôpital R Poincaré
Garches França

ZANELATO, Artur

Professor das Disciplinas de Cirurgia do
Trauma e Atendimento ao Politraumati-
zado da Universidade Federal do Paraná
e Cirurgião do Serviço de Cirurgia do
Trauma do Hospital do Trabalhador -
UFPR.

Curitiba, Pr. Brasil. Fone/fax:
55(41)264-7498. E.mail:
zazo@bsi.com.br

PREFÁCIO FRANCÊS

Este Manual de Regulação Médica dos Serviços de urgência é o resultado de mais de trinta anos de experiência de Miguel Martinez Almoyna no SAMU de Paris onde está encarregado da cooperação internacional. Ele é realmente o primeiro médico dos hospitais públicos franceses que fez toda a sua carreira médica hospitalar-universitária dentro do SAMU, tendo começado nos anos 60 com René Coirier, Maurice Cara, Louis Serre e Louis Lareng, a geração de todos os primeiros pioneiros que implantaram a rede de SAMU da França e que foi experienciada a seguir no mundo.

Neste livro ele coloca inicialmente as bases da teoria médica que faltava à jovem disciplina universitária que é a Medicina de Urgência: a Semiologia e a Nosologia da telemedicina de urgência se separam daquelas da clínica. Se apoiando sobre as Ciências Sociais e Humanas ele também elaborou uma teoria consistente e ética para a classificação das Urgências Médicas e para uma organização específica do Sistema de Cuidados para estas urgências apoiado nos profissionais médicos e sobre os Serviços de Urgência Hospitalares, um sistema regional e em rede, para uma distribuição equitável dos recursos mesmo em tempos de crise.

Esta rede seria apta não somente a gerar os “curtos-circuitos” para as “verdadeiras urgências” que deveriam funcionar sem colocar em perigo os circuitos normais do “plantão de cuidados”, mas também os fluxos maciços provenientes de desastres que são assim distribuídos entre diferentes centros de cuidados.

Ele reuniu nesta obra muito instrutivas experiências dos principais líderes estrangeiros que seguem o modelo do SAMU francês mas que estão longe de serem cópias, pois representam cada um uma pedra importante do edifício.

O SAMU ficou, após longo tempo, um nome comum como futebol e ele não é um sistema colonialista ou imperialista francês, que pretenderia impor seu modelo, mas sim a soma de todos os sistemas similares dependentes da Saúde Pública e controlados pela Medicina. As experiências dos SAMU do Chile, Guiana Francesa, Colômbia ou do Brasil são tão importantes como aquelas do SAMU da Tunísia ou da China ou de sistemas parecidos como os da Espanha ou Portugal.

Mas é graças à compreensão de nossos Hospitais Públicos e a nossas embaixadas no estrangeiro que a cooperação internacional dos SAMU da França através de Miguel Martinez-Almoyna se desenvolveu e permitiu que nossa experiência servisse a inúmeros países que solicitaram a ajuda da França nesta área.

O trabalho realizado nesta 1ª edição, traduzida e adaptada à língua portuguesa, lhes servirá a todos, eu tenho certeza, e além disto, evidentemente, este Manual será indispensável para a formação dos profissionais dos SAMU e dos Serviços de urgência dos países lusofones. Assim, bons ventos ao SAMU do Brasil, mas que também possam ter os SAMU do INEM de Portugal e mesmo o SAMU da Galícia, pois nós estamos nas caravelas sobre a mesma rota.

Pierre Carli

MD Professor de Medicina da Universidade Paris 5 - Sorbonne

Faculdade de Medicina de Necker Enfants Malades

Médico Diretor do SAMU de Paris

PREFÁCIO BRASILEIRO

Por volta da década de 50 houve em São Paulo o “SAMDU” – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – órgão da então Secretaria Municipal de Higiene, que se propunha a prestar uma assistência médica à distância, com o médico indo à residência do doente a fim de lhe prestar cuidados. Podemos considerar, do ponto de vista histórico, esta atividade como um embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil. Por uma série de motivos, esta atividade foi sendo desativada progressivamente e terminou.

A atenção pré-hospitalar, nos moldes como ela é concebida atualmente, teve início em nosso país, mais especificamente no estado de São Paulo, há aproximadamente 10 anos. Começou por uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde que, numa ação conjunta com a Secretaria de Estado da Segurança Pública, propuseram-se a atender todas as solicitações de socorro urgente que entrassem pelo dígito telefônico 193. No início houve um trabalho conjunto com a prefeitura do município de São Paulo, que atende pelo dígito telefônico 192 e que, por motivos políticos não prosseguiu.

Assim, o atendimento pré-hospitalar, inicialmente chamado de “resgate”, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foi criado nos moldes do SAMU francês devido a um convênio existente entre os governos francês e brasileiro. Este modelo de atenção às urgências diferia de outros, especialmente os norte americanos, pelo fato de propor um sistema com participação efetiva do médico – sistema medicalizado – tanto no atendimento direto aos doentes no local da ocorrência como, e é este o ponto fundamental do sistema, na central de operações promovendo a assim chamada **regulação médica** do sistema, ou seja, o início efetivo do exercício da telemedicina.

Esta atividade, absolutamente pioneira no nosso meio médico, pelo fato de não ser reconhecida e não estar regulamentada pelas nossas autoridades compe-

tentes sofreu algumas distorções e muitas vezes a autoridade e responsabilidade médica não eram reconhecidas e muitas vezes até desrespeitadas, tanto pelos médicos como pelo pessoal auxiliar de regulação e de atendimento direto aos doentes. Alguns fatos, porém, vem modificando esta realidade. Um deles é a proliferação responsável de serviços públicos de Atenção às Urgências no nosso país, que foram organizados baseados na presença efetiva do médico tanto no atendimento como na regulação do sistema. Podemos citar como bons exemplos desta concepção de sistema os estados do Paraná, Rio Grande do Sul, Ceará e São Paulo. Assim, o atual “SIATE” – futuro “SAMU” - de Curitiba; o já nascido e criado “SAMU” - Sistema de Atendimento Médico de Urgência – de Porto Alegre, o “SOS Fortaleza”, o “SAMU-RESGATE “ da região metropolitana de São Paulo com seus similares, já em operação, nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto, Araraquara e região do Vale do Ribeira, através do SAMU de Campinas, SAMU de Ribeirão Preto, SAMU de Araraquara e SAMU do Vale do Ribeira, mostram que as boas idéias dão certo e frutificam. No estado do Paraná estão em fase final de implantação o SAMU de Londrina e de Foz do Iguaçu.

Toda esta ação organizada teve origem em 1995 a partir do I Simpósio Internacional de Atenção às Urgências Pré-Hospitalares realizado em Porto Alegre, com a ajuda da cooperação francesa, e que culminou com a criação da então “rede 192”, atual “Rede Brasileira de Cooperação em Emergências “, órgão soberano formado por gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde do Brasil e que tem como objetivo principal a participação efetiva na construção responsável e participativa de uma política pública na área das urgências neste país. A partir de então, esta rede vem se reunindo regularmente e feito, ordinariamente, duas reuniões anuais. Uma delas é o Simpósio Internacional que a partir de 1997 assumiu um caráter mais abrangente, não se limitando a discutir o pré-hospitalar mas ampliando a discussão para a questão hospitalar das emergências por uma questão muito simples que é a de manter a coerência do que propõe, ou seja a construção da política pública de urgências que englobe tanto a questão pré-hospitalar como a hospitalar. Nossa segunda reunião ordinária é um encontro de menor porte tipo “oficina de trabalho” onde são melhor discuti-

das as propostas políticas e técnicas da Rede a serem levadas aos órgãos competentes para que nossos objetivos sejam alcançados.

Dentro deste “modus operandi” fomos ao Ministério da Saúde e ao Conselho Federal de Medicina no sentido de buscar uma regulamentação mais genérica e que desse uma certa uniformidade aos diferentes sistemas de urgência em construção no nosso país. Dentro desta ótica serão regulamentados três tópicos, a saber:

- 1. a regulação médica do sistema** : entendida como o elemento ordenador e orientador da atenção pré hospitalar que faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno aos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.
- 2. a definição dos profissionais que atuam no sistema** : são dois níveis, a saber: oriundos da área da saúde – médico, enfermeiro e técnico em emergências (auxiliar de enfermagem) e não oriundos da saúde – socorrista, condutor, radio-operador e telefonista auxiliar de regulação. Neste tópico também são definidos os diferentes conteúdos curriculares para estes profissionais de acordo com a sua competência
- 3. o estabelecimento de normas técnicas para veículos de atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar**

Dentro desta complexa tarefa a que nos propomos e principalmente a de divulgar o conceito de regulação médica era mister que oferecêssemos uma bibliografia mínima, conseqüente, competente, para orientar os médicos e os técnicos que militam e militarão nas centrais de regulação de urgência, que são o coração do sistema de urgências. Esperamos que este manual de regulação médica cubra esta lacuna e cumpra o seu papel de ajudar a formar este profissional novo e absolutamente fundamental na construção de um sistema de Atenção às Urgências competente – o médico regulador.

Finalizando gostaria de agradecer ao esforço do Dr. Cesar Nitschke e do Dr. Miguel Martinez, sem os quais não teríamos este manual. Por último rendemos nossas homenagens aos SAMU da França e do Brasil, e ao trabalho de Cooperação dos governos francês e brasileiro, que nos permitiu avançar mais rapidamente, porém sem pressa, no desenho e execução deste modelo de sistema de Atenção às Urgências de que nosso país tanto precisa e que será regido pelos quatro princípios que devem nortear todo o atendimento de saúde, especialmente no atendimento às urgências: respeito a individualidade do cidadão, sempre lembrando da ética; melhorar a qualidade de vida dos povos; diminuir a iatrogenia e garantir a equidade do sistema (Declaração de Lisboa de 1989).

Dr. Antônio José Gonçalves

Coordenador Estadual do SAMU de São Paulo

PREÂMBULO

Dr. Miguel MARTINEZ ALMOYNA

Mestre de Conferências de Universidade

Delegado da Cooperação Internacional da Associação dos SAMU da França

A regulação das despesas da saúde pelos médicos é um método utilizado para conter os custos nesta área, onde a curva de custo está em ascendência e onde, sobretudo nos países ricos, o peso sobre o contribuinte torna-se insuportável.

Hoje o homem moderno tornou-se um consumidor cada vez mais instruído, cada vez mais apressado e cada vez mais numeroso, ele sabe que as Constituições de seus países lhe dão o direito à autonomia, a reclamar a liberdade de escolha do terapeuta, aos socorros "gratuitos" se ele está em perigo e à equidade (com os ricos) aos cuidados assim como ao atendimento visto quando está doente. Quanto mais o cidadão é rico, mais ele é instruído, mais ele é exigente, mais ele tem tendência a realizar solicitações abusivas... principalmente quando não tem a cultura cívica suficiente.

A regulação médica, neste domínio de urgências, está nascendo. A regulação natural poderia ser exercida somente pelas filas de espera que se prolongam ou pelo aumento das tarifas de prestação de cuidados ou pelas duas coisas, entretanto isto não é eficiente.

De maneira a regradar a solicitação cada vez mais importante de Atenção Médica de Urgência, sem uma comunhão de medida com o aumento da população e ainda menos com o melhoramento da saúde, é necessário organizar uma pedagogia tanto da oferta como da procura e dos sistemas de detecção e de estratificação das necessidades de cuidados urgentes realizados por profissionais de saúde e não pelos Serviços que mantêm a ordem pública de segurança.

Os profissionais e administradores da Saúde se deram conta muito recentemente, e por causa de escândalos, que agitaram seus países nesta área de cuidados urgentes que não poderiam seguir deixando este setor sem organização pois a cada dia a demanda de serviços de urgência médica explode, principalmem-

te nos países que se desenvolvem e que passam do "terceiro" para o "segundo" e depois ao primeiro mundo.

O Sistema dos SAMU franceses, que começou pela detecção das urgências necessitando de cuidados intensivos fora do hospital, teve de começar a regular a demanda à medida que iniciava sua oferta nos anos 60, e se estendeu às urgências de uma maneira geral e àquelas dos médicos generalistas e das ambulâncias de transporte urgente, nos anos 80. Após muitas décadas de tentativas e erros nós podemos começar a dizer as soluções que nossa experiência mostrou serem ineficientes ou prejudiciais. A desprofissionalização do sistema de urgência e o abandono aos socorristas e paramédicos que ainda estão visíveis em alguns países é um exemplo das coisas que não mais aceitamos.

A primeira parte deste livro tem a pretensão de fornecer algumas informações assim como as bases para responder a esta problemática assim como as bases para a organização de um Centro de Regulação Médica das Urgências da Rede dos SAMU.

TEORIA, PRAGMÁTICA E ÉTICA DA REGULAÇÃO E DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS MÉDICAS

Urgência, Urgência Médica ou Emergência Médica?

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel e NITSCHKE, Cesar

A urgência médica está mal definida pelos próprios médicos e, por isto é bem difícil organizar os cuidados. O conceito de urgência médica vai de um extremo a outro, pode ser restritivo, "Não há urgências; não há mais que pessoas apressadas" ou laxista "tudo que é sentido como urgente é urgente". Na primeira acepção os serviços de urgência são deserdados pelos médicos e com a segunda eles são pletóricos e inflacionários. No primeiro caso é a recusa em assumir e na segunda é a criação de um "curto-circuito" na etapa dos sistemas de cuidados primários (para ir mais rápido a um nível de prestação máxima).

A urgência implica a demanda de um estado de exceção social.

A urgência qualifica um estado de exceção, o estado de urgência "fornece" a um governo a possibilidade de fazer aquilo que habitualmente é interdito. A urgência médica caracteriza igualmente um estado prioritário em relação aos outros pacientes por que sua afecção evolui ou tem o risco de evoluir muito rapidamente para um estado grave, ao ponto de não poder esperar em uma "fila de espera" ou por uma consulta marcada. Este estado pode igualmente ser reclamado pelo peso social do acontecido.

A pressa invocada para o tratamento supostamente justifica procedimentos de expedição que curto-circuitam as filas de espera e as consultas marcadas e também os procedimentos degradantes, até a tolerância em assumir riscos suplementares e uma qualidade de cuidados medíocres.

A Urgência e a urgência médica: estados de exceção, assim sendo, fenômenos sociais

Podemos conceituar urgência médica como um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade e que apresenta uma gravidade considerada como ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. É passí-

vel de tratamento, sendo que a intervenção e tentativa de resolução devem ser feitas em um tempo curto, considerado normalmente de até 24 horas após seu início, excetuando-se o parto.

A urgência qualifica um estatuto de exceção, o Estado de Urgência dita a um governante de fazer aquilo que lhe é habitualmente interdito. A urgência médica é igualmente um estatuto prioritário em relação aos outros pacientes e que lhe é atribuído porque sua patologia evolui ou arrisca de evoluir muito rapidamente a estados graves ao ponto que não se pode esperar em uma fila de espera ou uma consulta com hora marcada. Por causa de seu estatuto, pode igualmente ser reclamado pelo peso social do evento. A rapidez ou pressa requerida no tratamento supostamente justifica os procedimentos de expedição que fazem um curto-circuito(atalho) nas listas de espera e nas consultas marcadas e ainda mais nos procedimentos secundários e vai até o ponto de poder tolerar a tomada de riscos adicionais e uma qualidade de cuidados medíocre. A avaliação do nível de urgência em medicina.

A urgência é uma qualificação de um evento dentro de uma zona de saber médico que varia mesmo para o próprio médico de acordo com a sua posição: ele pode qualificar de "urgente" seu paciente até que ele exclua por uma pesquisa de urgência os pacientes sofrendo de uma mesma patologia. Percebemos que o grau de urgência é uma combinação multifatorial complexa onde não se trata mais que a Medicina e seus conhecimentos. Em primeiro lugar, se analisamos a literatura médica acadêmica somos forçados a notar que esta área da medicina não possui ainda uma nosografia precisa.

Em segundo lugar, a urgência conceitua patologias complexas. A quantificação do grau de urgência associa a quantificação de dois grupos de fatores, sendo um médico e técnico e outro social. Se analisamos o fator de ponderação médica ele é a conjunção por si só de dois sub-fatores, o sub-fator gravidade e o sub-fator tratamento. Uma urgência tem habitualmente um certo grau de gravidade (mesmo se ela é uma falsa gravidade, como por exemplo a morte que é em realidade de gravidade nula mas freqüentemente é mal qualificada de gravidade suprema). A urgência subentende também que os cuidados sejam de um nível prioritário, de um certo nível de complexidade freqüentemente "intensivos" e "invasivos". A urgência apressa e não pode esperar... A gravidade e os cuidados

são ponderados pelo tempo, terceiro sub-fator, que é inversamente proporcional à urgência pois, quanto menor o tempo maior é a urgência.

O prognóstico e a evolução das síndromes impõem os tempos ideais àqueles devemos tentar fazer o diagnóstico, as necessidades e o retardo para colocar em prática os tratamentos fornecem o tempo realmente realizável e previsível para os cuidados.

Infelizmente, nesta área da medicina não há ainda uma taxonomia precisa que forneça as gravidades e os tratamentos assim como os tempos conseqüentes. Esta é uma das razões que faltam para uma organização de cuidados. Enfim, mesmo que os médicos creiam que é falso pensar que a urgência não é mais que um conceito puramente técnico ou teórico médico, não há mais que uma urgência para um paciente diante de um médico e as urgências são tratadas em uma comunidade pelos médicos dentro de uma organização social. Uma definição sociológica de urgência é então puramente operacional em particular para gerir as urgências (no plural). Aqui nós liberamos a noção de prioridade, de conflitos, de "status" social das urgências em relação às outras.

O fator de ponderação social da urgência é freqüentemente ocultado e refutado pelos médicos mas é muito poderoso e mesmo por vezes exclusivo. Em casos de gravidade nula (a morte) pode levar a caracterizar uma grande urgência devido ao tumulto social que a envolve. O fator social que chamamos "Peso Social" para o sujeito que o recebe ou "Valência Social"(V) para aquele que a valoriza é a conjunção de múltiplos sub-fatores, idade, sexo, aparência, número de implicados, incerteza e angústia e enfim o grau desta valorização por aquele que decide de sua emergência. Aqui a intervenção médica não é mais que um tratamento "social" que se apressa para evitar uma crise social. Estes dois fatores igualmente são modulados pelo fator tempo e, à princípio, quanto mais o tempo é curto maior é a urgência.

Para que um evento seja qualificado de urgente é necessário que seu tempo de resolução seja tão curto que não permita a marcação de uma consulta ou a espera em uma fila. Para facilitar a compreensão nós podemos utilizar uma fórmula pseudo-matemática que resume esta ponderação multifatorial.

$$[U] = [G] \times [A] \times [V] \times [T]$$

Onde: [U] = Urgência [G] = Gravidade [A]= Atenção Mé-
dica [V] = Valor Social [T] = Tempo

É de assinalar que em várias línguas latinas e anglo-saxônicas temos duas palavras para exprimir uma só palavra no francês "Urgences", uma com a mesma etimologia que a palavra francesa que exprime urgência em geral. Outra, a "Emergência" ou "Emergency", que exprime uma urgência médica que é muito grave e que tem pressa (G) medicamente ao ponto de necessitar um tratamento "intensivo" e na qual o tempo para intervenção e tentativa de resolução é extremamente curto ou que provoca uma "crise" importante para a sociedade, com alta Valência (V). A Valência Social de um evento sanitário coletivo pode ser tão grande que leva à categorização de "catástrofe" ou "desastre sanitário" mesmo que a patologia que lhe é relacionada possa ser nula. Nós estudamos na França a colocação em prática de procedimentos de desastre sanitário mesmo que não haja nenhum ferido ou doente mas que segue-se a uma ansiedade coletiva diante de uma fumaça ansiogênica. Dois co-autores deste livro, que foram enviados por seus países ao México quando do terremoto disseram que se tratava verdadeiramente de um desastre sanitário desde que a rede de cuidados continuava a funcionar quase "normalmente" mesmo depois da destruição de vários hospitais. A crise social que acompanha este tipo de emergência necessita de um tratamento para acalmar a sociedade em efervescência com os ritos de conjuração.

Dos serviços de urgência e sua regulação

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel e NITSCHKE, Cesar

Um Serviço de Urgência deve ser regulado e sua atividade mantida a um nível negociado entre o político e o técnico. A recusa de resolver as urgências é um fenômeno geral de todo o operador especialista salvo se lhe damos vantagens suficientes para aceitar este custo. Um operador colocado na organização, neste posto, organiza suas defesas contra as agressões desta função. Ele vai afastar ao máximo da sua zona de ação tudo aquilo que lhe custe. A urgência é causa de desordem, de pressões, de angústias, ela necessita de procedimentos anormais, difíceis, perigosos e pouco eficientes e é recusada por todas as organizações definidas pelos sociólogos como burocráticas.

Apostamente à tendência de um Serviço de Urgência que é retribuído pelo número de atos e onde o cliente tira vantagens leva a longo prazo a uma colisão entre aqueles que pedem e aqueles que oferecem este serviço para aumentar seus poderes e benefícios. Os serviços que não possuem regulação são cada vez menos eficientes em relação àqueles que são regulados quer sejam pelas regras do comércio que utilizam as listas de espera, as consultas marcadas ou o preço das tarifas que são mais caras quando são mais rápidas.

Regulação = racionalização = racionamento das urgências.

A regulação médica classifica a prioridade das urgências uma em relação às outras e gera o acesso aos recursos disponíveis dos Serviços de Urgência e de Cuidados Intensivos da rede hospitalar de uma maneira eficiente e equitável.

A regulação é um neologismo criado por uma nova função e um novo conceito relacionado à gestão do fluxo entre oferta de cuidados e a procura realizados por um médico regulador.

A função mais importante do médico regulador é de decidir com sim ou não a um pedido quando justificado por uma Necessidade de Cuidados Urgentes e após classificar de acordo com a prioridade quando há muitas solicitações que entram em conflito para seu tratamento.

Os Serviços de Urgência: um curto-circuito na organização dos cuidados.

A urgência médica é relativa aos pacientes e as patologias que não se pretendem passar pelas vias "normais" da relação terapeuta-paciente onde há um acordo prévio e pelas vias de cuidados organizados e hierarquizados (primários, secundários e terciários), programados por marcação formal ou fila de espera que são considerados como as condições ótimas do cuidado médico.

As urgências curto-circuitam os caminhos utilizando o status social prioritário e fora das normas da Urgência. Regulação Médica das entradas em um Serviço de Urgência. Teoricamente é o profissional dos centros de cuidados primários que deve regular o fluxo para os outros níveis e de fato é o médico que está na entrada dos hospitais e o médico regulador do SAMU que deve fazê-lo para todos aqueles que recusam ou que não podem seguir as teorias dos níveis de atenção que devem ser seguidos por um paciente.

A Regulação Médica que está confiada ao Médico Regulador do SAMU verifica quais são os direitos de entrada da solicitação de Atendimento médico de urgência para ver se o pedido está justificados por uma Necessidade de Atendimento médico de urgência. Aqui nos estamos a frente dos Direitos do Homem de ser socorrido pela coletividade mesmo que ele não possa nada "pagar", outra solicitação é feita por conveniência pessoal e escolha de seu terapeuta. Ela não está justificada a não ser teoricamente e se a pessoa pode "pagar" o terapeuta escolhido.

No subsistema das urgências este direito à livre escolha é para alguns praticamente inaplicável devido à organização dos cuidados neste setor que se faz por rotação de terapeutas e não permite marcação prévia de consulta ou fila de espera de um terapeuta escolhido.

A Regulação Médica organiza ao nível regional os fluxos dos diferentes pacientes solicitantes priorizando evidentemente aquele onde a necessidade é real. Os outros são atendidos pelo comércio de oferta e procura. É necessário para outros remarcar que os fluxos desta parte das Urgências tem tendência natural a induzir um crescimento se elas não são reguladas por um custo por aqueles que

entram neste caminho prioritário sem estarem sustentados por necessidades e que entram em crise desde que um dos fatores do fluxo não segue os outros.

O papel de um Serviço de Urgência Hospitalar ou do Médico Regulador do SAMU de orientar os pacientes que não tem necessidade para cuidados generalistas para estruturas eficientes alternativas do hospital e as unidades primárias quando não podemos dirigir o paciente a uma fila normal. É assim e sobretudo de estabilizar o paciente, de suprimir a pressa da urgência para inserir no fluxo normal de cuidados do restante da estrutura.

A regulação na entrada de um hospital como aquela do SAMU, não pode desprezar a gestão normal e global dos cuidados hospitalares. Isto é uma das razões que exigem que o serviço de urgências extra-hospitalares não seja desligado do hospital. Alguns que tiveram a crença de dar ainda mais poder ao hospital e à medicina especialista confiam estes serviços aos generalistas e às unidades de cuidados primários tem ao nosso ver errado sobre o plano operacional. Outros pensam confiar esta regulação a sistemas que gerem a ordem pública e são utópicos e perigosos, salvo nas ditaduras onde conhecemos a eficiência em um general ou coronel não pode gerir os problemas médicos sem iatrogenia.

Bases éticas da regulação médica das urgências

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel e CAPONI, Sandra

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, elas originando-se dos mais velhos Códigos de Deontologia. A Medicina é uma profissão Liberal, duas palavras que estão aqui em seu sentido literal, reforçando-se uma na outra e que proclamam que a medicina deve ser livre para decidir de seus cuidados, de acordo com suas regras profissionais e submetida, neste domínio, apenas à censura de seus pares. Lembremo-nos que pela tradição hipocrática a medicina é uma arte (tekne) que é mais freqüente digna de admiração mas que por vezes se desvia encaminhando-se em práticas as mais humilhantes desde que a medicina não esteja submetida a nenhuma penalidade salvo a desonra. Estas regras são freqüentemente consideradas como arcaicas, e é verdade na forma, o Juramento de Hipócrates guarda o velho texto há mais de dois mil anos e os futuros médicos continuam a jurar aplicá-lo durante toda suas vidas.

O médico tem o direito exorbitante de fazer coisas interdítadas aos outros, como cortar a perna de seu próximo. Mesmo se este poder lhe é conferido no interesse geral muitos se preocupam quando a sociedade lhes delega funções de controle social cada vez mais amplas.

Normalmente o médico não faz seu cuidado a não ser para àqueles que lhes pedem e que estabelecem de fato um contrato tácito com ele. É necessário reconhecer, como Foucault bem reconhece, que as soluções médicas a certos problemas sociais são freqüentemente mais eficazes e a um menor custo, que a tendência à super-medicalização da existência e da sociedade é perigosa para a Autonomia, que é o Direito fundamental do Homem.

O direito na urgência é um direito derogatório de exceção, é necessário regras éticas.

Declarar como Urgência é também se apossar do direito de exceção para fazer coisas que normalmente são interditas e mesmo perigosas sob pretexto de "força maior" e em circunstâncias de crise, onde a incerteza reina e a morte é uma ameaça presente. Isto vai até permitir o não monopólio do exercício dos cuidados além do médico, derrogação da derrogação!

O próprio médico em condições de Urgência deve cuidar de uma parte frequente sem um "contrato de cuidados" que ele exige habitualmente, pois ele não foi escolhido pelo paciente, não há nem "pedido" nem "aceitação" de quem é "incapaz" e, por outro lado, a pessoa tem "necessidade" de cuidados perigosos que o profissional poderia teoricamente recusar sob pretexto de ter qualidades medíocres para o seu exercício nestas condições de trabalho. Um artigo de seu código de Deontologia aponta que ele tem o dever de fazê-lo.

Por outro lado, sobre o plano ético teórico, tudo indica que os pacientes tratados nestas condições estão excluídos da comunidade de Homens Livres que podem dialogar e são destituídos do ranking de objetos passivos, de escravos submissos aos ditados técnico-estratégicos sobre suas vidas e suas mortes, decididas por um "Rei-Médico". O super poder delegado de eleger aqueles que serão prioritários nos cuidados, aqueles que serão "reanimados" ou aqueles que serão deixados de lado como "moribundos" é monstruoso. Portanto, o direito é exercido pelo médico "regulador" e pelos médicos dos Serviços de Urgência, aqueles que devem "triar" e "classificar", usando o argumento que eles tem uma delegação da Sociedade para fazê-lo: "A quem delegamos o Poder Absoluto mais queremos exigir que o exerça Bem".

Regras para o exercício médico acidental de socorro a pessoa em perigo.

No caso de uma intervenção isolada de um médico chamado para uma afecção vital de uma maneira acidental, a ética se limita ao dever de todo o indivíduo de socorrer e assistir seu próximo. A recusa de um socorro(solicitada pela Sociedade) e a não assistência (solicitada pela própria pessoa) é uma falta grave para um terapeuta profissional, caso o terapeuta seja tido como o melhor neste domínio, mesmo se tratando de aportar um suporte psicológico e assistencial (estando ao lado e intervindo). O dever mínimo de um terapeuta que se acha no caso de

não poder "assistir" ele mesmo é ao menos de alertar um outro terapeuta mais operacional.

A base da moral para a Assistência está baseada na Religião, e suas Virtudes: Caridade, Benfeitoria e Misericórdia. O Socorro ou a Assistência são órfãos da Incapacidade de Autonomia, pois estão representando Deus; e o Pai Supremo recompensará no dia do Juízo Final (Parábolas do Bom Samaritano ou da Brebis égarée) cem vezes! Mais tarde os Filósofos e os Comerciantes do Liberalismo que criaram nossas Constituições nos provaram que a Assistência Pública e, mais ainda a Ajuda Social, são simplesmente rentáveis para nós mesmos e para todos. É surpreendente observar que as duas respostas a nossas dúvidas tem alguma coisa em comum: elas são inoperantes quando para resolver os conflitos entre as regras éticas que se põem cada dia na escolha que devem fazer os médicos da urgência, nos dois casos o Socorro à Pessoa em Perigo gera um conflito infernal de Foucault entre « Segurança-Socorro e Assistência-Dependência » e, enfim, dentro das duas visões nós fundimos todas as maneiras para uma troca de benefícios quer seja "No Céu" ou "Na Terra". O próximo socorrido não percebe mais do que um instrumento estratégico racional seja de Controle Social nesta Terra, seja a Salvação para o Paraíso.

No plano ético nós devemos inventar as regras para travar a força que nos levou a deslizar naturalmente para os racionalismos estratégicos ou a ética cega e para favorecer a todos aqueles que aumentam o espaço de respeito à Autonomia e do Diálogo, mesmo na Assistência ou Ajuda médica aos pacientes com afecções vitais. Voltando ao maldito pragmatismo, nós proporemos agora regras éticas concretas para os Serviços Médicos de Urgência onde os médicos exercem de maneira habitual e não acidental esta problemática sobre um plano coletivo.

A Autonomia dos pacientes é colocada em perigo particularmente nos Serviços Médicos de Urgência?

Por causa do Super-Poder delegado à aquele que Socorre ou Trata e particularmente ao Médico dos Serviços de Urgência, a Autonomia dos pacientes é particularmente ameaçada nestes serviços os que restam lá são particularmente protegidos mesmo aqui vindo se superpor o fato de uma Organização Ad Hoc e há muitas urgências por vez. Nós devemos analisar em particular a questão das prioridades de cuidados entre pacientes nos casos em que os recursos são escassos. A noção de "valor social" que parece intervir de uma maneira oculta para classificar as prioridades de um paciente em relação a outro supõe um terapeuta que se vê delegado na "Capacidade e Direito" de decidir com os meios que ele sabe subjetivos e pouco confiáveis, sem poder fazer participar nas decisões os diferentes pacientes, e se achando no dever de gerenciar as desigualdades diante da doença.

Lembre-mo-nos ainda da história dos grandes pensadores da moral utilitarista: HUME, SMITH, BENTHAM (1889) e MILL, teóricos sociais, economistas da época do nascimento do capitalismo liberal, que desenvolveram o Direito à Autonomia, base de nossas discussões sobre ética Médica Moderna, mas também raízes das Democracias modernas e mesmo das teorias econômicas liberais. Na nossa época os filósofos como RAWLS(1971) e BEAUCHAMP (1987) vão mais longe e analisam a incongruência entre o Direito à Autonomia e o Direito à Justiça que se produz nas Sociedades modernas que se dizem presas a duas democracias: na versão do Capitalismo Liberal nós pretendemos desenvolver a Autonomia do Cidadão, mas nós favorecemos a desigualdade por dinheiro, na versão socialista dirigista nós favorecemos a Justiça social mais pela Proteção social e a repartição autoritária dos recursos nós asfixiamos a Liberdade.

A Autonomia dos pacientes é forçosamente ameaçada nos relatos de cuidados que são particularmente assimétricos nos Serviços de Urgência onde a livre escolha é impossível e onde o terapeuta pode ir até a decisão de uma verdadeira supressão das liberdades para justamente lhes devolver « em melhor estado » após tratamento da patologia (no caso de suicidas, dos estados epilépticos ou hipoglicêmicos, das crianças que estão privadas da autoridade de seus pais,... etc.)

Por outro lado nos Serviços de Urgência onde, bem entendido, podemos esperar obter os melhores cuidados, nós podemos e devemos exigir que, na medi-

da do possível, ao menos a Liberdade, a Confidencialidade e o Pudor sejam respeitados, que seja sempre respondida à solicitação, qualquer que seja a ajuda oferecida. Aqui torna-se difícil a interface com os Serviços de Socorro (que são antes de tudo serviços que mantêm a ordem) tratando sob pretexto dos aspectos obrigatórios do Socorro. Estes serviços são mantidos como informantes da Autoridade e da Justiça e argumentam que tem o dever prioritário da Segurança Pública, antes mesmo da Autonomia do Indivíduo. Este conflito entre a Ética do Socorro e da Segurança Pública e àqueles dos Cuidados Médicos é devido ao fato que estes Serviços são freqüentemente utilizados como os sucedâneos dos Serviços de Cuidado, por carência destes últimos na etapa pré-hospitalar, que é devida a uma má organização e a uma confusão de papéis. Nós pensamos que podemos, no interesse do cidadão, assim como no interesse dos próprios Serviços de Cuidado e dos Serviços de Socorro, separá-los por seu número de alarme e de seu centro de recepção de chamadas, como igualmente profissionalizar os cuidados em ambulâncias.

Os riscos de desvio para uma amálgama de uma polícia sanitária e social muito potente se multiplica se pensamos um dia estender a organização de urgência médica para as "Urgências Sociais" caso os limites da urgência são ainda muito vagas e os abusos e a iatrogenia que podem ocasionar são enormes. O álibi da "Obrigação" da Sociedade para manter os Socorros (mesmo que eles não desejem mais) é facilmente utilizável para um Controle Social total onde o médico é um álibi ou ainda pode ser um "requisito da autoridade" para camuflar o sistema e sob pretexto de humanidade! Os "Policiais de branco" psiquiatras podem "tratar" os opositores, os Anestesistas àqueles que a sociedade condena à morte por "cruel compaixão" e porque não a "triagem médica" na entrada de "campos para usos diversos".

A melhora da qualidade e não da quantidade de vida: outro eixo da ética dos serviços de urgência.

A qualidade de vida do paciente e a eficiência dos cuidados são os melhores conceitos, mais que a qualidade técnica dos cuidados nos serviços de urgência.

Os profissionais tem a tendência natural, como distribuidores de seus cuidados, em dar prioridade na valorização de sua ação à qualidade técnica para os pacientes e à prolongar a sobrevivência dos pacientes. É necessário preferir, dentre outros, o argumento da qualidade de Autonomia do paciente e de favorecer a melhor Qualidade de Vida e não somente a duração. Aumentar a Qualidade de Vida dos outros, doando-lhes as partes de seu corpo, é um comportamento altamente moral e que deve ser favorecido com todas as precauções possíveis pelos Serviços de Urgência, pois aqui a mínima falha ética destruirá toda a confiança na estrutura.

A luta contra a Iatrogenia dos Cuidados Urgentes deve ser uma obsessão ética dos terapeutas. Os Serviços de Urgência podem, como os outros locais de cuidados, gerar uma iatrogenia médica, e mesmo social, que é necessário advertir-se, estaria aqui somente para prevenir o risco do consumidor.

Por exemplo, um Sistema de Regulação Médica que "não regulasse", cria um hábito de assistência; fica mais vulnerável visto não se responsabilizar e porque sua comunidade não é mais assistida. Um Médico Regulador que não regula dilapida os recursos da coletividade, entra em coesão com aqueles que abusam do sistema. Por fim, fragiliza o sistema de cuidados tanto dentro do próprio subsistema de urgências como dentro dos subsistemas de cuidados programados. Normalmente a curva de atendimentos das equipes móveis do SAMU não deverá crescer, pois não se acredita que a necessidade aumente mesmo se a demanda cresça.

Distribuir os recursos comunitários com equidade: último objetivo ético dos Serviços de Urgência.

A teoria da Justiça nos dá as armas para melhor fazer esta nova função médica de regulação da demanda dos Serviços de Urgência, elaborada por RAWLS (1971) (RAWLS J. A theory of justice. Pdt. Felows Harward Coll. Ed. Harward. 1971;1vol.) ela estabelece que as desigualdades sociais e econômicas são inevi-

táveis, sendo isto particularmente próprio no campo das urgências, mas que para serem aceitáveis elas devem satisfazer a duas condições:

- se elas estão associadas a cargos e posições abertas a todos igualmente;
- se os menos favorecidos possam se beneficiar ao máximo.

No plano pragmático, o SAMU e a Regulação Médica deverão ser instrumentos para aumentar a justiça assim como a equidade. O dever moral de ser equitativo é muito importante para o médico encarregado da regulação das urgências, já que ele deve classificá-las e estratificá-las por grau de prioridade. Isto lhe permite lutar muito eficazmente contra o desvio que poderia aportar o fator de ponderação social da urgência que joga mesmo inconscientemente, como já falamos anteriormente. Isto lhe permite mais facilmente explicar àqueles que protestam sobre estas decisões ou se sentem prejudicados sem relação a outros casos urgentes de outros, o porquê.

Nós devemos, por outro lado, sobre o plano teórico, questionarmos ainda sobre quais bases éticas estas decisões devem ser tomadas pelo Médico. FOUCAULT se preocupava nas suas últimas publicações sobre os critérios ou normas que nós pudéssemos utilizar para garantir os fundamentos de um Direito à Saúde. Mas suas proporções são bem pouco aplicáveis no âmbito das urgências médicas, como aplicar as arbitragens conhecidas de um consenso ético onde o paciente "participa da decisão" e tem conhecimento de causa na área que nos interessa aqui? Em todo o caso nós pensamos com ele nas soluções normativas racionais e uniformes que venham de um grupo de especialistas parecem ter toda a força a excluir neste âmbito onde a quantificação é tanto multifatorial como nebulosa. No que concerne à equidade de acesso ao Sistema, as Autoridades políticas devem zelar ao menos para facilitar a equidade de acesso ao SAMU para todos, por meio das telecomunicações. De fato é certo que nós não poderemos jamais ser iguais diante de patologias urgentes, e não seria por este exemplo no plano geográfico: aquele que se acha "longe" dos recursos não tem as mesmas chances de tratamento que aquele que se encontra em um Centro Urbano mesmo que lhe demos ao menos a possibilidade de chamar ao telefone.

BASES ÉTICAS DOS SERVIÇOS MÉDICOS DE URGÊNCIA (Declaração de Lisboa)

PRIMEIRO PRINCÍPIO: AUTONOMIA E LIBERDADE

O cidadão tem o direito ao respeito de sua AUTONOMIA mesmo contra os cuidados que ele possa ter necessidade. Os profissionais dos Serviços Médicos de Urgência devem respeitar este direito do paciente na medida do possível, devem fazer o necessário para que as crenças, a confiança e o pudor sejam respeitados.

Mas, de fato, a verdadeira livre escolha é frequentemente impossível nas circunstâncias de urgência e será feita pelo menos por terapeutas os quais poderiam ter sido escolhidos pelos pacientes e dentro de seus interesses.

SEGUNDO PRINCÍPIO: BENEFÍCIO DE TODOS

Os profissionais dos Serviços de Urgência se engajam, na medida onde os meios existem e que lhes são eficientes, a realizar as melhores terapêuticas médicas e ajuda psicológica de maneira a melhorar a qualidade daqueles que restam a viver, para os próprios pacientes, assim como para os outros.

TERCEIRO PRINCÍPIO: O MENOR PREJUÍZO POSSÍVEL.

Os profissionais dos Serviços Médicos de Urgência conhecem a iatrogenia que ameaça todo ato terapêutico e que arrisca ser mais elevado quando é feito na pressa da urgência.

Eles advertirão seus pacientes e acompanhantes destes perigos na medida do possível e em particular nos casos onde aqueles invocam seus direitos ao acesso aos cuidados e à livre escolha para se beneficiar através dos Serviços de Urgência sem ter uma verdadeira necessidade objetivada por um profissional.

QUARTO PRINCÍPIO: JUSTIÇA, IGUALDADE E SOLIDARIEDADE

Os pacientes e seus acompanhantes serão avisados que, por motivos de EQUIDADE na distribuição dos recursos de Saúde, os profissionais encarregados da regulação das urgências devem estabelecer as prioridades, que não respeitam forçosamente ao princípio de igualdade do primeiro que chega - primeiro a ser atendido, desde que impõe-se atender primeiramente, e com mais recursos, aqueles que tem necessidade maior e mais premente.

Atendimento pré-hospitalar (Socorro, Assistência, Ajuda, Auxílio ou Atendimento?) e resgate

NITSCHKE, Cesar e MARTINEZ-ALMOYNA, Miguel

Muitas vezes os serviços pré-hospitalares são confundidos com serviços de resgate, que tem uma outra função constitucional. Entretanto estes serviços para sua ação ao nível das pessoas envolvidas com acidentes são complementares.

Resgate

O resgate se trata da ação de resgatar, e os serviços de urgência utilizam-no com o sentido de redenção, libertação. Assim sendo, o serviço de resgate deve ser aquele que se ocupa em libertar as pessoas de algo que as prende ou às ameaça. Esta atividade não é a atividade de profissionais de saúde e sim dos profissionais bombeiros que a exercem de forma constitucional. Assim sendo, não devemos confundir o atendimento pré-hospitalar com o resgate mas, naqueles casos em que sejam necessários, utilizar os mesmos de forma complementar. Assim, em casos de acidentes ou ameaças à segurança individual, estes serviços devem estar em sintonia e trabalharem de forma harmônica. Enquanto os profissionais de saúde trabalham no atendimento no que diz respeito à saúde do indivíduo, os bombeiros e a polícia trabalham na segurança deste indivíduo, no seu resgate de situações ameaçadoras e na prevenção de situações que possam piorar sua segurança assim como aos demais que se encontram à volta. O Resgate em outras áreas é feito por outros profissionais (Minas, Marinha, Indústria Perigosa, etc.).

Os cuidados são exclusivos dos profissionais de saúde

Os cuidados, mesmo urgentes, são oferecidos a qualquer homem cuja autonomia deve continuar a ser respeitada pelo profissional médico ao qual a coletividade delega direitos de exceção e deixa a liberdade de decisão técnica para que ele possa tratar o melhor possível (por exemplo: ele tem o direito de fazer ferimentos... se medicamente eles são úteis...).

O SAMU francês (Serviço de Atendimento médico de urgência) se caracteriza por sua liberdade de resposta para o pedido de ajuda médica que chega por um pedido expresso. É ao médico regulador que damos a responsabilidade de analisar o Pedido de Atendimento médico de urgência (PAMU) e de decidir a resposta, que pode ser, como veremos mais tarde, simplesmente a reorientação ou mesmo a recusa de ajuda desde que seja impossível avaliar a situação ou de dar uma solução ou quando não é da competência de um Serviço Médico e/ou de Urgência. É necessário que seja bem caracterizado esta atividade do Médico Regulador do SAMU que não está obrigado a Ajudar mas é obrigado a responder, o que será melhor estudado nos próximos capítulos.

O socorro, ou pelo menos o alerta às forças públicas, é dever de todos. O salvamento é a função básica das forças de segurança.

A confusão que reina nas Urgências Médicas vem, entre outras causas, da utilização de uma terminologia imprecisa e polêmica às soluções a serem oferecidas às necessidades da pessoa: Salvamento, Resgate, Socorro, Atenção, Assistência, Ajuda, Atendimento? Assim, é importante que adotemos termos concisos que traduzam bem esta autonomia do Médico Regulador mas também a do paciente.

O termo atenção, segundo o dicionário Caldas Aulete significa ação de atender, aplicar o atendimento ou os sentidos. Nos parece que este termo não dá a conotação completa do serviço executado pelo médico regulador e pelo serviço de atendimento médico de urgência.

O Auxílio, irmão do termo Ajuda, mesmo que tenha uma conotação moralizante não dá implicação de obrigação que deixa ao médico regulador dos serviços de urgência, a escolha da resposta ao pedido exprimido. O nome auxílio significa igualmente em português apoio e ajuda. O termo Ajuda pode igualmente ser utilizado mas, para os brasileiros ele subentende uma ajuda paternalista.

Assistência em Português tem um conteúdo muito vasto e regras de utilização precisa no domínio da saúde e conota a presença de um assistente e de um assistido ao qual são levados socorros. Assistência pública é definida no dicionário Aurélio como um serviço que leva rapidamente os primeiros socorros às pes-

soas em perigo. O SAMU não oferece seus socorros a não ser depois que o médico regulador tenha avaliado sua necessidade real e trata neste domínio como um serviço desde que despacha outros executores que não somente as unidades móveis de cuidados intensivos que são as antenas móveis. Frequentemente a simples orientação dada pelo médico regulador é suficiente para regradar o problema do pedido de cuidados urgentes. Além disto há uma conotação de favor, como é colocado no dicionário Caldas Aulete.

O termo Atendimento, segundo o dicionário Caldas Aulete, quer dizer prestar atenção, escutar, considerar, tomar em consideração, ter em vista, dar bom despacho, deferir, estar atento. Com toda esta concepção, sendo que o mesmo mantém a liberdade do Médico Regulador intacta e além disto praticamente contempla todas as etapas que são executadas em um Serviço Médico de Urgência, como pelo médico regulador, nos parece que é o termo Atendimento o mais adequado para utilizar-se em serviços onde há uma regulação médica, o SAMU.

O termo perigoso de Socorro deve ser absolutamente evitado onde a resposta é dada por um decisor que é médico. O médico exerce uma profissão liberal no sentido sociológico destes dois termos, é livre de suas decisões, o arquétipo do profissional que decide somente em função de seu saber e sob a vigilância de seus pares. O termo socorro contém a noção de resposta obrigatória tanto no sentido da legislação brasileira, como nos códigos de deontologia das profissões de saúde, que impedem o livre arbítrio do médico. Além disto, a recusa de levar socorro ao local de algum evento, pode ser punida pela lei.

Os Serviços de Urgência se chamam em português, e em italiano, "Pronto Socorro" o que implica que eles não podem recusar examinar aqueles que assim o desejem (que sejam rápidos.... em outras épocas havia a Virgem do Bom Socorro). Seria melhor chamá-los simplesmente Serviços de Cuidados de Urgência (e Serviços de Cuidados Eletivos para a área responsável pelas consultas e cuidados ambulatoriais).

Compararemos o termo Ajuda e Assistência em francês:

"Ajuda-te que o céu te ajudará" traduz apropriadamente o complemento livre e voluntário que oferece a pessoa que ajuda aos esforços pessoais do ajuda-

do e traduz corretamente a noção de ajuda, noção moderna introduzida pela reforma protestante e o liberalismo econômico e que em um certo sentido insinua que o abandono de deus é o responsável pelo seu estado. Vai prevalecer a noção mais humana e mais ampla de assistência e Socorro do fim da Idade Média Católica. Estes termos implicam uma obrigação de Socorrer o abandonado mesmo que seja pecador desde que de fato ele é representante de deus mas está incapaz de socorrer.

Somos levados a dizer nos nossos dias, Ajuda Social e não Assistência Pública (Termo este arcaico que subsiste em certos hospitais). Na França, o "A" de SAMU é dependente da saúde, quer dizer ajuda, embora na Bélgica, onde eles dependem dos bombeiros, ainda dizem assistência.

O melhor termo poderia ser Cuidados (Soins) em francês, mas deixaria uma sigla de difícil pronúncia (SSMU). A terminologia recentemente criada na França que qualifica os Serviços Hospitalares como "Serviços de Recepção e de Urgência" abrange o termo recepção que atribui a este serviço um papel social e hoteleiro vasto e que não poderá ser abordado dentro desta obra.

O termo socorro é igualmente em francês reservado aos socorros obrigatórios da Igreja (Socorro Católico, Socorro da Santa Igreja) e da Polícia (Socorro Policial) assim como dos bombeiros (Serviços de Socorros e de Incêndios), que traduz uma assistência total de um incapaz total. O Salvamento é um termo ainda mais enfático, que implica que a vítima perdeu toda a autonomia e deve sua vida aquele que a salva. Nos socorros em alto mar as leis de urgências são simples e arcaicas: O salvador torna-se capitão do barco que lhe lançou um S.O.S....

Propomos então definir o "A" de SAMU como Atendimento desde que este termo é ainda desprovido de conotação paternalista (cuidados). Serviço ou Sistema de Atendimento Médico Urgente nas línguas latinas nos parece mais pertinente que a tradução do inglês "Emergency Medical System" que seria "Sistema de Emergência Médica" mas que esquece que a urgência é mais ampla que a emergência.

Como temos a intenção de purificar a terminologia da urgência, aproveitamos para sugerir a supressão dos termos Reanimação e Ressuscitação que são pretensiosos e inúteis.

AS URGÊNCIAS MÉDICAS NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A legislação francesa dos SAMU. Aspectos médico-legais. A organização do atendimento das urgências no hospital.

REZENDE, P. e LUDES, B.

"La médecine d'urgence est la plus noble de toutes. Elle vient au secours de l'homme dans toutes les dimensions de sa brutale épreuve, souffrance physique, détresse morale et souvent misère sociale. Elle vaut que tout soit fait pour en assurer la qualité. Elle vaut que la collectivité concentre ses efforts et consente des sacrifices pour que chacun soit assuré qu'en cas de malheur, tout sera entrepris au plus vite et par les meilleurs, dans les meilleures conditions de sécurité".

Rapport Steg, septembre 1993.

I. A base legal

Na França a jurisprudência distingue de forma clara o modo de aplicação dos diferentes textos de lei, decretos, circulares administrativas, Código Penal, Código de Saúde Pública e Código de Deontologia Médica. ao exercício profissional do médico do SAMU e da instituição como tal. Portanto, existe na França uma formalização legal que concede estabilidade do SAMU, independentemente do poder político do momento.

As relações entre os diferentes parceiros do atendimento médico urgente, foram fixadas na França pela Lei n° 86-11 de 6 de janeiro de 1986 (Lei Lareng) e pelo Decreto n° 87-1005 de 16 de dezembro de 1987. A primeira, a lei n° 86-11 refere-se ao atendimento médico urgente e aos transportes sanitários. Por outro

lado o decreto n° 87-1005 refere-se às missões e à organização das unidades que participam do atendimento médico urgente denominado SAMU. Estes textos definem suas missões e suas obrigações.

O decreto n° 87-1005 estabelece no seu artigo 2 que " o SAMU tem por missão responder, por meios exclusivamente médicos, às situações de urgência". O artigo 3 do mesmo decreto define ainda, as missões exercidas pelo SAMU, a saber:

- assegurar uma escuta médica permanente;
- determinar e enviar sem demora, a resposta mais adequada segundo natureza dos chamados;
- assegurar a disponibilidade dos meios de hospitalização públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha;
- organizar a internação do paciente numa instituição hospitalar;
- organizar o transporte do paciente à uma instituição pública ou privada;
- assegurar a admissão do paciente num hospital.

Em referência à obrigação de assegurar uma escuta médica permanente, a lei n° 86-11 estipula que: " os centros de recepção e de regulação são interconectados, no respeito do segredo médico, com os serviços de polícia de incêndio e socorros". Este aspecto é ainda reforçado no decreto n° 87-1005 estabelecendo no seu artigo 8 que: "os centros de recepção e regulação dos chamados são dotados de um número único de chamados telefônicos, o 15. As instalações destes centros permitem transferências recíprocas de chamados e de conferências telefônicas". O legislador previu ainda que os centros de recepção dos chamados: n° 15 (SAMU) e n°18 (Bombeiros) se mantêm mutuamente informados das operações em curso e isto o mais rapidamente possível. Todo chamado que for feito fora de sua área de competência é reorientado por este mesmos números ao centro que lhe corresponde. O centro 15 é imediatamente informado dos chamados recebidos pelos Serviços de Bombeiros e de socorro sob n° 18, no caso de uma

situação de urgência que necessite de uma ação conjunta de meios médicos e meios de salvamento. A lei francesa decidiu, de maneira clara, em favor de centros de recepção de alerta distintos prevendo uma inter-conexão entre os dois.

O artigo 10 do decreto n° 87-1005 estipula que os centros de recepção e de regulação dos chamados (centro 15) devem ser obrigatoriamente implantados num hospital. O decreto dispõe de maneira clara que o SAMU devem possuir recursos humanos médicos e não médicos, bem como recursos materiais e equipamentos adaptados às necessidades do serviço e às necessidades da população. Eles devem funcionar 24 horas por dia, todos os dias do ano.

Quanto ao financiamento dos SAMU a lei 86-11 prevê nos seus artigos 5 e 8 que as despesas dos Centros de Recepção dos Chamados urgentes são financiados por contribuições que podem provir dos regimes obrigatórios da Previdência Social, do Estado e das coletividades territoriais¹. As despesas de transporte dos pacientes são reembolsadas pelo Seguro Saúde público ou privados. A mesma lei no seu artigo 8 define precisamente a noção de transporte sanitário: "constitui um transporte sanitário no sentido da presente lei, todo transporte de uma pessoa enferma, ferida ou parturiente, por razões de tratamento médico ou de diagnóstico, segundo prescrição médica, ou em caso de urgência médica, efetuado por meios de transportes terrestres, aéreos ou marítimos, especialmente adaptados para este fim"; "toda pessoa ou empresa efetuando um transporte sanitário deve ser homologada pela autoridade administrativa competente(...), toda pessoa ou empresa que tenha efetuado um transporte sanitário sem homologação será punida com uma multa de 2 000 a 20 000 Francos" (400 à 4.000 US \$).

Assim na França foram regulamentadas por uma lei aprovada pela Assembleia Nacional e sancionada pelo Presidente da República as noções fundamentais do atendimento médico urgente pré-hospitalar. Através desta base legislativo, apareceram as definições da atividade dos SAMU e SMUR:

¹ Municípios, Departamentos, Regiões.

- regulação - recepção - coordenação
- segredo médico
- financiamento pela Previdência Social, o Estado e o Seguro Saúde (público ou privado)
- inter-relação com a medicina privada.

II - A regulação médica

O SAMU é um serviço hospitalar que efetua num contexto bastante complexo intervenções médicas fora do hospital. Elas expõem o médico regulador à implicações médico-legais tão variadas quanto são os motivos de intervenção. Não se deve esquecer que o médico pode ser levado a dar explicações sobre a atividade profissional que escolheu. O médico regulador é o pivô do centro de recepção e de regulação dos chamados exclusivamente médicos (centro 15). Na rede de socorros, ele é o primeiro a ser contatado. Sua responsabilidade é posta em jogo desde a recepção do chamado até a execução do socorro solicitado.

O Código Penal francês nos seus artigos 226-13 e 226-14, estipula que toda pessoa que vive em solo francês deve prestar socorro dentro de suas possibilidades a todo indivíduo que estiver em perigo. O artigo 4 do Código de Deontologia Médica aplica de maneira clara esta obrigação aos médicos. O médico regulador do SAMU vê, desde o chamado, sua responsabilidade engajada. É preciso dar respostas à situações que ele deve fazer face.

O papel do médico regulador é de efetuar uma triagem médica entre as urgências aparentes e as urgências reais. Ele deve apreciar a urgência real afim de não dispensar seus meios de ação e assegurar-se que a ordem dada foi eficaz e que ela foi cumprida.

A apreciação do perigo pode ser sujeita à erro e ao médico regulador não é exigida uma obrigação de resultados. Ele deve, no entanto, poder demonstrar e justificar as razões da decisão que ele tomou. Por esta razão é importante con-

servar todos os elementos de informação que justificaram sua decisão. Além disso ele não pode se desinteressar da operacionalização do socorro. Ele deve acompanhar inteiramente o seu desenrolar. Existe, ao nível do SAMU, uma verdadeira corrente de responsabilidades e, se o chamado é transmitido à um novo profissional, a responsabilidade deste é então engajada. Se ele é falho, ele deverá responder de sua falta. No entanto, a intervenção deste novo ator não livra totalmente o médico regulador de suas obrigações. Ela depende da qualificação e da qualidade do novo ator. Em caso de hospitalização num serviço especializado, a responsabilidade do regulador se interrompe no momento da admissão do paciente.

Tendo recebido vários chamados simultaneamente, o médico regulador pode decidir de diferir uma intervenção afim de privilegiar uma outra. Estas manipulações podem ter conseqüências importantes para os pacientes e o médico regulador pode ser responsabilizado devido as decisões que tomou. A justiça intervém sempre a posteriori, assim, insistimos que todos os elementos que justificarem uma decisão tomada pelo médico regulador devem ser anotados e conservados, como por exemplo, os chamados simultâneos e sua gravidade estimada afim de que ele possa responder a eventuais questionamentos. Toda comunicação deve ser gravada em fita magnética. A digitação da informação por computador será memorizada no sistema de informática do SAMU. Os documentos anotados à mão serão igualmente arquivados. Os diferentes registros devem ser sem defeito provando assim sua autenticidade. Cada pessoa que tomou parte no atendimento deve ser identificado.

A regulação médica repousa sobre o "casal" médico-TARM². As decisões tomadas pela TARM engaja o SAMU como as que foram tomadas pelo médico regulador.

A regulação médica do SAMU pode ser diretamente solicitada pelos serviços de polícia para a busca de uma pessoa ou a averiguação de identidade. É en-

²TARM - Técnico auxiliar de regulação médica.

tão necessário fazer a diferença entre as questões que interessam as famílias e as que seriam solicitadas para a busca de um indivíduo em infração.

No que interessa às famílias, o SAMU deve ajudar a polícia segundo as informações que possui.

Ao contrário, se as forças de polícia interrogam o SAMU para saber se um ferido por ocasião de uma manifestação pública, durante um ataque à mão armada ou de um roubo com infração, foi atendido pelo SAMU, não será possível ao médico regulador de responder a esta questão. Não compete ao médico de denunciar uma vítima ferida por arma branca ou arma de fogo (art. 223 do Código Penal).

III - A intervenção

Em caso de uma intervenção todas as responsabilidades do SAMU e de cada um dos profissionais que nela participaram são bem definidas. O SAMU deverá responder diante dos tribunais todo dano que ele poderá eventualmente ter criado.

Cada ator é responsável penalmente por seus atos e de suas abstenções. Esta responsabilidade aumenta com a sua competência. O médico regulador é responsável pela escolha que ele fez de sua equipe. Se ele enviar uma equipe mal constituída, incompetente, ele poderá ser responsabilizado. Uma falta na organização do serviço também engaja a responsabilidade do hospital sede do SAMU.

Um paciente consciente pode recusar um atendimento ou uma hospitalização. O atendimento de um sujeito consciente só pode ser realizado com o seu consentimento esclarecido. Em caso de recusa, é necessário lhe fazer assinar um documento atestando esta recusa, pondo em evidência o fato de que o enfermo foi corretamente informado das conseqüências e, em particular, dos riscos que esta decisão pode lhe fazer correr. Assim mesmo, este documento não exonera completamente o médico de sua responsabilidade. A hospitalização a pedido de terceiros pode ser considerada.

Quando um paciente esta inconsciente, o médico deve agir segundo a sua consciência e buscando o melhor para o paciente. Ele não deve levar em conta a opinião de terceiros, presentes ou não no local do acidente, quaisquer que sejam estas pessoas.

Em se tratando de menores ou incapazes, a opinião dos pais ou tutores legais se impõe. Se o médico considera que o tratamento ou a hospitalização são indispensáveis apesar da opinião dos pais ou tutores legais, ele deve requerer o Procurador da República ou Juiz de Menores do seu setor. Esta solicitação poder ser feita pelo telefone.

Durante uma urgência absoluta, a prioridade deve ser dada ao tratamento, a regularização administrativa será feita num segundo tempo.

A lei de 31 de dezembro de 1970 garante aos toxicômanos o mais estrito anonimato quando um médico é chamado para um caso de intoxicação. A regulação do SAMU e a escolha dos recursos a serem utilizados no atendimento devem ser adaptados ao caso, com o objetivo de que os drogados ou seus familiares não hesitem a chamar o SAMU.

Face ao óbito em geral o problema é de fato de saber se o óbito supõe ou não um problema médico legal. De modo geral e para simplificar:

- não existe problema maior se o óbito ocorre no caso de uma patologia ou uma enfermidade grave preexistente;
- o problema existe no caso de uma morte súbita ou imprevisível e de morte violenta (crimes, suicídios ou acidentes).

Exceto na primeira hipótese, a maior circunspeção se impõe na redação e na entrega do certificado de óbito. No local da intervenção um simples "atestado de morte" permite interromper o atendimento e eventualmente a transferência do

corpo ao necrotério.. O Certificado de óbito será dado após o retorno da equipe do SAMU ao hospital numa situação menos emocional. Em caso de morte suspeita é o dever do médico do SAMU alertar o Procurador da República.

Antes da chegada dos representantes da justiça ou da polícia no local da intervenção o médico não deve tocar em nada e evitar assim que sejam alterados ou suprimidos os índices susceptíveis de facilitar um inquérito ulterior. As equipes do SAMU devem pensar em consignar por escrito todos os atos de terapia intensiva efetuados (punção de vasos sanguíneos, incisões para colocação de drenos torácicos, etc.).

Face às mortes violentas, é necessário de definir regras de conduta claras e formais. Não compete ao médico o pedido de abertura de um inquérito judiciário. O médico não é um auxiliar da polícia ou da justiça. Em caso de óbito, se o médico estima que existe um obstáculo médico legal à inumação, ele recusará o certificado de óbito. Esta recusa abrirá necessariamente um inquérito judiciário.

Os suicídios representam um caso particular pois se trata de morte violenta. Se o médico tem certeza do diagnóstico de suicídio, ele pode considerar que não há obstáculo médico legal à inumação

Diante de uma morte violenta, o médico do SAMU não tem nenhuma obrigação de fazer uma descrição detalhada das lesões constatadas, salvo se ele é requisitado pela autoridade competente. Estas constatações são da alçada dos médicos legistas que podem ser chamados pela polícia ou pela justiça ou mesmo pela família.

O médico do SAMU somente se libera de sua responsabilidade quando passa o paciente a uma nova equipe médica. A melhor transmissão é a relação direta de médico à médico. Esta relação oral deve ser confirmada por uma ficha de intervenção, cuja duplicata deve ser arquivada no SAMU. Ao chegar ao hospital o médico deve se assegurar que a transmissão do caso foi efetuada. Ao contrário ele deverá continuar a se ocupar do ferido.

IV- O segredo profissional

Na França, o segredo profissional procede de disposições legais e regulamentares.

O Código Penal determina:

1- No artigo 226-13 que: " a revelação de uma informação de caráter secreto por uma pessoa que é depositária da mesma, seja pelo seu estado ou por profissão, seja em razão de uma função ou de uma missão temporária, é punida de um ano de prisão ou de multa de 100 000 F" (US\$ 20.000).

2- No artigo 226-14 que " o artigo 226-13 não é aplicável no caso em que a lei impõe ou autoriza a revelação do segredo. Além do mais ele não é aplicável:

2.1. Àquele que informa as autoridades judiciárias, médicas ou administrativas de maus tratos ou privações que ele tiver conhecimento e que tenham sido infringidas a um menor de quinze anos ou a uma pessoa que esta impossibilitada de se proteger devido a sua idade ou ao seu estado físico ou psíquico;

2.2. Ao médico que, tendo o acordo da vítima, leva ao conhecimento do Procurador da República os maus tratos que ele constatou no exercício de sua missão e que lhe permite de presumir que violências sexuais de qualquer natureza foram cometidas".

O decreto de 2 de junho de 1979 relativo ao Código de Deontologia Médica, concerne unicamente os médicos. Este decreto define as suas obrigações. Ele determina no seu artigo 12, que: "o médico deve velar para que as pessoas que lhe assistem no seu trabalho sejam instruídas de suas obrigações em matéria de segredo profissional e que se conformem a estas obrigações".

Durante as intervenções de atendimento médico urgente pré-hospitalar, esta regra absoluta da deontologia médica, é transgredida cada dia e por múltiplas razões.

A Polícia e/ou a Polícia militar estão presentes no local do acidente. Esta presença pode parecer como uma verdadeira violação do segredo médico. As ameaças quotidianas ao segredo profissional podem acontecer durante o atendimento: durante o chamado, o alerta, a transmissão de mensagens radiofônicas ou telefônicas, a redação da ficha de intervenção, nas relações com a imprensa. O segredo médico não é absoluto. Ele é relativo pois comporta derrogações legais justificadas pelas necessidades públicas, sanitárias ou pelo interesse do paciente. Face às situações do atendimento médico urgente pré-hospitalar, o respeito do segredo instituído no interesse do enfermo, do ferido ou da profissão, supõe problemas difíceis a serem resolvidos no local da intervenção. Apesar disto é importante que o enfermo ou o ferido atendido pelo SAMU possa beneficiar-se pelas proteções previstas na lei. O acesso das forças de polícia à vítima não pode ser recusado pelo médico, salvo se ele considera que o estado de saúde da mesma não o permite.

O decreto de 16 de dezembro de 1987 ao qual já nos referimos, organiza a colaboração do números de chamado 15-17-18 (alerta triangular SAMU-polícia-bombeiros). Ele ratifica desta maneira uma violação do segredo médico. Assim, esta evolução do conceito de segredo médico expõe os atores, no local da intervenção, à problemas delicados e pode dar margem a excessos, tendendo a restringir os direitos do indivíduo.

A colaboração do SAMU com os bombeiros é quotidiana. Ela se exprime numa partilha do segredo. Com efeito, os bombeiros devem observar o segredo médico. De fato os artigos 226-13 e 226-14 do Código Penal sobre o segredo profissional se aplica às profissões de saúde mais ele é ampliado a "toda pessoa depositária pelo seu estado ou por função temporária ou permanente dos segredos que lhes foram confiados". Esta formulação concerne os bombeiros. Compete ao

comandante do corpo de bombeiros como também ao médico presente no local da intervenção, explicar estas regras a todos os atores.

Os jornalistas seguidamente ao par dos fatos como testemunhas, não obtendo informações dos médicos do SAMU ou dos hospitais, se informam junto à polícia, à polícia militar ou mesmo junto aos bombeiros. É importante de insistir aos TARMs, ao pessoal paramédico, aos técnicos, às secretarias e aos encarregados da escuta radiotelefônica, da necessidade do segredo profissional. É preciso ser muito prudente para evitar todo sensacionalismo principalmente em relação aos jornalistas.

V - O atendimento das urgências no hospital

Para que um SAMU funcione de maneira satisfatória é indispensável que ele tenha a sua disposição um ou vários serviços hospitalares de atendimento imediato das urgências transportadas por ele.

Atualmente, na França, o atendimento das urgências no hospital é regida pelos decretos n° 95-647 e n° 95-648 de 9 de maio de 1995. Estes dois decretos se inspiram nas recomendações emitidas pelo Relatório da Comissão Steg, nomeada pelo Ministro da Saúde em 1991 com objetivo de lhe fazer proposições em vista de uma reestruturação global da organização das urgências hospitalares na França.

A Comissão Steg em suas proposições publicadas em 1993, ressaltou a seguinte regra geral para a organização das urgências: "qualquer que seja o tipo de organização das urgências é importante que, ao nível de cada hospital, três imperativos sejam respeitados:

- a permanência - o atendimento das urgências deve ser assegurada 24 horas por dia, todos os dias do ano;
- a competência - toda atividade de decisão médica deve ser assegurada por um médico sênior, formado em urgências;

- a responsabilidade - com uma definição clara do papel de cada um afim de assegurar em caso de urgência o acesso a todos, o mais justo possível, à um tratamento de qualidade".

Em se tratando da organização propriamente dita, a Comissão Steg propôs (e os decretos citados tornaram obrigatórios), que o atendimento das urgências nos hospitais, à vocação geral, seja organizado segundo dois tipos de estruturas:

- Os Serviços de atendimento imediato das urgências

- Os Serviços de recepção e de orientação de urgências

1. Os Serviços de atendimento imediato das urgências

Os decretos nº 95-647 e nº 95-648 de 9 de maio de 1995 estipulam em detalhes as características e as condições técnicas de funcionamento destes dois tipos de serviços. Fazendo referência ao serviço de primeiro tipo - Serviço de atendimento imediato de urgências - o artigo 712-64 do decreto 95-647 determina que "um hospital não pode receber autorização para fazer funcionar um serviço de atendimento imediato e de tratamento de urgências sem que ele disponha de serviços de hospitalização completa: de terapia intensiva, medicina geral ou medicina interna, de cardiologia, cirurgia visceral, ortopedia, traumatologia, ginecologia, pediatria bem como unidades de oftalmologia, ORL, psiquiatria e anestesia".

O serviço deverá, dispor de locais distribuídos em 3 zonas (art. 712-56 do decreto 95-648):

- Um local de recepção e triagem;

- Locais de exames e de tratamento comportando uma ou várias salas, segundo as necessidades equipadas de meios de terapia intensiva;

- Locais de observação de curta duração, comportando 3 à 5 boxes individuais, por 10 000 passagens por ano no serviço.

Todos os médicos do serviço deverão possuir uma formação em urgências, seja por qualificação universitária seja por estágio de pelo menos um ano, num serviço de urgências. Os estudantes e residentes poderão estagiar durante sua formação neste serviço, (art. 712-54 do decreto 95-648).

Todos membros da equipe paramédica deverão ter adquirido uma formação às urgências tanto durante seus estudos quanto por formação ulterior, (art. 712-55).

O hospital deverá possuir obrigatoriamente (art. n° 712-57 e n° 712-58 do decreto n° 95_648):

- um bloco operatório perfeitamente equipado, com sala de recuperação pós-operatória abertos, ambos 24 horas por dia, todos os dias do ano;

- Equipamentos que permitam de se praticar 24 horas por dia, todos os dias do ano, técnicas de radiologia clássica, ecografia, tomografia computadorizada, explorações vasculares, principalmente angiografia;

- Possibilidade de praticar os exames usuais de endoscopia e laparoscopia;

- Um laboratório de análises clínicas podendo praticar 24 horas por dia, todos os dias do ano, exames em bioquímica, hematologia, hematobiologia, microbiologia, toxicologia, bem como testes relativos a hemostase, gases do sangue e fornecer rapidamente os resultados obtidos.

- Um banco de sangue

Referindo-se a obrigação de plantão permanente, o artigo 712-65 do decreto 95-647 determina que "um serviço de atendimento imediato e tratamento das

urgências deve receber, sem selecionar, 24 horas por dia, todos os dias do ano, toda pessoa que apresentar uma situação de urgência, inclusive psiquiátrica e a tratar, principalmente em caso de urgência vital".

Um hospital habilitado a receber urgências deverá possuir um Serviço móvel de urgência e reanimação (SMUR) destinado a efetuar intervenções médicas extra-hospitalares no quadro do atendimento médico pré-hospitalar (art. 712-71).

2. O Serviço de recepção e de orientação das urgências

O segundo tipo de serviço de urgências hospitalares - Serviço de recepção e de orientação das urgências - é uma estrutura recentemente criada na França. Em geral elas estão sediadas em hospitais de porte menor e que não possuem serviços especializados. Os serviços deste tipo tem por vocação de receber pacientes de menor gravidade. As urgências graves ou aquelas que necessitam a intervenção de especialistas não lhe são enviadas. O funcionamento médico deste tipo de estrutura cobre essencialmente as urgências de "medicina geral" ou de "dispensário". Ele também trata dos casos de cirurgias simples. Estas urgências são recebidas e tratadas pelo médico do dispensário. Em caso que uma urgência grave se apresenta, ela é acolhida, os primeiros socorros dispensados e transferida por uma ambulância enviada pelo SAMU e em colaboração com o Centro 15, à um serviço de primeiro tipo ou a um polo especializado de um hospital de porte maior. Os artigos n° 712-67, 712-68 e seguintes do decreto n° 95-647 tratam em detalhes da organização e funcionamento destas estruturas leves de recepção de urgências hospitalares.

Para que estas duas unidades de atendimento das urgências funcionem de maneira, harmoniosa, duas condições são indispensáveis:

- E preciso que o sistema de regulação pré-hospitalar funcione de maneira satisfatória e eficaz. É dele que efetivamente depende a boa orientação dos pacientes a uma ou outra estrutura. Para isto é necessário de implantar os centros 15,

onde eles ainda não existem com a finalidade de aperfeiçoar o dispositivo existente,

- Melhorar a medicalização e estruturar melhor os SAMU -SMUR afim de aperfeiçoar a rede de transportes sanitários de urgência existentes.

A qualidade da regulação médica e a eficiência dos transportes sanitários são fundamentais para uma boa orientação dos pacientes em direção destas duas estruturas consideradas. Finalmente os Serviços de Atendimento Imediato das Urgências e de Recepção e Orientação devem ser integrados num conjunto complexo que constitui a rede de atendimento de urgência. Ela comporta a sua fase pré-hospitalar, os meios móveis do SAMU e as diferentes estruturas de recepção das urgências no hospital

VI - Conclusão

As autoridades governamentais francesas decidiram a partir de 1986, de legislar sobre do atendimento médico urgente pré-hospitalar e hospitalar. Com efeito o atendimento médico urgente se caracteriza por uma multiplicidade de parceiros. A insuficiência de coordenação entre eles, quando não existe uma legislação apropriada, é sempre causa de confusão, de anarquia e de desperdício de recursos financeiros. Esta multiplicidade se constata em vários níveis. Em primeiro lugar existe uma clivagem entre, o público e o privado; há parceiros públicos (hospitais, bombeiros, polícia, polícia militar) e privados (médicos generalistas, hospitais privados, empresas privadas de atendimento médico urgente). Há igualmente uma clivagem entre o que é médico e o que não é: médicos públicos e privados de um lado; bombeiros e ambulâncias privadas de outro.

Somente uma coordenação entre os diferentes parceiros permitirá garantir uma maior eficiência na utilização dos meios disponíveis. A lei de 6 de janeiro de 1986 e os decretos que se seguiram, definiram as noções fundamentais do atendimento médico urgente pré-hospitalar e o papel que deve ser desempenhado por cada parceiro público ou privado, médico ou não médico. Os textos legislati-

vos e regulamentares fixaram um quadro das relações entre eles. Estes textos definiram as suas missões, seus direitos, suas obrigações.

A jurisprudência na França, determinou a maneira como se aplica a lei no exercício profissional dos diferentes parceiros do atendimento médico urgente pré-hospitalar.

A medicina de urgência extra-hospitalar é uma nova especialidade. Ela se confronta no seu exercício à situações de ordem médico legal. A jurisprudência determina a maneira como os textos do Código Penal, Civil, da Saúde Pública e da Deontologia Médica se aplicam ao exercício profissional dos parceiros do SAMU (médicos, bombeiros, Polícia). Os diferentes aspectos do exercício desta medicina especial (regulação médica, intervenção extra-hospitalar, relação com o sistema judiciário, polícia e imprensa), foram tratados em função dos diferentes textos existentes na França.

Afim de melhor estruturar e organizar o atendimento das urgências nos hospitais, o Ministro da Saúde nomeou em 1991, uma Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências. Esta comissão sob a presidência do Professor A. Steg publicou um relatório em setembro de 1993.

Tendo como base as recomendações do Relatório Steg dois decretos foram publicados em maio de 1995. Estes dois decretos (nº 95-647 e nº 95-648) criaram dois tipos de estruturas segundo o nível de atendimento - Os Serviços de atendimento imediato das urgências e o Serviço de recepção e das orientação de urgências que reestruturaram e reorganizaram as urgências hospitalares na França.

O SAMU e sua localização dentro da estrutura de saúde do Brasil

AGUIAR, Aldrovando Nery

A estrutura de Saúde Pública no Brasil configura-se por uma extensa rede de unidades distribuídas por áreas físicas diversas e com perfis de atendimentos variados, vinculados aos diversos níveis da esfera administrativa de governo, funcionando na maioria das vezes de maneira independente o que dificulta de sobremaneira a organização do sistema em referência e contra-referência.

No ano de 1985, através de Decreto o Governo Federal esboça a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) que é posteriormente substituído na Constituição de 1988 pelo Sistema Único de Saúde, universalizando, assim, o atendimento da população e tentando com isso organizar os diversos serviços existentes em um sistema único. A mencionada constituição tem ainda o caráter municipalista e destina aos municípios a tarefa de administrar o sistema trazendo para esta esfera de governo a responsabilidade de organização e gerenciamento dos recursos do Sistema único de Saúde.

Diante dessa situação o serviço de atendimento pré-hospitalar passa a desempenhar papel importantíssimo na organização da rede de atendimento de saúde no Brasil, devendo pois, ser um serviço municipal, que além da missão de realizar o atendimento de urgência/emergência na área de pré-hospitalar tem ainda o papel de garantir o acesso do paciente à rede hospitalar, organizando a demanda do sistema de acordo com o perfil de cada hospital, necessitando para isto da criação de mecanismos tais como, formação e controle de uma central de leitos de urgência a qual vai permitir uma visualização dos leitos disponíveis no sistema para internação.

Diante da complexidade da rede de atendimento de saúde bem como da diversidade de instituições e dos diversos perfis de atendimento, não podemos conceber um SAMU que seja somente mais um serviço de um determinado hospital, que fatalmente será a cara do mesmo que lhe acolhe, sofrendo assim sua influência direta no perfil de atendimento. É imprescindível que o SAMU esteja vinculado à estrutura de controle sobre a ação do sistema de urgência/emergência municipal da Secretaria de Saúde, pois devido a sua missão que é a de garantir aces-

so a rede hospitalar de internação, otimizar recursos na área de urgência/emergência, garantir igualdade de oportunidade aos usuários do sistema, dentro dos princípios de autonomia de livre escolha do usuário, quase que obriga ao SAMU colocar-se dentro de uma estrutura administrativa que possibilite a execução desse trabalho, devendo de acordo com a realidade brasileira ser um serviço municipal de saúde, dado ao caráter municipalista de nossa constituição, com nível organizacional e hierárquico em paridade com a instituição hospitalar, para que possa desempenhar o papel de regulador do sistema de referência e contra-referência dentro do âmbito municipal bem como gerenciar suas necessidades administrativas e financeiras de acordo com sua missão, que neste modelo, ultrapassa o nível de gerenciamento de um serviço de hospital.

A rede de cuidados de urgência: uma nova abordagem para os profissionais, um fato político e humano para a sociedade.

GIROUD, Marc

1. A realidade que está nascendo das redes de cuidados de urgência.

Os profissionais da urgência são prescritores de recursos. Todos prescrevem recursos, mas os profissionais de urgência o fazem em um grau particularmente elevado.

A triagem inicial e a orientação – orientação imediata ou ligeiramente diferente por um exame primário – são específicos ao exercício da medicina de urgência.

É interessante constatar que, de uma maneira geral, a preocupação na gestão dos recursos está mais presente no espírito dos médicos de urgência que naqueles médicos de outras disciplinas (especialidades).

A orientação – definida mais ou menos rapidamente ao longo da solicitação de atendimento médico de urgência – não deve constituir-se apenas de uma das orientações possíveis, mas a mais adaptada e a mais pertinente em função das possibilidades ofertadas. Quer se trate de deslocar um paciente (e determinar por qual meio), de hospitalizá-lo (e de determinar em que unidade) ou de recusar hospitalizá-lo (e liberando conselhos, prescrições, orientações para uma consulta, carta ao médico assistente, etc..).

Ainda mais que todos os serviços hospitalares clássicos de cuidados, o serviço de recepção das urgências é dependente de suas relações com os diferentes parceiros.

- Além disto: centros de recepção e de tratamento dos chamados, médicos de família e serviços de cuidados primários de saúde, transportadores sanitários...

- Lateralmente: radiologia, laboratórios, serviços especializados susceptíveis de fornecer os consultores.
- No aval : unidades de hospitalização de seu próprio estabelecimento ou de outros estabelecimentos, recursos de tratamento externos.

Em medicina pré-hospitalar, os colegas estrangeiros que vem visitar os serviços de atendimento médico de urgência (SAMU) da França ficam tocados pelos três pontos seguintes:

- A implicação dos médicos hospitalares no local do evento;
- A integração dos diferentes recursos, principalmente pré-hospitalares e hospitalares;
- A existência de uma regulação médica.

Por todas estas razões, os profissionais de urgência têm, na França, assim naturalmente uma “prática de rede”.

Esta prática deriva em múltiplos planos (lista não extensa)

- Regulação médica:
 - orientação dos solicitantes através de interventores múltiplos
 - orientação dos pacientes para o hospital – e o serviço – o mais adaptado.
- Organizações integradas dos diferentes companheiros:
 - plantões dos médicos generalistas privados
 - plantões dos ambulanceiros privados
 - cooperação entre SAMU – Serviço de Incêndio e Socorro dos Bombeiros
 - atendimento dos coronariopatas em uma cadeia contínua
- Iniciativas locais no meio rural:
 - implicação dos médicos rurais no atendimento inicial dos pacientes mais graves,
 - cooperação entre o hospital próximo e o hospital de referência.
- Cooperação quotidiana evoluindo para verdadeiros companheiros,

- Pesquisas e estudos inter-disciplinares sobre as necessidades de um setor
- Comitê de companheiros
- Protocolos consensuais sobre a orientação dos pacientes,
- Intercâmbios inter-disciplinares (participação dos médicos generalistas na regulação médica do SAMU, no funcionamento do serviço de recepção de urgências hospitalares
- Avaliações comuns.

2. O fato político

Ferramenta ainda incompletamente explorada, a regulação médica das solicitações de atendimento médico de urgência parece, atualmente na França, que tem um duplo interesse que não aparece assim tão claro há vários anos:

- assistir os pacientes desamparados em presença de uma urgência
- contribuir à otimização da gestão dos recursos da comunidade.

O primeiro ponto é aquele que tem justificado a realização da regulação médica. Para os práticos de urgência, resta e restará o essencial e a prioridade. Entretanto, os recursos não sendo infinitos, o profissional não pode ser indiferente a uma abordagem comunitária: se a prioridade deve naturalmente ser dada ao primeiro paciente que chama ou que se apresenta, o segundo não deve ser inutilmente privado de recursos raros; assim, o profissional considera-lhe como legítimo uma utilização comedida, apropriada e, desta maneira, otimizada de recursos.

Para o “político”, a regulação médica é também um meio de rentabilização dos esforços consentidos pela comunidade, assim como ver igualmente um meio de planejamento e de disposição do território. A existência de uma regulação médica animando uma rede coordenada de cuidados de urgência pode, de fato, ser percebida pelo político como um meio de facilitar o fechamento de poucos estabelecimentos de proximidade muito custosa.

As duas visões, aquelas do prático e aquelas do político, sendo todas as duas legítimas.

É conveniente entretanto, que cada um se limite ao seu domínio de competência e se guardar de exercer as responsabilidades no domínio que não é o seu.

Neste aspecto, o médico prático deve se recusar a integrar as considerações comunitárias dentro de uma decisão individual relativa à doença específica. Por outro lado, o cidadão médico pode formular os pareceres sobre uma organização coletiva, aqui de uma maneira geral e fora de uma situação concreta relativa diretamente a uma pessoa doente.

A otimização de utilização dos recursos é uma preocupação de gestão.

A otimização de utilização dos recursos e da qualidade de cuidados podem lembrar, e de uma certa maneira se oporem. É como esta, por outro lado, que o grande público se ressentente.

Os especialistas de urgência sabem entretanto, que as duas visões, se completam e se potencializam. As preocupações dos gestores de saúde e aqueles dos práticos em urgências se potencializam. As preocupações dos gestores de saúde e dos profissionais de urgência se agrupam: a qualidade supõe, de fato, o agrupamento de alguns serviços e cada um entra em acordo considerando um funcionamento em rede como indispensável corolário no agrupamento dos serviços especializados.

3. Os passos para uma rede de cuidados de urgência mais competentes

Embora as incontestáveis conquistas aqui assinaladas e de numerosas iniciativas remarcáveis, a realidade das redes permanece fragmentada.

O paciente, na França como sem dúvida em todo o mundo não entra em urgência dentro de um sistema mas sim dentro de um serviço!

Ainda falta muito, em muitos aspectos, para que nossas estruturas de urgência funcionem verdadeiramente em rede

O quadro de exercícios não é neutro

O hospital é um empregador. Um grande empregador. Esta realidade esmaga o debate atual sobre a reestruturação das urgências. As autoridades locais que tem utilizado todos os recursos de seus poderes para construir, desenvolver, equipar seu hospital o defendem com um ardor sem igual e temem toda mudança.

A direção hospitalar se apóia sobre a atividade do estabelecimento para garantir-lhe ou aumentar-lhe os recursos.

Os profissionais hospitalares ganham sua reputação sobre a quantidade de pacientes que eles tratam.

O Serviço de urgência, pensam eles, é sua carta na manga.

A pressão então é muito forte sobre os médicos da urgência para que eles valorizem as estruturas de seu próprio estabelecimento e encaminhando os pacientes que estão sob sua responsabilidade de orientar.

Não existe um guia sobre a orientação dos pacientes

Nenhuma recomendação existe de forma a determinar o local de atendimento de um paciente.

A determinação do estabelecimento de cuidados do serviço de recepção é classicamente considerado como relevante de uma livre apreciação pelo médico que está encarregado do doente. Uma tal concepção da orientação tem, sem dúvida, sua justificativa no médico de família onde existe um contrato pessoal entre o doente e seu médico. Em medicina hospitalar de urgência, esta forma de agir, muito corrente, não é conveniente: a orientação deveria ser determinada em função de critérios objetivos e anunciados.

Não existe igualmente um guia de relacionamento entre serviços

O fundamento social e jurídico do ato de orientação permanece a ser delimitado

A relação entre a otimização da utilização dos recursos e os riscos incorridos pelo prescritor são, em primeira análise, desconcertantes: parece, de fato, que os riscos de erros e de queixas crescem com a otimização dos recursos. De outro lado, quanto mais o profissional economiza os recursos, mais ele assume o risco de se ver reprovado. Isto pode ter como consequência a esterilização do ato

de regulação médica. O bom regulador se expõe a queixas, enquanto o mal regulador permanecerá inatacável mesmo se ele desperdiça os recursos e expõe assim outros pacientes à sua ausência quando necessitarem.

É conveniente então definir mais claramente o que a sociedade espera do regulador.

A cultura dos atores da urgência não é sempre suficientemente voltada para uma rede

A necessária independência profissional do médico condiciona um individualismo que lhe prepara incorretamente para atender as lógicas coletivas. A orientação do paciente dentro de um “circuito pessoal” se enquadra bem com esta cultura individualista. Seria melhor que incluir o paciente em uma rede que seria julgada “impessoal”.

A dependência a seu serviço e a seu estabelecimento é um dos fundamentos da vida hospitalar. Assim sendo, a busca da qualidade concebe no seio de sua unidade, muito mais que em uma concepção mais ampla, além do de seu estabelecimento.

O contrato médico-doente é experienciado como uma apropriação do segundo pelo primeiro.

Um paciente é, de qualquer forma, a propriedade do serviço que lhe “detém”. Isto corresponde a uma preocupação, bem real e legítima, de eficácia e de responsabilidade, mas freia a cooperação entre serviços. Toda a transferência de paciente para um outro estabelecimento é visto como uma ruptura.

O paciente-cliente não é geralmente informado das possibilidades que lhe são oferecidas.

O usuário está ausente dos debates sobre a organização da urgência

Estas constatações dão indicações precisas dos objetivos a empreender.

Sem poder descrever muito claramente o caminho a perseguir, indicamos algumas passagens obrigatórias:

- criar um sistema global de informação;

- reforçar a realização de parcerias entre os atores (comitês para realizar o conjunto de estudos, protocolos, avaliações.);
- estabelecer procedimentos consensuais;
- promover uma nova cultura coletiva (contratualização, prioridade ao cliente, abordagem global das questões da urgência, avaliação da rede e não somente dos serviços...);
- associar o paciente-cliente dos debates (comitê de usuários).

4. Uma proposta para avançar mais rapidamente para uma rede de cuidados de urgência

A prática cotidiana de regulação médica e de orientação dos pacientes em urgência coloca em evidência a carência de uma descrição clara e detalhada das capacidades de cada serviço.

Além disto, as indicações dadas pelos serviços são raramente certificadas, e muito freqüentemente as informações comunicadas dão o estado dos recursos que não estão disponíveis de uma maneira imediata e permanente.

Na espera de uma acreditação que não interviria dentro de vários anos, nos parece que um ato de engajamento formal do conselho de administração de cada estabelecimento, detalhando o conjunto de prestações de serviços que ele garante na urgência, seria um progresso sensível, de forma a facilitar e a racionalizar a orientação dos pacientes.

5. A livre escolha informada

A vontade do doente deve sempre ser respeitada na medida do possível. Mas esta “livre escolha” não é válida se ela não é “esclarecida”.

A prática cotidiana da urgência mostra que, como regra geral, mesmo que fosse possível fazer de outra maneira, a orientação do paciente para tal ou qual estabelecimento é pré-determinado (o paciente não conhece outro “circuito”),

seja determinado por um terceiro (médico regulador do SAMU, profissional da área de urgência).

A organização pela sociedade da resposta às urgências não deve cercear a autonomia dos pacientes.

O paciente deve ser atendido desde que seja necessário. Ele deve, na medida do possível, permanecer um “cliente” livre para suas escolhas.

Mas, para exercer sua escolha, o cliente deve ser informado.

O sistema de informação que a regulação médica necessita deve ser conhecido por ser aberto, acessível a todos.

Informada, a escolha do cliente-paciente interviria como um regulador natural. Certos pacientes prefeririam a proximidade (podemos compreender que a proximidade não teria o mesmo valor para todos: uma pessoa idosa ou um adulto ativo, por exemplo). Outros escolheriam, sem grande hesitação, ir um pouco mais longe para aumentar ao máximo suas chances de serem perfeitamente atendidos, ao menos nas situações mais preocupantes.

Assim, em alguns anos, um debate da sociedade e a expressão acumulada de escolhas individuais poderiam contribuir de maneira muito útil para equilibrar e a dar complementaridade entre os diferentes estabelecimentos de uma mesma rede de cuidados e isto de uma forma muito mais rápida que apenas por decisões autoritárias de planejamento, geralmente mal compreendidas e rejeitadas.

Conflitos entre o SAMU e outros sistemas

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel e De LA COUSSAYE, Jean

O SAMU é um Serviço Médico. Os médicos do SAMU têm que ser livres para tomarem suas decisões, no interesse de seus paciente e no interesse geral, assim como não devem depender de outro sistema além do sistema da saúde pública e de seus pares.

CONFLITOS DO SAMU COM OS OUTROS SISTEMAS PÚBLICOS DE URGÊNCIA

Os Serviços de Segurança e de Ordem pública não tem autoridade sobre o SAMU, salvo nos casos de perigo de ordem público e mesmo nestes casos tem que respeitar as leis superiores e universais que protegem o ser humano.

Os conflitos são muitas vezes agravados pela organização hierárquica, a cultura autoritária e coercitiva destes serviços. Os Serviços de Polícia tem que evacuar da via pública as causas de escândalo ou o perigo social e podem ter tendência a abusar de seu poder de intimação

Os Serviços de Bombeiros dependem quase sempre das autoridades de Polícia, e mesmo da Polícia Militar, como no Brasil e na França (apenas nas prefeituras de Paris e Marselha), além de muitos outros lugares. Estes serviços pretendem estender sua missão de resgate que deveria objetivar a extração física das pessoas em perigo, se intrometendo numa área de saúde e da medicina e, assim, estão em conflito obrigatório com os SAMU locais de atenção pré-hospitalar e mesmo podem pretender regular paralelamente.

Muito problemático é que estes Serviços de Segurança Pública sejam dotados de Médicos que aceitem exercer sua atividade nas condições de subordinados do mando da hierarquia militar ou paramilitar e que a atenção médica das urgências seja transformada em um subproduto do mantenedor da ordem pública. Isto existe em várias capitais do Brasil e

da França. Estes conflitos que são escondidos e não resolvidos pelas autoridades políticas podem ser um dia a causa de uma catástrofe

Os corpos de Polícia e de Bombeiros por sua próprias missões e organização específica não tem interesse em fragilizar seu sistema vertical de obediência dos subordinados com um sistema da atenção médica que é reticular e baseado sobre outros critérios de eficácia médica e da gestão da saúde

A polícia e a Justiça tem já que regar os conflitos entre a hierarquia militar e os juizes assim como resolver a dualidade de autoridade entre o oficial dos serviços de socorro e o médico dos serviços de urgência extra-hospitalar?.

CONFLITOS DO SAMU COM OS OUTROS SISTEMAS NÃO PÚBLICOS DE URGÊNCIA

Os serviços privados lucrativos e filantrópicos de urgência médica podem entrar em conflito com o SAMU quando não chegaram a estabelecer um convênio onde os dois sistemas ganham no benefício geral e dos cidadãos que são os que pagam todos estes sistemas direta ou indiretamente.

CONFLITOS DO SAMU COM OS SISTEMAS DE AJUDA SOCIAL.

Alguns serviços que atendem urgências sociais podem estar em conflito se como no caso dos anteriores, não houver a inteligência de organizar um sistema coerente. Nós pensamos que a assistência social possa ter a mesma porta telefônica que o SAMU e mesmo a primeira linha de tratamento (TARM), mas não podemos confundir a “regulação” e os “executores” do SASU (Serviço de Atendimento Social de Urgência) que tem ser trabalhadores sociais e não profissionais da saúde. A experiência francesa de SAMU social é para nós um erro. SAMU + SASU sim. SAMU social não.

CONFLITOS COM A JUSTIÇA A URGÊNCIA JURÍDICA E A INTIMAÇÃO.

O exemplo mais simples do fator de ponderação social é a Urgência declarada por motivos jurídicos pelo juiz ou por motivos de Ordem Pública pela Autoridade Política (Governador, Prefeito) ou mesmo Policial, podendo, ao menos na França onde eles tem autoridade para fazê-lo, em caso de urgência a seu aviso, "intimar por ordem" a equipe médica mesmo se sob o plano médico não existem nem gravidade nem necessidade rápida de cuidados. Este procedimento pode ser, por exemplo, utilizado para examinar um suspeito, um detido, uma vítima ou mesmo por uma infração (alcoolemia) ou uma morte suspeita. Isto é incontestável em casos excepcionais. Estes procedimentos de intimação podem ser registrados e assumidos pelo médico regulador. Em alguns lugares há uma incompreensão entre serviços e um abuso pode levar a uma paralisia do sistema de urgência desde que os médicos não possam desobedecer. No plano da gestão financeira é necessário lembrar que a requisição implica ter uma causa de princípio tanto que aquele que intima "paga" Esta ameaça pode ser um meio de usar o SAMU perigosamente desde que os serviços de segurança, ou a justiça abuse de seus direitos de requisitar UTIM (Unidade de Tratamento Intensivo Móveis). O exemplo mais freqüente vem do abuso de um ou outro que sobrevem para as suas mesmas mortes súbitas que se podem sempre pensar como criminais se há dúvida sistematicamente do lado do juiz como do lado do medico do SAMU.

Administração dos centros de regulação médica das chamadas

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

O SAMU de Paris é gerenciado pelos Hospitais de Paris, a chamada “Assistance Publique des Hopitaux de Paris” que é uma das maiores administrações hospitalares do mundo desde seu nascimento.

Em sua fase “pré-histórica” o sistema das ambulâncias de pronto-socorro era uma extensão do que se chamava “O Service des Ambulances des Hopitaux de Paris”. A primeira experiência de uma "regulação" data do fim do século 19 onde a Assistência Pública de Paris, que tinha na época ambulâncias movidas a cavalos, algumas delas já dotadas de médicos "residentes das ambulâncias dos Hospitais da Assistência Pública", organizou um centro de gestão telefônica das ambulâncias que, de acordo com alguns residentes, era de má qualidade pois eles intervinham, algumas vezes, em casos que não tinham a necessidade de sua presença. Esta experiência de medicalização das ambulâncias foi abandonada pelos médicos nos anos vinte. Os médicos das ambulâncias foram trocados por enfermeiras e, depois, por auxiliares de enfermagem nos anos 50.

Quando nasce o SAMU, se separa progressivamente as Ambulâncias dos Hospitais, à medida que o serviço se fortalece e se medicaliza.

A segunda fase da regulação, desta vez médica, e que perdura até hoje, data de 1956, quando a Administração da Assistência Pública Hospitais de Paris criou o primeiro serviço de reanimação no Hospital Claude Bernard e se deu conta que os pacientes transportados em ambulâncias simples, em toda a França nesta época, eram tão graves e frágeis que morriam durante a evacuação. Maurice Cara, o criador do que vai ser dez anos depois o SAMU, e encarregado disto, levanta o desafio de transportar aqueles que na época eram ditos "intransportáveis" criando as primeiras Unidades Móveis de Cuidados Intensivos, instalando aparelhos dos hospitais adaptados e médicos reanimadores em uma das ambulâncias do serviço de ambulâncias. Nos primeiros anos o número de intervenções anuais foi da ordem de uma centena e a regulação não consistia mais do que avaliar a factibilidade médica e operacional das evacuações assim como de organizá-las. Era o próprio médico que tinha de assumir o transporte e que se encarregava e se colo-

cava em acordo telefônico com os médicos solicitantes e receptores, assim como com os veículos (aéreos e terrestres). Por longo tempo a regulação se ocupou somente dos transporte inter-hospitalares "secundários" (ver curva) e tinha apenas uma base nacional localizada no Hospital Necker, cada vez mais ativa em toda a França e também internacionalmente. A administração deste serviço foi delegada a uma associação privada contratada. Mais tarde, somente nos anos 70, com a criação oficial dos SAMU na França, a regulação médica foi oficializada no SAMU de Paris, que continuou a fazer o que vinha realizando anteriormente, mas a administração foi formalmente delegada pelo Diretor Geral e confiada ao Diretor Administrativo de Hospital Base do SAMU. Seguindo a lei, que criava oficialmente em cada departamento francês o SAMU, três novos SAMU periféricos da Grande Paris foram instalados nos três hospitais universitários que também dependiam da Direção Geral da Assistência Pública nestes departamentos e que eram gerenciados também por delegação pelos diretores destes hospitais. Esta administração se encarrega dos 4 maiores SAMU da França, aqueles da Cidade de Paris e dos estados(departamentos) que são vizinhos: SAMU de Paris (75) situado no Hospital Necker, SAMU dos Altos do Sena (92) situado no Hospital Raymond Poincaré em Garches, Sena Saint Terrors (93) situado no Hospital de Avicenne em Garches, SAMU do Vale de Marne (94) situado no Hospital Henri Mondor em Créteil. No resto da França os outros SAMU nasceram em cada hospital da capital do departamento que é a unidade territorial básica da administração francesa

Em resumo, o Hospital Público foi responsabilizado na França de realizar os SAMU. O diretor administrativo assume a responsabilidade civil e administrativa assim como coordena as despesas e receitas. O diretor médico ou os responsáveis médicos tem autoridade técnica sobre o conjunto do corpo médico e sua gerência foi confiada ao hospital que recebe seu orçamento anual para isto e é pago a cada prestação de atendimento das UTIM pela previdência social ou pelo paciente,

Desde que o SAMU tenha se tornado um serviço do hospital e que é gerenciado idêntico aos outros, nós pensamos que deveria manter preferentemente uma autonomia para a gestão do SAMU, desde que a distribuição dos recursos hospi-

talares entre os diferentes serviços possa lhe ser desfavorável. Que os SAMU sejam gerenciados pelo Hospital ou um outro organismo mas, qualquer que seja seu local de implantação, deve permanecer autônomo e independente desta estrutura.

Outros tipos possíveis de administração do SAMU podem existir: sindicato de hospitais, serviço privado contratado, etc.. Os serviços correspondentes aos SAMU franceses que foram criados em as regiões autônomas da Espanha ou dos Países Nórdicos tem uma gerência separada do Hospital. A tendência que expressam os brasileiros de instalar o SAMU em um hospital, mas de confiar a coordenação e a gestão à autoridade política de saúde da área, parecem o ideal teórico para nós, evitando os defeitos que podem existir quando é confiado tudo a um dos dois.

O importante é que nos níveis político-geográficos organizem-se um SAMU (como por exemplo a Espanha, Colômbia e Brasil) nos Municípios, Estados ou Regiões.

Gestão dos recursos hospitalares de cuidados intensivos e regulação médica regional pelos SAMU. Exemplo da região Alta-Normandia na França

SELME, Jean Pierre e DECREAU, Michel

I - SITUAÇÃO ATUAL:

A região da Alta-Normandia é uma pequena região francesa dividida administrativamente em duas:

Ao Norte: uma parte fortemente urbanizada com duas cidades principais, locais de dois grandes hospitais, onde um é universitário, albergando um SAMU. Cinco outros hospitais estão situados em cidades médias ou pequenas deste setor

Ao Sul: uma região mais rural, com uma só cidade de mais de 50.000 habitantes onde localiza-se um hospital de média importância albergando o SAMU. Seis outros hospitais estão situados nas cidades menos importantes.

Em 1993 - 1994, uma avaliação médico-administrativa permitiu qualificar 10 serviços de cuidados intensivos dispondo de meios humanos e materiais assim como de um recrutamento correspondente às normas em vigor, sendo sua distribuição a seguinte:

- Ao Norte: nove serviços, onde sete especializados se distribuíram em dois grandes hospitais e os dois restantes, polivalentes, estão situados em dois hospitais médios.

- Ao Sul: um serviço de cuidados intensivos polivalente se acha no hospital da maior cidade onde se localiza o SAMU.

II - A REGULAÇÃO ENTRE OS SAMU DE UMA REGIÃO

A regulação pré-hospitalar tem por objetivo adaptar a esfera técnica receptora à patologia inicial encontrada. Deve ser verdadeiro tanto sob a esfera teórica (esfera técnica) como sob a esfera funcional (disponibilidade de equipes). Esta

atitude deve permitir uma abordagem total do paciente ao nível do hospital receptor evitando a maioria dos transportes secundários.

Esta necessidade implica que, para os pacientes atendidos pelos serviços de cuidados intensivos, os relatos médicos pré-hospitalares sejam fiéis ao nível das UTIMs hospitalares afim de poder orientar corretamente.

Além disso, uma coordenação pelo SAMU deve existir, desde que as intervenções primárias devam, algumas vezes, serem relegados, no plano médico, a médicos das unidades móveis hospitalares dos locais receptores, para não desgarnecer o setor inicial onde se situa a afecção.

A adaptação do local receptor à patologia encontrada implica fazer, por vezes, um prolongamento dos transportes primários mas que leva a um ganho de confiabilidade da abordagem global do paciente.

É de salientar a pequena dimensão territorial de nossa região em comparação à sua riqueza em meios móveis hospitalares (dez serviços móveis de urgência), os quais fazem com que as intervenções primárias mais demoradas não ultrapassem uma hora.

III - A INTER-CONEXÃO DOS TRÊS SAMU DA ALTA NORMANDIA

Cada um dos três SAMU tem como missão:

- conhecer as vagas(leitos) disponíveis nos serviços de cuidados intensivos, assim como da disponibilidade das outras equipes, na esfera técnica, necessárias à abordagem dos pacientes (imagem, cirurgia,...)

- organizar e coordenar a recepção dos pacientes

- colocar em função das disponibilidades das UTIMs hospitalares afim de liberar a equipe médica inicial para que esta última possa tomar sua base dentro do objetivo de não prejudicar por muito tempo um setor de intervenção.

Dentro desta hipótese, cada um dos três SAMU coordena o acionamento das UTIM hospitalares situadas no seu território de regulação

Desde que um SAMU vizinho tenha necessidade de um apoio de UTIM, ela pede ao SAMU territorialmente competente. A solicitação não é agora regulada de novo e o acionamento é automático se a unidade está disponível.

Paralelamente, o SAMU solicitante envia por fax à UTIM solicitada, via SAMU competente territorialmente, as coordenadas cartográficas do local de encontro entre as unidades móveis hospitalares

Esta estreita colaboração entre os SAMU no cotidiano é realizado por um registro informatizado entre os três SAMU afim de permitir uma transmissão instantânea dos documentos médicos e administrativos (folhas de regulação, imagem médica, etc...) e o relatório do transporte a partir das unidades móveis hospitalares.

No mesmo espírito, uma centralização, dentro do objetivo de harmonização das técnicas e dos meios médicos e materiais, está em marcha ao nível de cada um dos dois setores Norte e Sul.

Os médicos transportadores estão lotados nos pólos de referência e fazem plantão em torno dos papéis ao nível das unidades móveis hospitalares do setor.

Esta atitude parece indispensável à constituição de uma verdadeira rede de urgência, constituída de homens que se conhecem e que trabalham por trás não de um espírito de brigas locais mas sim pelo interesse exclusivo dos pacientes.

IV - CONCLUSÃO

É devido a estas condições que podemos objetivar uma otimização da utilização dos meios de cuidados intensivos homólogos e a uma abordagem global no local adaptado da patologia inicial. Esta via é, ao nível da saúde pública, o verdadeiro meio de economia da saúde.

Inter-relações entre os centros de radio-telecomunicações das centrais de tratamento de alarme dos serviços de segurança e das centrais de regulação médica do SAMU.

PEREZ ALARCON, Heriberto e MARTINEZ- ALMOYNA, Miguel

Papel dos Serviços de telecomunicações.

Os Serviços de telecomunicações estão encarregados de fazerem chegar a informação radiotelefônica ao SAMU com a melhor eficiência possível. Eles devem considerar o SAMU como uma central onde é necessário proteger ao máximo de toda a interferência que ameaça suas funções, assim como é realizado para outras centrais prioritárias (polícia, bombeiros, etc.). Além disto devem trazer os benefícios e vantagens que possuem estas redes de segurança quanto ao planeamento das tarifas.

A chamada através do número telefónico de urgência não deve ser cobrada da pessoa que chama e as cabinas públicas devem garantir o acesso ao SAMU, sem moedas ou cartões. No Chile, verificamos que o dever de transmitir o alerta (via número 131 reservado aos socorros médicos) ao SAMU, de uma maneira gratuita por quem liga, foi imposto por convênio entre o Estado e a Companhia Telefônica do Chile. Na França este número é o “15”.

É necessário estabelecer uma comunicação ágil entre os SAMU, as centrais telefônicas e os centros de informação. Certos SAMU são encarregados do tratamento dos chamados transmitidos pelas centrais de tratamento de chamados marítimos (SAMU de Toulouse na França, CODU de Lisboa em Portugal), aéreos e ferroviários (SAMU de Paris, para o TGV e os aviões) dentro de uma questão de acordo nacional.

As informações dadas ao público nas publicações ou pelos centros de informações sobre urgência médica devem ser feitos de acordo com a concordância dos SAMU e das autoridades de saúde.

Na Europa um número, o 112, de alerta não específico, foi solicitado pelos deputados europeus para que as chamadas sejam tratadas nos idiomas de quem chama. Os serviços de telecomunicação que tem em sua organização as comunicações internacionais, apresentam os recursos lingüísticos necessários e deveriam organizar esta gestão poliglota das chamadas, os quais poderiam se tratar de pedidos de atendimento médico urgente espanhóis, sendo tratados pelo SAMU de Madri, por exemplo, em qualquer lugar onde estivesse a pessoa que fala espanhol.

O SAMU deve ser ajudado na pesquisa dos assinantes e deveria receber a autorização de detectar imediatamente a localização dos solicitantes.

A rede SAMU deve ser particularmente protegida para garantir a confidencialidade da conversação telefônica, como é exigido pelo código de ética médica.

Todas estas regras se aplicam à rede privada de alerta ou de comunicações.

O alarme obrigatório entre os centros de tratamento de alarme dos serviços de segurança e o SAMU.

Tanto as centrais de telecomunicações como os centros de tratamento dos alarmes da polícia e dos bombeiros devem redirigir, retransmitir e se possível interconectar diretamente o solicitante, por um sistema de rebalanceamento do solicitante e, no sentido inverso, os SAMU são obrigados a realizar o alarme para àquelas coisas que são concernentes à polícia e aos bombeiros salvo as restrições impostas pelo segredo médico.

A solicitação de ajuda da polícia ou dos bombeiros pelo médico regulador.

Além das condições onde o alarme é obrigatório, o SAMU pode solicitar a ajuda aos serviços de segurança. Para tudo o que é concernente à engenharia de urgência é bem evidente que o serviço de bombeiros é o mais adequado. No que concerne aos pedidos de intervenção para reforço de homens, reforço de recursos de transportes, ou reforço de informações necessárias aos socorros médicos ou para a Saúde Pública é bem evidente que estes serviços normalmente não se re-

cusam a responder positivamente ao pedido de ajuda solicitado pelo centro responsável pelos atendimentos ao nível da saúde pública. Entretanto seria ilícito que o médico regulador do SAMU, de uma maneira contínua e rotineira, se comunicasse com estes serviços para resolver, por exemplo, os problemas que deveriam ser normalmente realizados pelos Serviços de Saúde. Se o Serviço de Bombeiros ou da Polícia tem um sistema de ambulância de primeiros socorros (suporte básico) e sobretudo se possuem unidades medicalizadas, eles devem evidentemente ser “regulados” como os outros, salvo exceções formalizadas em um acordo escrito entre as instituições. Pode-se ver ainda muitos locais onde esta integração à Regulação Médica não está ainda feita e mesmo onde há sistemas de saúde múltiplos que estão em conflito por falta de instituições que não estão coordenadas pela autoridade política competente.

O SASU

No futuro é possível que os Serviços Sociais e os Trabalhadores Sociais se encarreguem de um setor que poderia estar situado na mesma unidade de recepção de chamadas de urgência da Saúde Pública. A experiência de Nova Iorque para a proteção das crianças, de Charleville na Bélgica, de Paris sobre o mal nome de SAMU social poderiam ser as sementes deste trabalho.

Porque não um centro global de tratamento de alerta às urgências de qualquer natureza?

Esta solução foi colocada em prática em vários países. Este centro foi confiado seja às telecomunicações dentro do seu papel (Inglaterra), ou à Polícia ou aos Bombeiros (911 em algumas cidades dos Estados Unidos).

Se este centro global de alerta é gerido pela polícia isto coloca alguns problemas éticos e operacionais para a Saúde. Na maioria dos países os Policiais não querem administrar tais centros, por motivos igualmente operacionais e de sua própria necessidade de confidencialidade. Além disto, eles não podem nem se encarregar, e menos ainda regular, uma demanda de Saúde Pública que nem lhes é concernente e que lhes aborrece.

Por outro lado os bombeiros tem atualmente propensões em muitos países de querer aceitar a responsabilidade de tais centros polivalentes, mas este não é bem o seu papel. A polícia não é muito favorável a esta solução pois ela quer administrar diretamente seu trabalho. Além disto, qual o interesse da Saúde em triar suas chamadas pelos bombeiros ???

Os SAMU franceses que têm a experiência dos chamados transitando pelo passado, seja pela polícia, seja pelos bombeiros, estão educando o público a não mais passar por estas vias contestáveis por motivos éticos e operacionais.

Um ensaio de coabitação de um centro de alerta para incêndio(bombeiros) e do SAMU existe ainda na França, em Clermont Ferrand, mas os bombeiros estão insatisfeitos de ter de se instalar no hospital, ao lado do SAMU. Alguns bombeiros tem equipes médicas, como em Paris e Marselha mas, após um período onde instalaram um médico coordenador no seu centro de tratamento de chamadas, evoluíram até hoje com problemas de custo e farão regular as urgências médicas pelo SAMU.

RECURSOS MATERIAIS

A rede de telecomunicações necessária a uma regulação médica (aspectos teóricos)

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel e BAER, Michel

Nós daremos aqui as bases teóricas para os engenheiros e administradores encarregados de colocar em funcionamento esta rede e que esteja bem claro, para que o sistema possa funcionar sem que a rede seja completa e que ele esteja possível no futuro, graças ao progresso, de lhe simplificar.

Os diferentes pontos de acesso da rede de comunicações do SAMU

1. Pontos de acesso do público

1.1. Cabinas Públicas CABI PUB

1.2. Postos públicos BORN PUB

1.3 Telefones Públicos TEL.PUB

1.4 Postos de uma rede privada RESO PRIV

1.5 Posto Privado fixo TEL PRIV

1.6 Posto móvel TEL MOB

1.7 Sistemas de Alarme SIG ALARM

2. Pontos de acesso à rede de comunicações do SAMU situados no interior do Centro de Regulação

2.1 Os postos de trabalho dos TARM TARM

2.2. Os postos de trabalho do Médico Regulador MED REG

2.3 O secretariado SECR SAMU

2.4 Administração ADM SAMU

2.5 Chefias CHEF SAMU

3 Pontos de acesso à rede SAMU no Hospital sede do SAMU

3.1 Serviço Móvel de Cuidados Intensivos SMUR CENT

3.2 Serviço de Urgências SAU CENT

3.3 Unidades de Cuidados UTI CENT

3.4 Consultores do Regulador CONS REG CENT

3.5 Administração ADM HOPI CENT3

4 Pontos de acesso à rede SAMU nos Centros de Cuidados periféricos

4.1 Serviço Móvel de Cuidados Intensivos SMUR PERI

4.2 Serviço de Urgências SAU PERI

4.3 Unidades de Cuidados Intensivos ou Especializados UTI PERI

4.4 Consultores do Regulador CONS. RE PER

4.5 Administração DAM HOPI PERI

5. Pontos de acesso a outros Serviços Públicos

5.1 Autoridades AUTOR

5.2. Polícia POLICE

5.3. Bombeiros POMP

5.4 Outros DIV PUB

6. Pontos de acesso aos profissionais da saúde

6.1 Plantão de cuidados dos médicos generalistas PERM SOINS MG

6.2 Médicos generalistas operacionais MG OPE

6.3 Paramédicos operacionais PARAM OPE

6.2 Médicos contratados MED ASTRE

7. Pontos de acesso móveis

7.1 Unidades de Cuidados Intensivos Móveis operacionais UTIM
REGIO

7.2 Ambulâncias operacionais AMBU REGIO

7.3 Veículos de socorro operacionais SECO OPE

7.4. Aeronaves operacionais EVASAN

Papel da informática dentro de uma regulação de urgências

PERFUS, J.P.

A regulação médica procura a melhor decisão e a mais adaptada ao infortúnio, tendo-se em conta os meios de resposta disponíveis e o tempo necessário para a intervenção. Neste objetivo, a informática promove um auxílio no tratamento de dados em tempo real, otimiza a consulta aos arquivos de documentos, melhora a ergonomia do local de trabalho e divide a informação através de redes de comunicações.

1) TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO EM TEMPO REAL.

A validação interativa dos dados da chamada é o aporte principal do tratamento dos dados em tempo real. A informática permite a identificação do solicitante, a validação do endereço, o registro das solicitações repetitivas, o reconhecimento de um paciente ou de um local com risco, podendo ativar um plano de socorro específico. A análise automatizada do motivo da chamada detecta as indicações do envio de meios particulares e ajuda o interrogatório.

O tratamento em tempo real otimiza igualmente o seguimento da intervenção na escolha do meio para gestão dos «estoques de atendimento médico de urgência», condução dos sistemas de alerta e transmissão dos dados pelas impressoras e terminais fixos ou móveis, seguimento dos meios para a transmissão automática dos estados sobre as redes de rádio telefonia e pelo posicionamento por satélite, procura de local para hospitalização por consulta aos bancos de dados hospitalares.

2) GESTÃO DE ARQUIVOS DOCUMENTAIS

A informática facilita a gestão e a colocação em dia dos arquivos documentais. Sua ligação funcional com o sistema de gestão em tempo real permite sua consulta a todos os estágios de tratamento do chamado por abertura de janelas. A natureza e a capacidade dos suportes de armazenamento atuais permitem a exploração de imagem.

Os principais arquivos documentais são os arquivos "geográficos" (comunidades, ruas, lugares, repertórios, imagens cartográficas, etc.), os arquivos das doenças repertórios, os arquivos de meios de atendimento médico urgente e os arquivos protocolares.

3) INTEGRAÇÃO DOS DADOS E ERGONOMIA DO LOCAL DE TRABALHO

O sistema informatizado de ajuda à regulação é considerado hoje como um sistema de exploração de todas as informações disponíveis dentro de um centro de regulação. A harmonia dos meios de comunicação existentes (telefonía, radiotelefonía, registro,...) deve poder se conectar e pilotar pelo sistema informatizado, com interfaces físicas simples (rede) e de protocolos de comunicações standard. A integração se traduz pela simplificação do local de trabalho e o tratamento das comunicações por intermédio do terminal informatizado (como ideal, o local de trabalho comporta unicamente um écran informatizado e uma interface de comunicação do tipo micro-telefone).

4) DIVISÃO DA INFORMAÇÃO

A rede informatizada permite a exploração da informação pelos atores do atendimento médico de urgência em diferentes níveis.

O primeiro nível é a transmissão e a divisão dos dados entre os diferentes postos de trabalho do centro de regulação (camada, regulação, gestão operacional).

O segundo nível é a conexão com os executores do atendimento médico de urgência (transmissão do alerta, posicionamento automático, avaliação médica...) e com a rede hospitalar (seguimento e colocação do paciente, acesso aos bancos de dados de documentos médicos especializados...).

O terceiro nível é aquele da cidade, que permite a troca de informações com os serviços de socorro e de segurança, assim como o acesso aos bancos de dados comuns (assistência social...). A informação e a educação do público são possíveis a este nível em particular com a telemática.

O quarto nível é o regional, por inter-conexão dos centros de regulação para tratar de maneira coordenada as intervenções sobre as zonas fronteiriças e integrar os dados nas situações de exceção.

5) CONDIÇÕES DE INFORMATIZAÇÃO

O sistema informatizado deve responder aos seguintes critérios:

- de rapidez de resposta, pela configuração do sistema, uma organização de programas próprios e funcionalmente adequados,
- de simplicidade de aprendizado e de utilização no cotidiano, se aproximando da informática doméstica,
- de ergonomia, com uma simplificação do posto de trabalho e uma organização mobiliária suprimindo as necessidades físicas,
- de segurança, assegurando um funcionamento permanente (alimentação elétrica contínua, arquivos de segurança, salvamentos repetitivos, contratos de manutenção confidencialidade para a proteção dos direitos de acesso...),
- de investimento contínuo para assegurar a colocação em prática de programas e materiais.

6) OS PRODUTOS DE INFORMÁTICA

O processo de informatização de um SAMU incita os médicos a normalizar a terminologia, a nosologia, os conceitos e os procedimentos nesta parte da medicina que pelo instante está ainda em um estágio inicial.

A exploração do sistema fornecedor dos dados relacionados:

- à atividade, resguardando a atividade, assegurando as nomenclaturas internacionais,
- à administração: fatura, vales transporte...,
- à avaliação da qualidade da regulação: demora do tratamento, adequação das respostas, reparo dos maus funcionamentos, índice de cargas de trabalho, de saturação...
- ao ensino. O sistema informatizado formaliza o funcionamento da regulação e serve de suporte à sua aprendizagem. A análise dos motivos das chamadas

orienta e hierarquiza a formação. O estudo dos maus funcionamentos corrige as incompreensões.

- à pesquisa, fornecendo dados normativos e estruturais de coleta sistemática e prospectiva.

7) EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO

O desenvolvimento dos sistemas multimídia e das redes permitirão, dentro de breve, a transmissão de imagens e de dados fisiológicos a partir dos executores. A informática da regulação se aproximará, então, de um verdadeiro sistema de telemedicina em tempo real.

Tele-alarme médico implantado no centro de regulação do SAMU para doentes crônicos hospitalizados a domicílio, pacientes idosos e/ou com mobilidade reduzida, etc.

TEMPLIER, F.

Os progressos da medicina e da proteção social levaram a um envelhecimento da população e um grande número de deficientes e de doenças crônicas que são pessoas frágeis que podem cada vez mais, desde que as condições sociais lhes permitam, ser "cuidados a domicílio". A bio-televigilância é uma resposta possível para este fim e no âmbito de despesas de saúde, um tal sistema permite visualizar uma alternativa à hospitalização, permitindo assim de alargar os limites da manutenção destas pessoas no domicílio.

Experiência na França, no SAMU dos Altos do Sena, nos Hospital de Garches.

Aspectos técnicos.

A técnica da bio-televigilância (tele-alarme) necessita um posto periférico instalado na casa dos pacientes, através de um contrato médico, sobre uma tomada elétrica e sobre uma linha telefônica que vai estar conectada à central de alarme. O paciente aderente a este serviço pode acionar de seu domicílio uma comunicação tipo interfone com a central de escuta por simples pressão sobre um medalhão que ele porta sobre o mesmo, em uma superfície de aproximadamente 80 mm². Após o alarme acionado, ele não se preocupa com mais nada. Ao nível da central de escuta, o acionamento da chamada aciona a identificação do solicitante e eventualmente seu prontuário médico sobre o écran do operador que faz vigia.

Escolha da implantação da Central de Escuta.

Diferentemente de outras Centrais de Escuta na França (Companhias de Seguro, Companhias de Assistência), a implantação da Central de Escuta no SAMU apresenta numerosas vantagens. As ligações de convivalidade realizadas pelas pessoas isoladas podem ser tratadas também perfeitamente apenas nas cen-

trais privadas e além disso, no caso de um chamado médico, a presença do médico regulador do SAMU, próximo à Central de Escuta permite um diálogo e uma resposta imediata e adaptada à afecção. O bom conhecimento da zona geográfica pelo SAMU, através de seu próprio trabalho, dá ainda uma eficácia aumentada quando necessário.

Aspectos Financeiros

Estes sistemas de tele-alarme tem um custo ligados ao aluguel, à manutenção dos postos periféricos instalados nas casas dos assinantes e à Central de Escuta (materiais, operadora presente 24h/24). No Departamento dos Altos do Sena(92), as despesas são quase totalmente assumidas por subvenções das comunidades territoriais (Prefeituras, Conselho Geral).

Orçamento para 1995 e perspectivas futuras.

O tele-alarme parece levar uma ajuda à manutenção, no domicílio, de pessoas isoladas, idosas e/ou com autonomia reduzida e a limitar as hospitalizações ou internações em instituições, o que deve levar à diminuição dos custos que resultará de algum estudo de custos que ainda não foi realizado. A implantação dos Centros de Escuta nos edifícios do SAMU parece possível para responder melhor às chamadas de caráter médico se integrando bem na missão do Serviço Público do SAMU. A vigilância efetuada permanece entretanto limitada pelo fato que é o paciente por si só que desencadeia o alarme por pressão sobre um botão. Outras perspectivas futuras são numerosas para estender este sistema a outras populações em risco (cirurgia e anestesia ambulatorial, cardíacos, pacientes hospitalizados no domicílio) reforçando ainda a vantagem de implantar a Central de Escuta nos SAMU.

Adaptação desta experiência a outros países.

Tecnicamente este sistema de tele-alarme é totalmente adaptável desde que os pacientes possuam eletricidade, uma linha telefônica e que exista um sistema do tipo SAMU francês com um Médico Regulador e interventores médicos possíveis. A participação financeira deve ser dividida entre o Município, Estado e os próprios beneficiários caso eles tenham meios.

O FUNCIONAMENTO DA REGULAÇÃO MÉDICA

O médico regulador: seu papel, tarefas e fluxo de tarefas

MARTINEZ-ALMOYNA Miguel; NITSCHKE, Cesar e JANNIERE, Daniel

O MÉDICO REGULADOR

O Médico Regulador desenvolve várias atividades concomitantemente e apresenta uma multiplicidade de responsabilidades.

É responsável pela racionalização e distribuição dentro do sistema, controlando a demanda dos pedidos, triando, classificando, detectando, distribuindo, prescrevendo e orientando, despachando e enfim agindo verdadeiramente como um zelador ou porteiro que se encarrega de cuidar quem pode entrar e que o sistema funcione adequadamente.

O Perfil de um Médico Regulador:

O médico regulador deve preferencialmente ser um médico que tenha experiência hospitalar, à nível de urgência, e que tenha uma formação própria dentro do SAMU.

Com o objetivo de melhorar seu desempenho, o médico regulador deve, dentro do SAMU, não somente exercer as funções de regulador mas igualmente atuar como médico executor dentro das ambulâncias. Com isto consegue ter uma visão completa de todos os passos do atendimento e agiliza a avaliação e envio de recursos do SAMU.

Papéis do Médico Regulador

Como autoridade:

É um chefe de equipe com responsabilidade delegada pelas autoridades de saúde pública (Secretário Municipal ou Estadual de Saúde no Brasil). Dentro do centro de regulação é o responsável por todos os atos desenvolvidos.

Como Gestor:

- Verifica os recursos para realizar uma regulação.
- Verifica os leitos e ambulâncias disponíveis para o atendimento

Antes de iniciar seu trabalho deve certificar-se que todos os recursos materiais e humanos para realizar uma regulação médica estão em dia e a seu alcance. Caso ocorra a falta de qualquer item deve, como autoridade, obter estes recursos.

- Avalia e Racionaliza o sistema

É a autoridade que tem como papel racionalizar o sistema através da avaliação das necessidades e da oferta disponível, coordenando o fluxo das ações.

Como Técnico (Médico):

- Usa de seu saber de saúde nos demais papéis que desempenha.

Como médico, usa seus conhecimentos para oferecer a melhor resposta as necessidades de atendimento médico de urgência, atuando como moderador das atividades e priorizando os meios a serem oferecidos.

- Responde a todos os pedidos de atendimento médico de urgência.

Tem o papel de responder, direta ou indiretamente, a todos os pedidos de atendimento médico de urgência e é responsável pela qualidade de sua resposta.

Tarefas do Médico Regulador

Em uma regulação, o médico deve estar apto a realizar a detecção das necessidades de atendimento médico de urgência de uma maneira rápida, geralmente em menos de 1 minuto, estabelecendo rapidamente as prioridades e escolhendo os meios que serão enviados à pessoa que necessita.

Seguindo-se uma ordem de tarefas, podemos colocar que o médico regulador faz:

1. Detecção de Síndromes Operacionais de Regulação (SOR)

Ele utiliza os meios que quer para detectar a necessidade de atendimento médico de urgência: interrogatório, ouvir barulhos de respiração, etc., que chamaremos em outra parte deste livro “sOR”(Sinais Operacionais de Regulação)

2. Estabelecimento do Diagnóstico Sindrômico

É o responsável pela realização do diagnóstico das síndromes e faz neste item:

A - Triagem

É a seleção e separação em grandes grupos, inicialmente feita pelo médico regulador, sem fazer a quantificação de sua prioridade:

B - Hipótese diagnóstica

Faz, logo após a expressão do pedido de atendimento médico de urgência, a suposição de modo provisório sobre a possível diagnóstico sindrômico (SOR₂, como veremos no capítulo sobre nosologia).

C - Classificação de Prioridades

Distribui em classes de prioridades, seguindo critério de maior necessidade de atendimento médico de urgência. Dentro da regulação, ordena qual a maior necessidade de atendimento médico de urgência.

3. Tomada de Decisão Terapêutica

A - Orienta

Indica o rumo ao qual a pessoa que pede o atendimento médico de urgência deve seguir, norteando o tratamento.

B - Prescreve

Receita o tratamento a ser seguido para a resolução da síndrome

C - Despacha

Expede meios disponíveis tanto no SAMU como outros.

D - Distribui meios

Dirige os meios disponíveis para o atendimento do paciente que necessita atendimento médico de urgência, repartindo de acordo com sua prioridade.

4. Controlador

Fiscaliza a execução da resposta, para a manutenção da qualidade e agilização dos recursos que possam eventualmente se fazerem adicionalmente necessários.

5. Apoiador

Ampara os médicos executores em quaisquer necessidades externas.

As vias de entrada dos pedidos de atendimento médico de urgência para os centros de regulação e a tipologia das solicitações e dos solicitantes

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

As informações que entram no sistema. Oferta e procura(demanda) de cuidados urgentes regionais

Os fluxos de informações que consistem na oferta de cuidados: informações que emanam da busca de recursos de cuidados urgentes que chegam ao centro de tratamento de informação do SAMU. A demanda de cuidados, as informações semiológicas que devem levar à hipótese diagnóstica, às decisões e à prescrição do médico regulador. Existe também outros “clientes” do SAMU que o utilizam para se informar sobre as informações ali geradas.

Vias de entrada dos pedidos de atendimento no Sistema de Atendimento Médico de Urgência.

As entradas dos pedidos de atendimento se fazem através da rede de telecomunicações pública.

1. As entradas diretas se fazem através de vários canais rádio telefônicos.

O Número Nacional de Urgência Médica (15 na França, 061 na Espanha, 192 no Brasil, etc.), específicos e protegidos pela tripla legislação das telecomunicações para os pedidos de Atendimento Médico de Urgência dos Serviços Públicos responde às exigências do Segredo Médico.

As outras linhas são números de telefone “normais” que pertencem ao SAMU por linhas em número suficiente para o fluxo.

2. As entradas indiretas transitam através de outras centrais rádio-telefônicas.

Rede de telefonia via rádio-operadores de telecomunicações (centrais de informações), número nacional de chamada da polícia, dos bombeiros ou da defesa civil.

Certas redes podem retransmitir um alerta por uma linha específica (metrô, trens, aviões, navios, auto-estradas, alarmes para cegos, surdos-mudos e deficientes, etc.).

Tipologia da primeira expressão do chamado

A expressão do pedido inicial pode ser um desejo ou uma ordem (eu quero ou o uso do imperativo), que utiliza as modalidades cognitivas lingüísticas para que o interlocutor “obedeça”. Esta estratégia dos requisitantes deve ser recusada e devemos repreender a pessoa que chama com uma mensagem que leva argumentos semiológicos e/ou etiológicos para poder avaliar a quantidade da urgência. Devemos diferenciar suas “necessidades”. O SAMU deve responder a todos os chamados (mesmo através de uma recusa justificada), mas a resposta deve ser em função da necessidade objetiva avaliada pelo SAMU.

A melhor expressão do pedido para acelerar a resposta é aquela que associa os dois conjuntos de informações necessárias para a tomada da decisão: a localização e a descrição em linguagem simples da semiologia sentida. É este o tipo de conteúdo de alarme ao SAMU que é necessário ensinar ao público e às escolas.

Tipologia da pessoa que pede Atendimento Médico Urgente (solicitante, localização, expressão da semiologia, da etiologia).

As pessoas que pedem não são forçosamente os beneficiários e nunca o são quando a pessoa está incapaz. É necessário, na medida do possível, tentar que o beneficiário se expresse por si próprio. Toda etapa e conexão suplementar na transmissão da informação diminui sua eficiência.

Os terceiros (acompanhantes), que fazem chamados mais ricos em informações, são teoricamente aqueles que estão mais próximos e que podem senti-lo,

vê-lo, ampará-lo psicologicamente assim como aqueles que podem falar ao beneficiário e lhe tocar. Dentro da ordem familiar de qualidade, o familiar que é simpático é o melhor e aquele que é obrigado a alertar, e que não viu o paciente, o pior. De fato, a crise que se manifesta em torno do paciente traz uma série de dificuldades de "codificação" onde os "ruídos" prejudicam a comunicação com o médico regulador. A equipe de regulação deve utilizar o interlocutor como um instrumento de recolhimento de sinais aos quais ele pede para pesquisar por ordens motivadas e específicas.

O simples cidadão que se exprime em linguagem vernacular e que não perdeu todos os seus meios, é ainda o melhor e portanto aquele que tem a competência da experiência.

Primeiro: dos socorristas mal formados dos Serviços de Bombeiros e de Segurança, que solicitam atendimento do SAMU, tem ainda frequentemente um comportamento que tende mais ao "ordenamento" que o de fornecer a informação para a tomada de uma decisão médica.

Segundo: dos médicos, que tem um discurso de seu pedido, habituados a ordenar ou a manipular os outros, são origens mais pobres que nós podemos atender.

Terceiro: a informação semiológica para uma criança, o solicitante que melhor informa é a mãe ou a enfermeira; para um parto fora do hospital o apelante feminino é o mais eficiente.

Quando a demanda vem de um centro de cuidados são os profissionais que devem chamar o SAMU, exclusivamente.

Como o TARM trata um chamado durante o primeiro minuto

ROZENBERG, Alain; NITSCHKE, Cesar e MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

O TARM exerce três de suas principais funções de auxiliar do médico regulador durante esta fase de tratamento da chamada.

1. Função operacional de administração

Como secretário do SAMU ele gere, recolhe e registra as informações necessárias ao trabalho da regulação. Ele utiliza para isto diferentes meios de comunicação (telefone, rádio, fax, telex...). Ele procura os operadores do sistema e segue os relatos dos diferentes trabalhos.

2. Função operacional técnica

Como radiotelefonista do SAMU ele sabe utilizar todos os meios de transmissão e tratar as panes elementares. Estabelece conexões necessárias dentro da rede entre os operadores.

3. Função operacional paramédica

Como auxiliar do Médico Regulador ele forma uma dupla ergonômica com aquele dentro da sala de regulação. Assume os chamados e parte do trabalho médico, notavelmente a identificação e a localização(endereço) da pessoa que chama e do paciente, participando na elaboração de um diagnóstico.

Certos pré-requisitos são necessários para que o operador seja capaz de executar as tarefas, que são amplamente mais complexas que aquelas de um telefonista, radio-operador ou recepcionista dos Serviços de Bombeiros. Um nível universitário é obrigatório para atender pelo menos as capacidades de verbalização necessárias a um trabalho interativo com as pessoas que chamam via telefo-

ne. Infelizmente não existe ainda na França formação universitária para estas pessoas, assim que estabelecemos há muito tempo os níveis de competência a partir da análise das tarefas e exigimos uma formação específica de no mínimo 6 meses.

No Brasil existe em certos locais sistemas pré-SAMU, onde as afirmações estão ao mesmo nível que o TARM ou mesmo do Médico Regulador.

Tratamento de uma chamada

O pedido inicial

O pedido chega inicialmente ao TARM, essencialmente por telefone, mas também por rádio, telex ou fax. Pode ser originado de diferentes solicitantes: polícia, bombeiro, médico, enfermeiro, particular....

O tratamento inicial:

Após o contato telefônico obtido com o SAMU, o solicitante escuta uma gravação que confirma a conexão com o Serviço de Urgência Médica. Esta gravação pode eventualmente ser informativa daquilo que vai ser exigido do solicitante: localização e resposta às questões.

Ergonomia da análise de tarefas:

O TARM se apresenta e convida o solicitante a exprimir simplesmente seu pedido. Depois, um diálogo dirigido para questões de resposta forçosamente precisas é conduzido pelo TARM, para obter dois conjuntos informativos:

- Inicialmente a localização temporal e geográfica dos acontecimentos e das pessoas. Isto é uma condição sine qua non e, assim, obrigatória;
- Em seguida, a intensidade e a cinética dos sinais ou das causas da patologia.

Este interrogatório deve ser o mais rápido possível, sem passar um(1) minuto de trocas verbais. Há concomitantemente uma ação sobre o solicitante para

acalmar seu nervosismo ou sua excitação informando-lhe o avanço das soluções que vamos lhe proporcionar. A firmeza e a precisão, mas também, a delicadeza e a calma, devem guiar o TARM nesta fase crucial.

No plano cognitivo esta fase comporta (além das tarefas de registro de informações no prontuário que são fundamentais), duas tarefas do tipo diagnóstico que estão intrincadas:

- Inicialmente, a partir de uma síntese de informações, o TARM deve decidir:

- se trata-se de uma solicitação a si mesmo (tarefas de conexão ou tarefas de informação)
- se o pedido deve ser avisado ao médico regulador;
- se deve conectar diretamente o solicitante com o médico regulador

- Em seguida, a partir de informações recolhidas, ele deve avaliar o grau de urgência (ver outros fatores de avaliação que permitem a classificação quanto ao grau de prioridade e a orientação ou a triagem para uma solução que deverá ser expressa pela mensagem verbal e visual transmitida ao médico regulador).

Simplificamos isto sob a forma de algoritmo, todas estas diferentes tarefas que são em realidade freqüentemente esquecidas.

No plano psicolinguístico existe, durante este período, trocas muito intensas. O TARM se encontra em posição de emissor e de receptor de mensagens, por vezes ao solicitante, outras vezes ao médico regulador.

- de um lado ele recebe o solicitante que exprime com dificuldades uma mensagem cheia de angústia (ele fala de um solicitante referenciado que lhe dá medo). O canal de comunicação é mais pobre pois é unicamente auditivo (as trocas telefônicas se fazem alternar por ruídos de interferência)

- de outro lado, ele se comunica com o médico regulador pela voz e pela visão onde há um canal muito eficiente. Entretanto pode existir neste nível um conflito de papéis e de poder, caso o receptor seja um superior hierárquico.

No plano legal, o TARM é um auxiliar médico sob as ordens do Médico Regulador. Mesmo se o TARM decide na prática uma solução, ela é sempre le-

galmente de responsabilidade do médico regulador, no que tange as decisões operacionais. O Médico Diretor do SAMU deve, no plano de regimento interno, precisar quais são as tarefas que podem ser delegadas continuamente ao TARM. O TARM é responsável por tarefas que são próprias a sua função (como as conexões, a informação do médico regulador e o registro de informações úteis para a gestão administrativa e operacional) mas também de tarefas que lhe são delegadas.

O final da etapa inicial de regulação de um chamado é a resposta direcionada às necessidades (necessidade de atendimento médico de urgência -NAMU; necessidade de informação médica de urgência - NIMU ou necessidade de conexão)

O tratamento do chamado é feito seja por telefone (telemedicina: conselho médico, informação), seja pelo envio de um executor móvel: ambulância, médico ou os dois(Unidade Móvel Hospitalar).

A resposta oferecida ao pedido depois de uma análise objetiva da necessidade pela dupla ergonômica TARM / Médico Regulador termina esta fase da regulação. Inicia-se a fase da gestão dos meios móveis de cuidados ativados. A regulação destes executores será estudada em um outro capítulo.

O tratamento simultâneo de múltiplos processos

Chamamos “processos” os prontuários médicos abertos para um paciente. Em média, há mais de 4 comunicações telefônicas por processo. A primeira comunicação é a solicitação de atendimento médico de urgência que inicia o prontuário do processo; as outras comunicações, que fazem parte das etapas da solução do processo, se fazem entre a equipe de regulação médica e quer seja os solicitantes, seja os “executores” no local, seja os serviços que vão receber o paciente.

A prioridade entre diferentes processos na fase inicial de seu tratamento.

Se dois processos começam por duas solicitações simultâneas ao TARM ele deve fazer quase que simultaneamente as tarefas de localização e detecção do NAMU e não tratar um processo depois do outro.

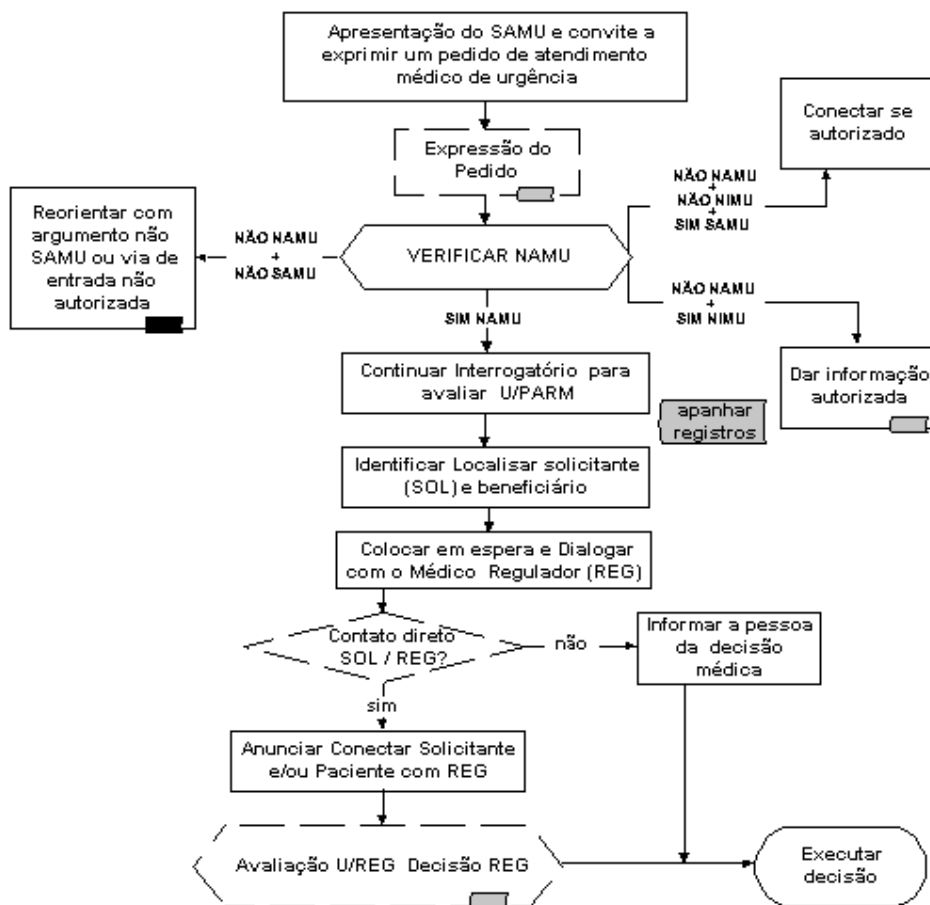
Conflito entre tarefas simultâneas

Mesmo dentro do SAMU que tem fluxos de processos pouco importantes, os processos andam no tempo e há conflitos entre tarefas e sub-tarefas dos diferentes estágios do tratamento de cada processo. Aqui ainda o TARM e o Médico Regulador devem dar a prioridade de tratamento de acordo com a prioridade da tarefa. Assim, a localização de um solicitante ou a análise de um NAMU são prioritários a um relatório de atividade de uma ambulância em fim de missão, por exemplo.

O esgotamento(sobrecarga) do sistema e os procedimentos incompletos (imprecisos)

Se a equipe de regulação está esgotada(sobrecarregada) por excesso de tarefas ela deve, sob imposição do Médico Regulador, passar a procedimentos simplificados, que terminam em qualidade de tratamento incompletos ou tem tendência seja a super-valorizar e a apressar os executores móveis, para se proteger de sub-valorizar e temporizar o que é pouco inquietante. Em casos de procedimentos incompletos devido a crise, as equipes que marcham melhor são aquelas onde a dupla ergonômica trabalha em bom entendimento e onde o TARM tem a confiança do Médico Regulador.

Figura 1 – Fluxo de entrada e resposta aos pedidos de atendimento médico de urgência



A distribuição de tarefas entre o médico regulador e o TARM

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

Como em toda dupla ergonômica e particularmente no caso da dupla Médico-Auxiliar, existe uma delegação de poder de profissional para profissional. O fluxo desta delegação leva forçosamente a conflitos, sobretudo se o meio não está formalizado ou não tem pelo menos regras fundamentais. De fato os médicos reguladores se sucedem no tempo diante do TARM, que por sua vez também troca e que podem ter comportamentos diferentes em relação a estas delegações. Podemos ver os mesmos conflitos entre o médico e o auxiliar dentro das enfermarias hospitalares, onde os profissionais paramédicos existem há longa data e portanto são dotados de regras e status. Estas tensões se ajustam no contexto da tarefa.

A incerteza de tarefas a realizar é uma das razões da fadiga. As síndromes de esgotamento são freqüentes nestes serviços. A insensibilidade (Burn out) se auto-agrava quando o sujeito agressor é aquele com o qual ele trabalha.

O TARM executa funções delegadas pelo Médico Regulador que é seu chefe operacional direto.

As funções do TARM podem ir, de acordo com o caso, do nível decisório mínimo de telefonista que conecta cegamente os interlocutores àqueles que tomam as decisões médicas, de acordo com o nível de delegação e de liberdade que ele tem de seu médico regulador. Esta delegação e o grau de divisão de tarefas dependem do nível operacional do TARM mas também da confiança que ele inspira ao médico. A dupla ergonômica pode ter permanentemente relações flexíveis ou rígidas mas também variações devidas à intensidade do trabalho e de conflitos de empatia e de fadiga. O nível de delegação que depende sobretudo do Médico Regulador, decide a direção do trabalho e não deve esquecer seus deveres de chefe. A manutenção da qualidade dos relatos da dupla ergonômica é muito impor-

tante para a qualidade da regulação médica. Devemos prestar atenção, ao nível da Direção, que os dois operadores conheçam bem seus papéis respectivos, principalmente para a escolha de prioridades de execução e de divisão de tarefas e sub-tarefas quando estão tratando simultaneamente.

A comunicação verbal e não verbal entre o TARM e o M.R.

Idealmente, ela se faz tanto pela comunicação verbal como pela comunicação não verbal. Os dois se enxergam e se escutam diretamente. Eles estão em frente um do outro, a uma distância de convivência separada somente por uma mesa de trabalho. A comunicação não verbal é desta forma constante nos casos mais simples de um médico e um auxiliar. O porte de fones de ouvido e a multiplicação de TARMs e de Médicos Reguladores pode tornar esta comunicação difícil.

Tarefas e funções exclusivas do TARM

Secretariado e Informante operacional do médico regulador

Registro dos dados

Conexão e encaminhamento das comunicações via meios a sua disposição

Localização dos solicitantes

Detecção das afecções vitais (graves)

Priorização das intervenções do médico regulador

Verificações

Informações ao público

Reorientação dos pedidos que não são concernentes ao SAMU

Tarefas e Funções exclusivas do Médico Regulador

Chefe Operacional da equipe de regulação

Diagnóstico médico final

Decisão médica do recurso empregado

Responsável pela resposta e pela vigilância médica do sistema

Regulamenta os conflitos operacionais do sistema

Relata à autoridade médica

Não execução do protocolo

Exemplo de tarefas habitualmente delegadas ao TARM pelo M.R.

Decisão de envio de uma ambulância ou de um médico generalista quando não há dúvida.

Alerta obrigatório à Polícia e aos Bombeiros

Reorientação para as estruturas de consulta médica (ambulatórios) para os casos não urgentes.

Nível de responsabilidade dentre as funções da Regulação Médica para o Médico Regulador e para o TARM

Funções e Tarefas	TARM		M.R.	
	Responsabilidade	Ação	Ação	Responsabilidade
Secretariado	+++	+++		
Informação operacional	+++	+++		
Registro da informação	++	+++	++	+++
Conexão e pesquisa de profissionais	+++	+++		
Localização	+++	+++		
Priorização das transferências de comunicação ao M.R.	+++	+++	+	+
Detecção do NAMU	++	++	++	+++
Verificação das informações	+++	+++		
Informações ao Público	++	++	++	+++
Reorientação dos solicitantes	+++	+++		
Hipótese diagnóstica		+	+++	+++
Diagnóstico para a epidemiologia			+++	+++
Decisão dos recursos a empregar		++	++	+++
Estabilidade da Regulação			+++	+++
Resolução dos conflitos			+++	+++
Relato de atividade às autoridades de saúde			+++	+++

A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM)

LOIZZO, F.; MENTHONNEX, E.; MENTHONNEX, P. e FILIPACK, V. A.

A regulação das chamadas médicas urgentes é um conceito que foi introduzido e desenvolvido pelos SAMU. Na França o artigo 3 do decreto de 16 de dezembro de 1987 da lei sobre o atendimento médico de urgência definiu claramente a missão da regulação médica: “os SAMU tem por missão responder a todas as situações urgentes necessitando de recursos médicos”.

Esta ação consiste em:

- garantir uma escuta médica permanente;
- determinar e ativar a resposta melhor adaptada;
- assegurar a disponibilidade de recursos de hospitalização públicos e privados;
- organizar, quando necessário, o transporte da vítima;
- vigiar sua admissão.

Através deste plano legislativo aparece uma nova forma de exercício da medicina: a Regulação Médica, com um engajamento todo particular da responsabilidade do médico regulador dentro do que se denomina telemedicina. No seio do Centro de Recepção e Regulação das Chamadas (CRRA), o Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) é o intermediário obrigatório entre o solicitante e o médico regulador.

Regulação das saídas das Unidades de Tratamento Intensivo Hospitalares (UTIM) “primários”

A escuta médica

O interrogatório telefônico sucinto, mas preciso, integrando os antecedentes e os tratamentos em curso do paciente, devem permitir ao médico regulador identificar rapidamente uma afecção vital (grave), aconselhar o solicitante de tudo quanto à ativação dos recursos apropriados para responder a esta afecção. Protocolos de ajuda para a regulação, colocados no CRRA, podem ser ferramen-

tas preciosas para a tomada de decisão. Em zonas extensas, a procura de um correspondente(interlocutor) local (médico de família, médico de plantão dos bombeiros) deve ser sistemática. Ele será então o primeiro elemento médico no canal de socorro.

As unidades Móveis Hospitalares (UMH) intervêm em todas as situações onde existe uma afecção vital patente ou latente ou ainda, desde que o prognóstico funcional seja gravemente ameaçado. Estas situações podem ser ligadas:

- seja à patologia: afecções cardiovasculares, neurológicas ou respiratórias, quer sejam médicas ou traumáticas;
- seja às circunstâncias: encarceração, explosão
- seja ao contexto: auto-estrada, distância, montanha...

Partida automática da UTIM

Algumas situações, na ausência da precisão ao chamado, devem ativar, “sem regulação”, a partida imediata de uma UTIM. Este é o caso de uma Parada Cardíaca, a síndrome de morte súbita de um lactente, o afogamento, o enforcamento, a explosão, a eletrocussão, os ferimentos por armas de fogo ou armas brancas, os acidentes com desproporção entre “executores” (veículo automotor - pedestre, caminhão - automóvel), queda de um local elevado (desde o primeiro andar), coice de cavalo, acidente de trânsito distante e sobre vias rápidas.

Critérios não médicos de intervenção primária

- “imagem de mídia” do serviço público sobre o que é o SAMU -UTIM
- locais sensíveis: escolas, certos locais administrativos,...
- personagens públicos,...

Escolha dos profissionais interventores e do vetor:

Esta escolha está sob a responsabilidade do médico regulador, As competências do médico transportador e de seu atendimento devem ser adaptadas ao estado clínico do paciente, no contexto da intervenção (encarceração, socorro em montanha,...) e às circunstâncias do transporte.

O vetor, terrestre ou aéreo, deve estar(ser) adaptado à patologia, à distância a percorrer, às possibilidades de acesso e ser compatível com o contexto logístico (disponibilidade, meteorologia).

A recepção da vítima

O serviço de recepção(hospital) deve estar adaptado à patologia, respeitando a livre escolha do paciente: urgências cirúrgicas, reanimação, unidade de tratamento intensivo coronariana, reanimação toxicológica,... O contato verbal entre o médico do serviço hospitalar e o médico regulador é um pré-requisito incontornável para a continuidade dos cuidados.

A regulação dos transportes inter-hospitalares “secundários”

São motivados pela necessidade de admissão em um serviço especializado ou em uma unidade de reanimação, uma transferência pós-operatória imediata, a prática de exames complementares ou de atos terapêuticos não realizáveis no local. A decisão da transferência é tomada conjuntamente com os médicos assistentes e receptor que dividem a responsabilidade

- O médico encarregado do paciente na unidade de partida é aquele que realizou a avaliação médica inicial e que pediu a transferência

- O médico do serviço receptor, que dá o seu acordo para assumir o paciente, precisa seu local de chegada e garante a continuidade dos cuidados.

- O Médico Regulador, que organiza a transferência de acordo com o médico que a efetua. Ele determina o vetor, os recursos em material e os profissionais mais adaptados para realizar a transferência nas melhores condições possíveis, tendo em conta os recursos disponíveis e os dados de avaliação do paciente. As competências do médico transportador devem ser adaptadas ao estado do paciente e às circunstâncias do transporte. O atendimento é representado ao menos por uma enfermeira anestesista diplomada pelo Estado, um enfermeiro diplomado ou, na necessidade, por um auxiliar de enfermagem.

Em conclusão: A regulação médica em um Centro de Recepção e Regulação das Chamadas(CRRA) na França é assegurada pelo binômio Médico Regulador/TARM. Esta função complexa necessita uma formação médica específica e

um perfeito conhecimento dos companheiros na urgência, das estruturas de recepção hospitalares públicas ou privadas e do terreno geográfico: “a regulação é um médico de urgência, mas sobretudo é uma medicina de situação”.

O ponto de vista brasileiro

O estabelecimento de uma comparação da Regulação Médica de unidades móveis entre a França e o Brasil deve obrigatoriamente levar em consideração vários fatores importantes, principalmente no que concerne ao Brasil. O termo Regulação Médica nos parece absolutamente adequado à descrição da atividade a que se propõe, significando ao mesmo tempo controle, racionalização, divisão, paridade, integração, conferindo um caráter de eficiência/eficácia à ação desempenhada.

Torna-se necessário apontar alguns itens básicos na constituição dos serviços móveis de atendimento, assim descritos em cada país.

Na França o sistema de saúde, em linhas gerais, permite acesso de qualquer cidadão à assistência médica necessária. Para tanto, está estruturado com base em estabelecimentos públicos, centrando diferentes serviços de um local ou região específica)hospitais com diferentes clínicas) o que permite tanto a procura direta por parte do paciente quanto através de um sistema de ajuda médica (SAMU). Há um sistema de financiamento dos serviços que permite sua subsistência, propiciando o pagamento de recursos humanos, aquisição e reposição de equipamentos e materiais, e a manutenção propriamente dita (consumo). Apesar de eventuais dificuldades ou imperfeições, isto é válido também para o SAMU e a regulação das unidades móveis, propiciando uma gerência capacitada, a existência de unidades em número adequado à demanda, com pessoal e equipamentos em quantidade e qualidade necessárias. Possibilita também, a racionalização de meios de diferentes complexidades, compondo um ‘Arsenal’ suficiente, em geral, para o enfrentamento dos problemas inerentes à regulação médica. A França possui uma definição clara de diferentes tipos de ambulâncias, equipamentos e procedimentos médicos, válidos em todo o país, conferindo um aspecto de coesão e unidade altamente elogiável.

No Brasil o sistema de saúde está, neste momento, sem condições de atender à demanda existente. Há uma grande concentração de meios nos grandes centros, propiciando todos os tipos de abordagem e intervenção médica com as técnicas mais modernas, porém apenas para determinadas parcelas da população. As influências culturais regionais, trazendo grande variedade comportamental, aliadas ao baixo índice de escolaridade, grande extensão territorial, instabilidade econômica, descontinuidade administrativa constante devido às múltiplas alternâncias políticas, incapacidade de viabilização financeira do sistema público de saúde, perfazem em conjunto um quadro desfavorável à execução de uma política de saúde homogênea. Deste modo, apenas algumas iniciativas conseguem êxito, como as observadas na atenção primária à saúde (saúde materno-infantil, imunizações, etc.) e mais por movimentos isolados regionais que por amplas campanhas nacionais. Aliado a estes fatores sócio-culturais, há uma grande lacuna na formação médica, que virtualmente desconhece (ou desconsidera) a área de urgência (emergência), principalmente o atendimento do traumatizado. É claro que há exceções, e principalmente no sul e sudeste do país o problema começa a ser minimizado tanto a nível de graduação como de pós-graduação.

Regulação médica em uma companhia de assistência privada

DEROSSI, Arnaud

O papel do médico regulador de uma sociedade de assistência é frequentemente aquele de apreciar a distância e o estado de gravidade de um paciente conveniado e a qualidade dos cuidados que lhe são necessários no local onde está hospitalizado.

Esta apreciação se faz mais pelo contato telefônico direto com as equipes de atendimento locais que por um contato com o paciente propriamente dito ou seus acompanhantes(família, companheiros de viagem, etc.). Pode-se também decidir a oportunidade ou a urgência de um repatriamento (ou eventualmente de uma transferência para uma estrutura de cuidados melhores adaptados). Em diversos níveis, pressões se exercem sobre o médico regulador.

Relações com o médico assistente

Importantes pressões deontológicas e relacionais agem sobre os relatos entre o médico regulador e os médicos encarregados do paciente. Estes últimos sentem frequentemente como uma intrusão o comportamento inquisidor (ou percebido como tal) adotada pela sociedade de assistência (médico regulador).

Após a decisão de repatriamento ser tomada, o médico regulador decide igualmente o modo de transferência mais adequado: ambulância, avião de linha, avião sanitário, etc... Esta escolha se faz de forma adaptada, em função da urgência, da gravidade do estado do paciente e da distância a percorrer. Enfim, escolhe-se a composição de equipe médica para acompanhamento em função da patologia do paciente.

Escolha do modo de repatriamento

Todas as decisões são tomadas de forma livre e independente pelo médico regulador. Sua independência é garantida por um regulamento interior da socie-

dade e eventualmente a presença de um conselho (consultor) médico. Por outro lado, o médico regulador de uma companhia de assistência está submetido a uma dupla autoridade, mesmo se ela não é reconhecida abertamente: ele deve seguir as recomendações e conselhos de sua “Direção Médica” (que por vezes é o único decisor no que concerne à escolha do repatriamento) e ele deve poder justificar a todo o momento suas decisões para a “Direção de Assistência”, que tem uma função administrativa; esta última mantém de fato um olho crítico sobre as decisões médicas que levam a custos importantes (avião sanitário, em particular). Assim sendo, o médico regulador pode assistir eventuais pressões tácitas tentando influenciar sua posição.

- Travel Insurance Company – Sociedade de Assistência

Responde aos seus associados por toda a demanda de assistência e de conselho médico.

Cláusulas de exclusão

O médico regulador é obrigado a aplicar certas cláusulas de exclusão previstas pelos contratos de assistência (e em particular as exclusões pela patologia pré-existente ou crônica). Quando da aplicação destas cláusulas excluindo estes pacientes do benefício de repatriamento, a decisão é em princípio deixada à discricção do médico-regulador, em função de cada caso em particular.

Entretanto, as pressões econômicas atuais assumidas pelas companhias de assistência levam a tentar reduzir seus custos de funcionamento e, então, igualmente os custos embutidos nos repatriamentos. Em decorrência disto, a decisão de aplicar ou não estas cláusulas de exclusão são tomadas de uma maneira mais restrita levando uma vez mais a propiciar pressões tácitas.

EM CONCLUSAO:

É indispensável garantir ao médico-regulador uma total independência de decisão, ao menos alicerçado em um regulamento interior; somente este é que garante aos associados uma resposta estritamente adaptada ao problema em questão.

Regulação médica das transferências inter-hospitalares em grandes metrópoles – experiência brasileira

GONÇALVES, Antônio José

1. Introdução:

No processo de tratamento dos doentes com afecções de urgência, muitas vezes nos vemos frente à necessidade de transferir o caso. É extremamente importante que o reconhecimento da necessidade de transferência seja feita precocemente para que a ressuscitação se restrinja àquelas manobras absolutamente essenciais para a estabilização e preparo para o transporte, evitando desta maneira manobras desnecessárias que possam comprometer o resultado final do tratamento.

A decisão de transferir o doente é médica e intransferível.

Dois pontos devem nortear a decisão médica de transferir o caso: a condição técnica da equipe e a condição da unidade de saúde, baseados, obviamente, nos dados clínicos do doente.

Numa transferência inter-hospitalar, além das duas condições técnicas acima citadas, estão envolvidos também outros fatores, a saber: legais, morais e éticos.

Assim, todo médico que trabalha num serviço de urgência deve saber com muita clareza a sua condição técnica e a de sua equipe, o nível de complexidade da instituição em que está trabalhando e como esta instituição se insere no sistema de urgências da cidade ou região e, por último, como acioná-lo em caso de necessidade. Além disso deve ter plena consciência de suas responsabilidades legais, morais e éticas. Vale a pena aqui lembrar os 4 princípios da Declaração de Lisboa de 1989, segundo os quais todo médico que trabalha com urgências deve aumentar a equidade, diminuir a iatrogenia, aumentar a autonomia do paciente lembrando da ética e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

2. O modelo de sistema de urgências a ser adotado no estado de São Paulo:

O modelo proposto para São Paulo baseia-se na lei orgânica do Sistema Único de Saúde(SUS) que tem como princípios básicos a regionalização e hierarquização do sistema tendo o Município como órgão executor das ações de saúde e o Estado realizando o papel de normatizador, fiscalizador e, eventualmente, executor.

Este modelo pressupõe uma integração total entre os sistemas pré-hospitalares e hospitalares. Esta integração somente poderá ser efetiva se houver uma instância que coordene, direcione, toda a demanda das urgências. Esta instância é o Plantão Regulador. Este plantão deve ser gerenciado e coordenado por médicos e deve ter apoio político e poder de mando, para determinar qual a melhor orientação - técnica, administrativa - a ser tomada em qualquer situação - individual ou coletiva -, sendo obedecido sem discussão e assumindo toda a responsabilidade por suas ações.

Assim, o Plantão Regulador deve ter poder para gerenciar e coordenar as centrais de tratamento dos pedidos de atendimento de urgência médica pré-hospitalar (Central 192 de Urgências da Saúde, Central 193 de Urgências de Bombeiros) e receber um mapa diário da situação hospitalar da área de sua abrangência. De posse disto, poderá otimizar a utilização dos recursos disponíveis aumentando a equidade do sistema. Obviamente que uma série de barreiras políticas, administrativas, terão que ser vencidas para que o Plantão Regulador tenha efetivamente este poder.

A estratégia

A estratégia inicial foi o de criar o Plantão Regulador na região metropolitana de São Paulo - o Plantão Controlador Metropolitano. Isto foi um erro tático e não deu certo. Os motivos do insucesso foram vários, porém o principal foi a grave crise no sistema hospitalar que, não respondia à demanda solicitada e foi desgastando gradativamente, porém de forma fulminante, o desempenho do Plantão Controlador Metropolitano. Como este último não possui recursos suplementares, como ele utiliza os raros recursos existentes mesmo se estão otimizados, estes recursos permanecem escassos e não respondem à demanda, o Plantão Con-

trolador passou cada vez mais, a não dar a resposta adequada às solicitações ficando com a imagem de uma instituição falida dado o seu baixo poder de resolução.

Com a constatação desses fatos, o Plantão Controlador Metropolitano foi temporariamente desativado, e a estratégia de implantação do sistema de urgências no Estado foi modificada, priorizando-se o interior. Assim, serão implantados sistemas de atenção às urgências em regiões do interior do estado de São Paulo, seguindo-se a mesma diretriz do Sistema Único de Saúde. Acreditamos que, desta maneira, por serem comunidades menores, com menos problemas, teremos maior facilidade em gerenciar os conflitos político-administrativos e mesmo financeiros, o que deverá facilitar a implantação do sistema. Acreditamos, inclusive, que a experiência vivida com a implantação do sistema nessas comunidades poderá trazer subsídios importantes para a implantação ou reimplantação do sistema na Região Metropolitana de São Paulo, sem dúvida uma das mais complexas regiões metropolitanas do mundo pois compreende 38 municípios e 16 milhões de habitantes.

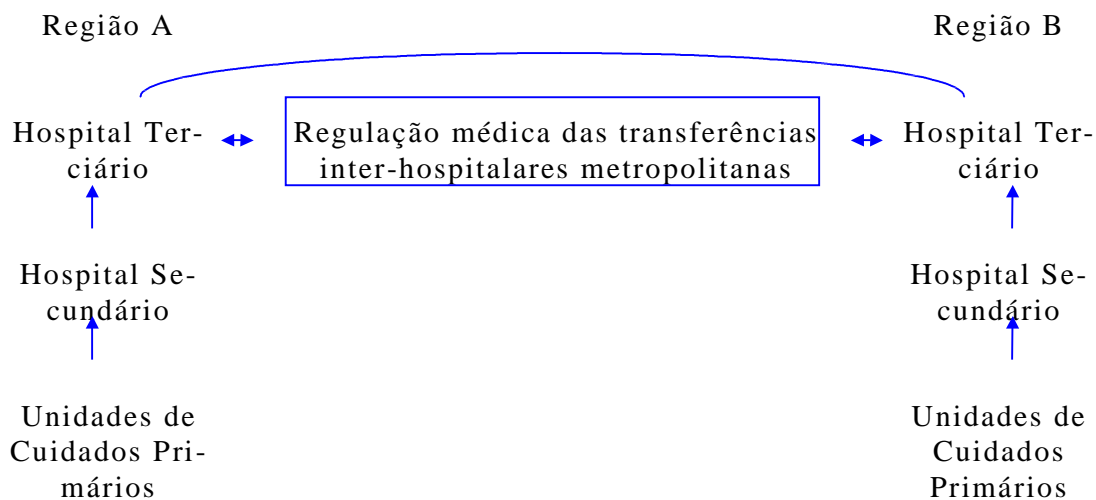
3. Elaboração da grade hospitalar de urgências para a Região Metropolitana de São Paulo e sua operacionalização:

Quando se quer implantar um sistema de atendimento às urgências, dois são os principais critérios iniciais que devem reger as transferências inter-hospitalares, a saber: a regionalização e a hierarquização. Assim, o primeiro passo é fazer um levantamento de todas as unidades de saúde da região, caracterizando-as como públicas, filantrópicas, universitárias e privadas conveniadas ou não com o Sistema Único de Saúde. Além disso, estas unidades devem ser divididas por região geográfica (as vezes podem ser divididas por facilidade de acesso) e dentro desta região devem ser caracterizadas segundo sua complexidade em unidades primárias (unidades mais simples), secundárias (de complexidade intermediária) ou terciárias (de maior complexidade).

Na Região Metropolitana de São Paulo foram eleitos, inicialmente, 10 hospitais terciários com a conseqüente delimitação de 10 regiões de saúde para o atendimento de urgência. Cada um destes hospitais é referência para os hospitais

secundários e as unidades de saúde primárias de sua região de abrangência. A transferência das unidades de saúde primárias para as secundárias e, destas duas para as terciárias são feitas automaticamente. Logicamente, um único hospital terciário é muito pouco para dar assistência médica de urgência para 1,5 a 2 milhões de pessoas, porém este foi o início do sistema e o possível de ser conseguido.

A transferência de um hospital terciário para outro - portanto, de uma região para outra - também é possível. Pode ser feita diretamente, após contato prévio entre os médicos chefes de equipe dos dois hospitais ou com intermediação do Plantão Controlador Metropolitano. Aliás, esta deve ser uma das principais funções do Plantão Controlador, qual seja, a de redirecionar a demanda “natural”. Esta função é extremamente importante e, se bem desempenhada, garante um atendimento adequado e mais rápido. Um esquema da operacionalização deste sistema seria o que segue:



Como podemos notar no gráfico acima as transferências inter-hospitalares da região A são automáticas e, só poderão ir para a região B via Plantão Regulador. Um outro aspecto extremamente importante é que o Plantão Controlador, idealmente, só deveria falar com os hospitais terciários e estes é que, orientados

pelo Plantão Regulador, ordenariam aos hospitais de sua área de abrangência uma eventual mudança de encaminhamentos. Este redirecionamento de demanda pode ocorrer devido a catástrofes ou falta temporária de determinado recurso humano ou material no hospital terciário da região.

Um outro aspecto que julgamos de extrema valia no planejamento das ações de saúde para o atendimento de urgência é a avaliação e controle do sistema. Aqui também, o Plantão Controlador é fundamental pois a análise dos relatórios por ele emitidos nos permitem diagnosticar qual foi o hospital que mais transferiu e qual foi o que mais recebeu doentes; qual foi o principal motivo da transferência em determinada região, quer seja ele falta de recursos humanos, materiais ou qualquer outro. De posse desses dados, as autoridades competentes podem e devem providenciar os recursos necessários para diminuir ao máximo as transferências inter-hospitalares. Isto aconteceu com um determinado hospital secundário que possuía, segundo os relatórios do Plantão Controlador, uma demanda significativa para exames endoscópicos, o que gerava um grande número de transferências para a realização do exame. A aquisição de um endoscópio e contratação de especialistas resolveu o problema sendo plenamente justificada tanto do ponto de vista do conforto ao doente como da relação custo-benefício.

As transferências inter-hospitalares além de normatizadas do ponto de vista da regionalização e hierarquização, também devem sê-lo do ponto de vista técnico. Acreditamos que, neste último aspecto, as urgências devem ser divididas em dois grandes grupos: as traumáticas e as não-traumáticas. Deve ser composta uma comissão de alto nível que pontue quais os casos que devem ser transferidos com base nos dados clínicos encontrados. Seria um protocolo de transferência inter-hospitalar cuja responsabilidade de elaboração seria exclusivamente médica, com obrigatoriedade de revisão periódica.

4. Conclusão:

A implantação de um sistema de atenção às urgências deve ter como objetivo a auto-suficiência de cada região no que diz respeito à hierarquização do sistema, ou seja, cada região deve ter a capacidade qualitativa e quantitativa de resolver os seus problemas.

A inclusão no sistema do Plantão Controlador (regulador) é fundamental para, no início do plano orientar o planejamento do crescimento do sistema e mais tardiamente otimizar os recursos existentes melhorando a relação custo-benefício, e agindo como um catalisador do sistema facilitando e agilizando o acesso da população como um todo ao próprio sistema.

Todos os recursos devem ser canalizados no intuito de um controle centralizado com ações descentralizadas. Aqui incluímos centrais de comunicação, viaturas de atendimento pré-hospitalar medicalizadas ou não, viaturas de transporte inter-hospitalar, possibilidade de acesso aos recursos hospitalares, dentre outros.

Os coordenadores de um sistema deste porte devem ter a habilidade política e a competência técnica necessária para unir governos, independente do partido a que pertençam, unir as universidades para o fundamental apoio técnico-científico; a criatividade e honestidade suficientes para implantar mecanismos de incentivo à participação da iniciativa privada no sistema e a objetividade desejável para criar mecanismos que façam com que o doente ou a vítima sejam encaminhados com o transporte certo, no momento certo ao hospital certo.

REGULAÇÃO MÉDICA INICIAL DAS PRINCIPAIS SÍNDROMES VITAIS

Semiologia médica da solicitação telefônica inicial de atendimento médico de urgência

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

As dificuldades do processo de diagnóstico em medicina de urgência e em telemedicina em relação à medicina clínica hospitalar.

Os níveis de complexidade do tratamento da informação e do diagnóstico dependem da quantidade de meios colocados à disposição: o diagnóstico dado pelo anatomopatologista hospitalar, através de uma investigação completa na autópsia com os cortes analisados ao microscópio eletrônico, após a morte de um paciente examinado há 6 meses por diversos especialistas, é o nível máximo. Entretanto, o diagnóstico que é feito pelo médico extra-hospitalar utiliza apenas a inspeção, a palpação, a ausculta e que, por vezes é pressionada pelo tempo em um outro nível. Igualmente são os diagnósticos feitos pelo médico regulador do SAMU de Paris, que deve diagnosticar a causa da dispnéia à solicitação de um comandante de aeronave que está dentro de seu avião e que se encontra a 20.000 Km de distância e a 20.000 m de altitude com uma transmissão de rádio fraca e atrapalhada por interferências são bem diferentes dos primeiros.

O que é necessário lembrar é que o valor deste diagnóstico, para o paciente e para a sociedade, não tem uma relação com sua complexidade!

A semiologia, a tática do diagnóstico e mesmo a identificação da síndrome que estes três tipos de médico vão utilizar não tem nada em comum. A deficiência pela pobreza de sinais diagnósticos é ainda agravada pela pressa devida à rapidez de evolução e para o agravamento que é próprio das urgências.

O que queremos dizer é que hoje esta medicina, que é uma exigência da população, está nascendo e necessita da criação de uma Semiologia Científica de Sinais, uma Nosologia e uma Epidemiologia, Ciência de Síndromes adaptadas, alguns com os meios de tradução como àqueles da Clínica. Isto propiciará a comunicação mais fácil com os epidemiologistas que também utilizam a linguagem da classe dirigente médica e que classificam a morbidade e a mortalidade devidas a estas patologias dentro do código para "diversos".

A imprecisão da nosologia em medicina de urgência: outra dificuldade.

O modelo normalmente empregado para diagnóstico é aquele ensinado em um hospital universitário e outros modelos são mal considerados. A prática da medicina de urgência é pouco considerada, abandonada aos estudantes e negligenciada pelas elites. Este abandono deixou esta patologia com vagos conceitos e procedimentos assim como em um deserto pedagógico. A educação sanitária, e mesmo os cursos dentro das escolas médicas ou de enfermagem, abandonaram os procedimentos a colocar em práticas pelos socorristas, relegando às associações caritativas e aos serviços de segurança, que estabeleceram suas próprias bases, mas está na hora de recuperar o tempo perdido.

A semiologia da detecção dos acometimentos vitais após a mensagem inicial da solicitação de atendimento médico de urgência.

A expressão inicial da solicitação

Comporta habitualmente duas mensagens: uma de conteúdo conectivo do solicitante que quer influenciar a decisão do receptor(ex.: eu quero uma ambulância, eu quero um médico), outra de conteúdo referencial informativo sobre a semiologia (ex. ele não respira) ou sobre a etiologia (ele foi avaliado quanto à patologia que provoca a solicitação de atendimento médico de urgência).

Na educação sanitária dos cidadãos que ligam para o SAMU é necessário que se solicite a expressão em sua linguagem vernacular, à qual vem naturalmente, e não utilizar a linguagem médica, assim como para dizerem aquilo que eles

vêm e não aquilo que eles pensam, sem utilizar expressões que dão ordens ou exprimem necessidades.

Os ruídos parasitas úteis durante a solicitação de atendimento médico de urgência

A localização. A localização geográfica e temporal do evento é um conjunto de informações sem as quais não podemos agir. Elas são recolhidas por aqueles que recebem o alerta em primeiro lugar. Se elas não são obtidas não há urgência e se espera uma informação mais ampla.. A expressão da angústia social e o grau conectivo do discurso é registrado para avaliar o fator social, ponderando o grau de prioridade pretendido por aqueles que solicitam ajuda. Os ruídos, que habitualmente são parasitas, gerados pela decodificação da mensagem pelo receptor são por vezes sinais muito importantes para a localização, o grau da crise que está a volta do evento e mesmo a gravidade da patologia (ex.: um sujeito que nós escutamos através de um pai aterrorizado pois ele se sufoca ou porque está em coma, é um sinal operador que muda imediatamente a tática). O reconhecimento automático do número de telefone do solicitante e mesmo a voz do solicitante servem para o progresso na recolha semiológica que se passa no primeiro minuto de interação entre o solicitante e o SAMU.

Os sinais operadores recolhidos pela interação entre o médico e o solicitante.

Sintomas extraídos do paciente e das pessoas próximas

O ideal para a equipe de regulação é sempre interrogar o paciente e de exigir ao solicitante se o paciente pode falar. Escutar a fala de sujeitos com dispnéia (aos quais nós solicitamos que respondam por sim ou não a questões precisas) permite recolher uma semiologia de ruídos (tosse, voz, crepitações, sibilos), o número de palavras expressáveis, etc..

Se o indivíduo(paciente) não pode ser utilizado para extrair uma informação semiológica através de seu interrogatório, em uma ordem operacional, é o acompanhante mais próximo do paciente que vai dar a melhor informação e me-

lhor ainda se podemos lhe teleguiar, mas é também o mais calmo pois, em alguns casos, o mais próximos de um paciente em estado crítico não são os mais calmos. A pior obtenção de sinais é feita quando aquele que informa o SAMU é um intermediário que não pode ver o paciente. A transmissão de informação ao SAMU pelos serviços de socorristas através de uma central própria e mesmo medicalizada é um obstáculo importante à regulação das solicitações.

Sinais teleguiados obtidos pelos assistentes

O médico regulador do SAMU deve estar apto a dar ordens precisas a seus interlocutores para que eles captem certos sinais visuais, palpatórios (ventilação, pulso, temperatura, etc.), auditivos, etc. Estes sinais podem lembrar àqueles de um exame clínico médico se são solicitados à certos auxiliares médicos. Nós estamos estudando certos captadores que poderiam ser colocados à disposição de algumas estruturas sanitárias elementares para facilitar este telediagnóstico (ecografias transmitidas ao SAMU teleguiadas à distância na floresta guianesa pelo SAMU da Guiana).

Os sinais operadores do diagnóstico telemédico

Os sinais que os médicos reguladores devem utilizar para avançar em direção ao diagnóstico das síndromes são positivos ou negativos e podem ser patognômicos ou diferenciais. Entretanto seu número é restrito pela angústia do emissor de fracas capacidades de codificação, do canal de comunicação com fraca qualidade e, sobretudo, pelo tempo que é curto e a ansiedade da morte que aumenta neste tipo de solicitação. É necessário utilizar os sinais operadores que estimulam de uma maneira eficiente e não utilizar os sinais do interrogatório de observação e de exame clínico. Para obter estes sinais é necessário dar ordem ao solicitante para realizar tal ou tais manobras e obter o resultado, de lhe colocar as questões de tal forma que possa haver respostas de uma maneira binária. O sinal que nos falta atualmente dentro do processo de telediagnóstico é como aquele resultado da palpação do pulso. Aprender a reconhecer as reações de um sujeito inerte, à olhar seus movimentos epigástricos e não seu tórax para avaliar

a ventilação e a tomar seu pulso são os objetivos da educação sanitária a ser feito nas escolas primárias.

Proposições para uma nosologia de grandes síndromes de ameaça vital em telemedicina de urgência.

As síndromes operacionais dentro do telediagnóstico são as síndromes que contém entre seus sinais (no sentido da semiologia geral e não médica) seu tratamento, implícita ou explicitamente (P é uma parada Cardíaca que contém a RCP)

O final da vida e o SAMU

Chastre

Introdução

Desde os anos 60 a França viu uma evolução espetacular na distribuição dos lugares para morrer. Em 1964, 63,2% das mortes ocorriam no domicílio. Em 1982, 30,6% somente ocorriam no domicílio (25,3% na Ile de France e 40,9% no meio rural Francês)³.

A medicalização da morte é um fenômeno que deriva de muitos fatores, ao aumento da necessidade, a modificação da estrutura familiar, ao acesso facilitado à proteção social e aos cuidados médicos.

Entretanto, o óbito no domicílio é um acontecimento que existe e que demanda por vezes a intervenção dos serviços de urgência extra-hospitalares.

QUEM MORRE NO DOMICÍLIO?

A morte tabu é um fenômeno recente na nossa sociedade. Os ritos funerários são desconhecidos da população mais jovem e a morte a domicílio tornou-se incômoda, por vezes indecente. Não faz mais parte da vida corrente esquecer o tempo, o conhecimento e o desejo. As formalidades parecem longas e são por vezes inadaptadas à situação psicológica dos acompanhantes.

O medo da morte, e de tudo o que se relaciona a ela, faz com que a morte no domicílio, que há pouco tempo era tradicional, não se faça a não ser em duas situações bem precisas:

1) A morte impreviável: Se trata de uma afecção vital brutal em um paciente com ou sem patologia preexistente e onde o óbito tinha pouca ou nenhuma probabilidade. A chamada ao SAMU é uma chamada de afecção vital e de intervenção totalmente justificada.

³INSEE-INSERM

2) O paciente espera que uma patologia crônica evolua, desde que toda a terapêutica ativa foi cessada, e se beneficie apenas de cuidados e conforto ou de cuidados paliativos.

A manutenção no domicílio é comumente um desejo proveniente do próprio paciente ou da família. Torna-se possível colocar uma equipe de terapeutas, de uma estrutura de cuidados, no domicílio, associando pessoal de enfermagem, fisioterapeuta e médico assistente. Nestas condições, a preparação dos acompanhantes vem da iminência da morte e é uma etapa indispensável para permitir a manutenção no domicílio.

As causas de chamada ao SAMU

As chamadas ao SAMU para os pacientes em fase terminal tem múltiplas causas. A noção de urgência é por vezes difícil de ser apreciada pelo solicitante, mas o SAMU é freqüentemente o único interlocutor disponível em uma situação de urgência vivida.

1) Solicitação de conselhos sobre modificações de posologia e sobre a indicação de uma intervenção médica especializada. Isto emana mais freqüentemente do pessoal que realiza os cuidados no local, desde que se encontrem diante de uma situação clínica não habitual difícil de gerir.

O alerta é um chamada de uma afecção vital

2) É uma solicitação de atendimento médico de urgência para uma patologia aguda intercorrente tendo ou não relação com a patologia crônica (por exemplo: as afecções respiratórias por obstrução da cânula de traqueostomia, os estados de mal convulsivo).

3) Afecção psicológica dos acompanhantes, mal preparados a uma situação difícil. O surgimento de um evento novo, mesmo pequeno, faz ultrapassar o limite de tolerância, e a solicitação de atendimento médico de urgência ao SAMU dá-se-lhe seguimento com urgência, desde que a estrutura médica que acompanha habitualmente o paciente esteja indisponível ou não comunicável.

Que resposta?

A avaliação da situação, por um interrogatório preciso, deve permitir a delimitação das necessidades dos pacientes e acompanhantes e de evitar uma hospitalização se isto é possível.

Esta avaliação é algumas vezes difícil quando o interlocutor não está apto a dar informações exatas sobre a patologia e sobre os graus de evolução da doença.

A resposta do SAMU é função da patologia anunciada mas também dos meios disponíveis.

1) Conselho por telefone, sabendo que a formação dos médicos do SAMU em técnicas de cuidados paliativos é insuficiente;

2) Consulta no domicílio, por um médico urgentista, para adaptação das posologias (em particular aqueles dos tratamentos analgésicos) ou tratamento de patologias onde o acompanhamento pode ser garantido pela estrutura de cuidados a domicílio;

3) Hospitalização por ambulância básica desde que o evento motivante da chamada não possa ser tratado no local ou quando os acompanhantes não podem assumir a responsabilidade do doente no domicílio;

4) Envio de uma ambulância de reanimação para as afecções vitais como aquelas citadas no capítulo precedente, sabendo-se que a intervenção tem por objetivo o conforto do doente.

As estruturas a desenvolver

O surgimento de novas patologias nos pacientes jovens (SIDA) e a crescente incidência de patologias neoplásicas fez necessário o desenvolvimento de estruturas de cuidados a domicílio.

Entretanto estes ficam nitidamente insuficientes na medida em que o funcionamento não é garantido 24 horas por dia e que os problemas específicos dos pacientes em fases terminais são pouco ou totalmente desconhecidos dos cuidadores.

A melhora da admissão destes pacientes demanda a realização de um certo número de estruturas:

1) Uma equipe móvel de cuidados paliativos permitindo a manutenção destes pacientes no domicílio;

2) Uma linha telefônica disponível 24 horas por dia para os conselhos dos cuidados paliativos;

3) Uma abordagem eficaz dos acompanhantes, pela equipe de cuidados e pelos psicólogos, para permitir uma preparação à iminência da morte e evitar a chamada ao SAMU por afecção psicológica dos acompanhantes.

Regulação das chamadas ao SAMU por “Parada Cardíaca” e por “Parada Respiratória”

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

Devido ao risco de chocar muito as pessoas em decorrência da negação e do tabu da morte, existe a tendência a não definir bem estes dois estados muito diferentes entre si. Estas duas síndromes se encontram nos dois extremos da escala de gravidade, um sendo a síndrome mais grave e a outra equivalendo, dentro da definição que nós demos à gravidade, como de nível 0.

Nós lembramos que desde que queiramos falar dentro do aspecto da nosologia da regulação isto estará indicado por ® no texto. Chamamos Expressão dos Sintomas ® ao conjunto de expressões que o solicitante descreve no início do chamado o que ele deseja. Chamamos de Síndrome Operacional de Regulação ® a um conjunto de sinais Operadores de Regulação ®, que levam à hipótese diagnóstica de trabalho da equipe de regulação e que servem a esta atividade médica. Chamaremos de Sinais ®, Índices ® e Síndromes ® tentando estar o mais próximo possível daqueles utilizados na Clínica Médica.

Síndrome Operacional de Regulação da PARADA CARDÍACA ®

A Síndrome Operacional “Parada Cardíaca” ® pode ser utilizada quando os primeiros 2 “sinais de vida ®” desapareceram

Movimentos = 0 e reações = 0

Isto é verificado ao menos por três testes e três sintomas “negativos”.

Não reação às estimulações ® há mais de um minuto = 0.

Não movimento de respiração ® detectável ao nível da “boca” do estômago há mais de um minuto = 0.

Não percepção de pulso ® há mais de três minutos = 0.

Nós poderemos adicionar flacidez total há mais de um minuto o que é indispensável após a RCP realizada há dez minutos.

As condições de tempo que delimitam a PARADA CARDÍACA®

O tempo para a regulação não deve passar dois minutos.

Não se justifica o envio de uma UTIM a não ser dentro da sua zona isócrona de intervenção, com um tempo para atendimento de 10 minutos, com um tempo de menos de um minuto para o despacho e um trajeto que deverá ser efetuado com todos os avisos de prioridade da ambulância.

Primeiro: se o alerta provém de uma testemunha que viu o sujeito cair e onde a Expressão que ele utiliza para descrever é de proximidade (ele caiu neste instante), dentro de nossa Nosologia de Regulação nós utilizaremos a Expressão de Sintomas® = DESMAIO®.

Por outro lado é pouco provável que a Expressão correspondente à visão de um corpo que cai, sem noção do que se passou anteriormente (Expressão de Sintomas = GIT®), seja seguida de uma PARADA CARDÍACA ®.

Segundo: se a RCP está em andamento, iniciou dentro dos três minutos que se seguiram ao desaparecimento dos sinais de vida e que encontramos-nos a pelo menos 45 minutos do seu início e pelo menos a 15 minutos de trajeto de UTIM devemos iniciar o tratamento do luto e caracterizar a síndrome “Morte®”. Uma ineficácia cardíaca sem tratamento não é PARADA CARDÍACA® é uma MORTE® onde é melhor começar o tratamento do defunto por telefone

Teletratamento da PARADA CARDÍACA

Ensinar a RCP à alguém por telefone é praticamente impossível salvo para acompanhantes motivados, emocionalmente sólidos, intelectualmente aptos a realizar as seguintes ordens:

Coloque o paciente em superfície plana de costas;

Ajoelhe-se com os joelhos ao nível das axilas;

Fixe bem sua cabeça na frente do mento verticalmente;

Prenda dentro de vossa mão sua mandíbula e eleve-a para o alto;

Assopre dentro de sua boca, amplamente aberta tapando-lhe ou pegando as asas do nariz de maneira que não escape ar;

Venha ao telefone depois que ter insuflado 5 vezes contando até 5 entre cada insuflada;

Se ele não reage ainda depois disto devemos lhe comprimir o tórax.
 Dobre seus joelhos com um joelho ao nível da axila;
 Os braços estendidos, bem verticais, com uma mão espalmada e outra por cima, você comprime ao nível dos mamilos 15 vezes seguidas a cada segundo;
 Após, insufla nos pulmões 4 vezes;
 Recomece até que nós cheguemos, a não ser que ele recupere a vida.

Problemas de pedagogia e de educação sanitária devem ser resolvidos no futuro se queremos ser eficientes(a eficácia tem um custo social suportável).

Iatrogenia das RCP como aquelas que são atualmente ensinadas no mundo.

A Síndrome Operacional de Regulação “ÓBITO”

A morte é um estado que, sob o plano puramente médico, é uma síndrome de gravidade nula mas que, sob o plano social, provoca uma crise tão importante que pode caracterizar este evento como muito urgente. Nós remetemos o leitor ao capítulo que trata da quantificação do grau de urgência e sob a importância da ponderação social da “caracterização” da urgência. O ponto a salientar é que a morte é “tratada” por acompanhantes e o “luto” comporta ritos obrigatórios. O luto comporta fases onde o terror da morte, que não pode cessar até que seja aceito “declarado”, em seguida advém as dúvidas e a culpabilidade dos sobreviventes, que apresentam igualmente problemas mais ou menos prolongados até a cicatrização. Para o médico regulador ou de quem se encontra no local, tudo consiste em ajudar a “proclamação” social da morte, que faz passar então ao luto, faz cessar todo o ritual de reanimação e enfim troca o status e os direitos do sujeito pois inicia o tratamento tanatológico do cadáver os quais são apenas restos que não devem mais incomodar os vivos. Medicamente, a urgência caberia aqui apenas aos médicos legistas ou anatomopatologistas. O processo de regulação da “morte cerebral” pode igualmente ser uma urgência regulada pelo SAMU e por outro lado nós a tratamos nos comas. O luto dos acompanhantes necessita fre-

qüentemente a intervenção do médico generalista seja para a declaração médico-legal seja para tratar as manifestações ruidosas de certos pessoas que não estão habituados ao nosso país e que são julgados como tendo “agitações patológicas”.

O Luto como problema de regulação médica nos primeiros minutos da chamada ao SAMU

O luto deve começar pelas próprias equipes de regulação que não poderão tratar este tipo de urgência “social” até que ela passe as etapas de negação, de dúvida e de culpabilidade. Ao telefone podemos começar este processo graças à maneira de teleguiar a pesquisa semiológica. Pela entonação, pela sintaxe e pelas locuções cada vez mais dosadas (por exemplo: ele ainda reagiria? Ele ainda tem movimentos respiratórios?...) e provocando no locutor a emergência da constatação, principalmente para que ele declare mesmo por eufemismo “o interdito” (é necessário advertir a família... É o fim... Não há mais nada a fazer)

A morte é uma urgência médica para o SAMU e para as UTIM ?

A medicina geralmente deixa a deriva a morte e a utilização do médico como um padre seguindo-se a morte, através de seus ritos de passagem, está em vias de ser por nós estudada, no que concerne à utilização da UTIM nesta função social e frequentemente com o argumento de urgência.

Hipóteses de partida

A análise dos comportamentos da sociedade em face às mortes súbitas seria feita do ponto de vista da etnoantropologia e não dos médicos, a partir da constatação que os parisienses solicitam cada vez mais os Serviços Médicos e dos Bombeiros como agentes dos rituais de luto e estes utilizam meios que não são eficientes tecnicamente, do ponto de vista do que oferecem. Assim, não seria necessário vislumbrar uma outra solução?

Métodos e postulados de base

Todos os casos que serão estudados relacionam-se aos que foram qualificados nos escritos dentro dos prontuários da Regulação Médica do SAMU quer seja de morte ou/e toda a tradução ou eufemismos ou práticas que lhes subentendem. Esta prática social de urgência comporta dois subconjuntos que poderiam ser denominados dentro do aspecto morte e sem pré-julgar seu apelo médico “Parada Cardíaca” e “Óbito” um tendo sido “reanimado” com um certo sucesso pois será transferido para um Serviço de Cuidados, o outro “reanimado” ou não será transferido a um “necrotério”.

O índice “sine qua non” que é exigido para autenticar o subconjunto “parada cardíaca” será a realização da “RCP” (Reanimação Cárdio-Pulmonar) mesmo se a técnica é imperfeita no aspecto médico como por exemplo a prática mesmo isolada da “massagem cardíaca” mesmo realizada por pouco tempo e sem “boca à boca”.

Os rituais funerários e tanatológicos estudam os diferentes tipos de respostas aportadas às solicitações que chegam ao SAMU e tentarão comparar com os comportamentos sociais de morte em Paris que não passam por este canal.

Viés e críticas prévias

Os escritos destes “sistemas de reanimação”.

Os gestos, o processo e as decorrências “sociais” deste ritual pelas equipes de reanimação.

As mortes súbitas e instantâneas dos cardíacos, das doenças neurológicas e dos acidentados.

A morte súbita do lactente.

A morte dentro de um hospital ou dentro de uma UTIM.

A PARADA VENTILATÓRIA

Em medicina clínica e nos cursos universitários o termo “parada ventilatória” infelizmente não é bem definida pois:

Primeiro: Não há limite definido em termos de tempo ou de frequência, com a pausa, nem mesmos as “bradipnéias”;

Segundo: No seu aspecto simplesmente semiológico o termo “parada” não qualifica somente as “apnéias” (ausência de movimentos ventilatórios) pois cobre igualmente as “dispnéias” (movimentos respiratórios difíceis) o que é o contrário, o viés e a confusão que foi induzida pela visão fisiológica destas duas síndromes clínicas porque seu resultado é similar (hipóxia).

Terceiro: Ele é empregado para falar do sinal (onde seria melhor diferenciar o termo dizendo “parada de movimentos respiratórios” ou “apnéia”) e que para nós será um sinal operador®, a não detecção de movimentos respiratórios e que faz parte de vários SOR® (Parada Ventilatória, Parada Cardíaca e Óbito)

Assim sendo, propomos que a Parada Ventilatória® seja então a Síndrome Operacional de Regulação composta dos seguintes sinais operacionais:

- Não reação aos estímulos®;
- Não detecção de movimentos ventilatórios®, verificados ao nível diafragmático, na região epigástrica (e não ao nível peitoral onde não podemos detectar ventilações fracas) que demoram mais de um minuto para aparecerem. Na prática é a partir do momento onde a bradipnéia chega a menos de uma ventilação por minuto.
- Que há ainda um pulso perceptível o que diferencia da Parada Cardíaca®.

A etiologia do SOR PARADA VENTILATÓRIA®, sob o plano fisiológico, pode ser apenas uma intoxicação por produtos que deprimem a função do centro respiratório (Overdose ®), onde as drogas morfínicas (opiáceos) são a causa principal no nosso país ou tóxicos de junções neuro-musculares que são raros e se apresentam principalmente por dispnéias do que por apnéias.

O tratamento teleguiado da PARADA VENTILATÓRIA

Consiste em explicar ao acompanhante que chama como ele pode evitar a evolução mortal ventilando o indivíduo. É necessário se lembrar que a ventilação artificial pode ser imperfeita mas é melhor que o abandono e que ela deve ser tentada mesmo por métodos externos quando insuflar dentro dos pulmões é jul-

gado impossível pelos acompanhantes. Por outro lado, é necessário lembrar que as substâncias que provocam a parada do centro respiratório bulbar deixam o córtex auditivo capaz por muito tempo de reagir aos comandos verbais fortes para “respirar”, sendo para suficiente interrogar os anestesistas que o utilizam diariamente.

Relações semiológicas dos SOR® PARADA VENTILATÓRIA, PARADA CARDÍACA® e COMA®.

Os três SOR® tem em comum o Sinal Operador® “Não reação aos estímulos”.

O COMA® contém o sinal “detecção de movimentos ventilatórios®, o qual é a síndrome de saída favorável da PARADA VENTILATÓRIA®.

A PARADA CARDÍACA® contém os Sinais Operadores® suplementares “não detecção do pulso® e o índice operador® “RCP em curso”®, o qual é a síndrome desfavorável de uma PARADA VENTILATÓRIA® não tratada dentro dos dez primeiros minutos.

As expressões de sintomas pelo solicitante dentro do primeiro minuto para a PARADA CARDÍACA®, PARADA VENTILATÓRIA® e MORTE®

A Expressão de Sintomas® é, como vimos em outros capítulos, a denominação que damos à síndrome exprimida de diferentes maneiras pelo solicitante para descrever a vítima durante o primeiro minuto de chamada. Na PARADA CARDÍACA® e na MORTE®, que estudamos aqui, pode-se descrever a imagem de alguém estendido ao solo onde a pessoa(testemunha/acompanhante) que chegou não sabe o que aconteceu anteriormente e que ele acha “inerte”: denominamos este tipo de expressão de sintomas “(ele) GIT®”, se por outro lado ele assiste à queda do indivíduo imediatamente antes da chamada de socorro a síndrome é denominada (ele) DESMAIA®. A diferença entre estes dois é que no primeiro caso ele está implícito e que nós não conhecemos as modalidades, o tempo...

Figura 2 Relações dos SOR « Se agita » ®, com COMA®, PARADA VENTILATÓRIA®, PARADA CARDÍACA® e MORTE® e os Sinais Operadores®

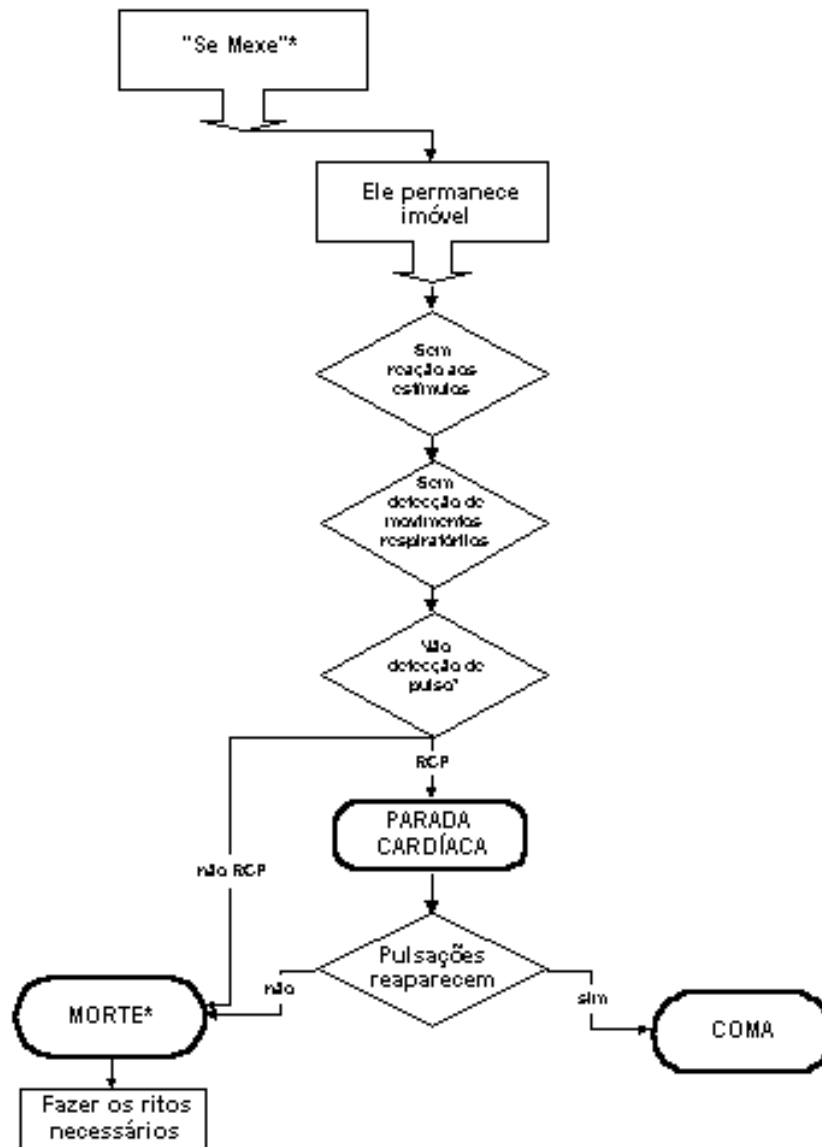
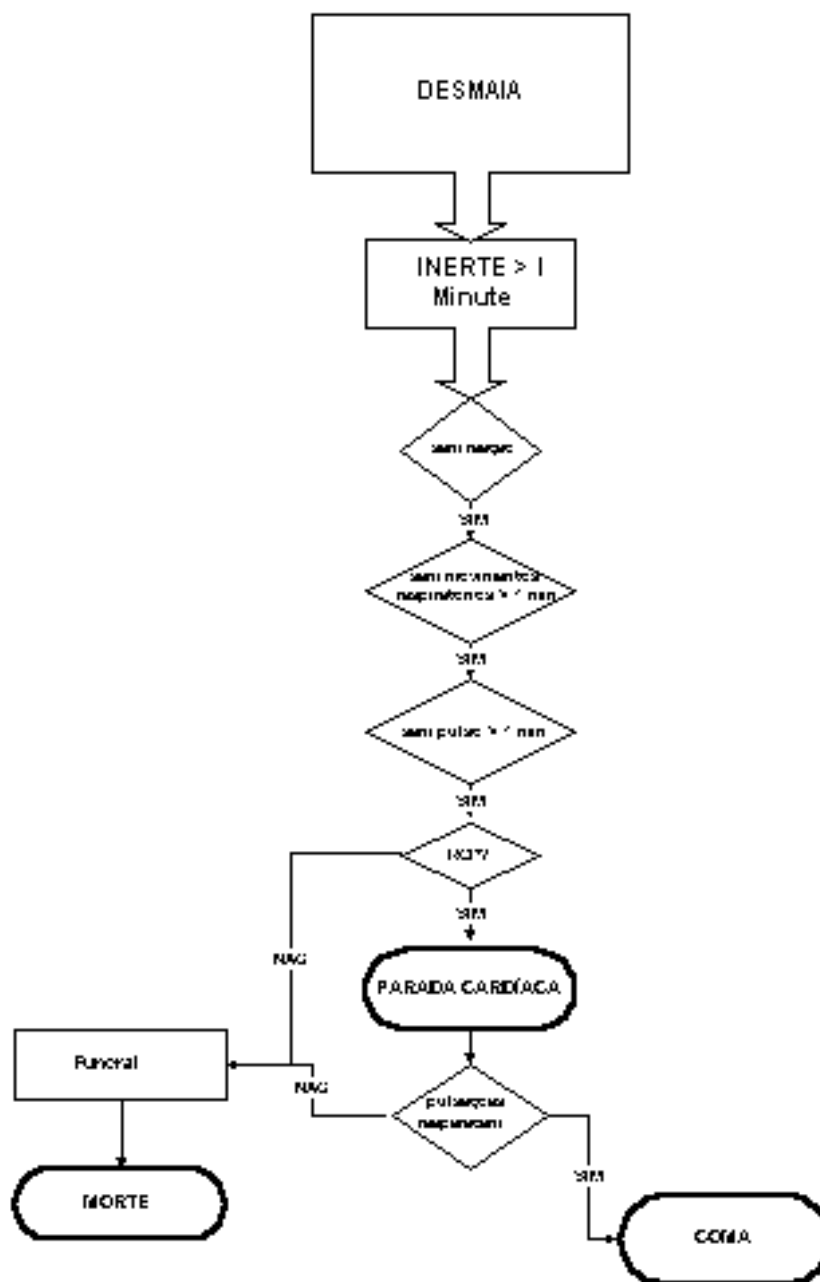


Figura 3 Relações entre os SOR « DESMAIO »® e COMA®, PARADA CARDÍACA® e MORTE® e os sinais operadores®



Regulação das chamadas por “Indisposição” e por “Perdas de Consciência Breves”

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

Lembre-mos que desde que queiramos falar dentro do aspecto da nosologia da regulação isto será indicado por® dentro do texto. Chamamos de Expressão de Sintomas® a um conjunto de expressões do solicitante que descreve ao início no chamado aquilo que ele vê. Chamamos Síndromes Operacionais de Regulação® o conjunto de sinais Operadores de Regulação®, uma maneira de realizar hipótese diagnóstica de trabalho da equipe de regulação, que servem a esta atividade médica. Chamamos de Sinais®, Índices® e síndromes® tentando estar o mais próximos possíveis daquelas atividades da clínica médica.

As Síndromes Operacionais de regulação Indisposição® e Perda de Consciência® são tipos de síndromes vagas, classificadas pelos clínicos e mesmo pelos epidemiologistas algumas vezes como simples “sinais” ou “sintomas”, ou como síndromes de atenção. Nos Serviços de Urgência e em consequência nos SAMU, estas síndromes devem ter um status completamente a parte pois impõem tomadas de decisões. A grande dificuldade é a imprecisão do diagnóstico pois podem anunciar patologias tanto graves como traduzirem passageiramente indisposições leves de pessoas com boa saúde (por exemplo início de gestação) e toda uma série de problemas menores acompanhando uma doença. Sabemos bem que o medo, a ansiedade, podem provocar um “estado de choque psicogênico” com problemas difusos desde a contractilidade dos vasos sangüíneos que podem levar a problemas hemodinâmicos.

Síndrome Operacional de Regulação Indisposição®

Indisposição (Malaise), termo vernacular que na França é muito empregado mesmo pelo corpo clínico dos Serviços de Urgência pois permite sob a forma de um sintoma vago integrar tudo o que o médico não sabe ou não pode “diagnosticar” mais a fundo.

Esta síndrome portanto faz parte de um grupo de sinais que o acompanhante pode atentar:

incapacidade de manter a ação psicomotora em curso, uma dificuldade de se manter em ortostatismo ao ponto de ensaiar quedas, uma agitação ansiosa, o paciente se sente “partir” a cada vez que se levanta;

a face torna-se pálida, lívida, os olhos arregalados e distantes, a face e as extremidades se cobrem de suores frios.

Esta circunstância faz brotar naquele que vê e que vai descrever ao Médico Regulador, o espectro temido da morte.

Do ponto de vista etno-antropológico indisposição é a expressão que designa um “mal no interior do corpo” com igualmente o mesmo substrato que fez denominar a “patologia interna” aos médicos. “Indisposição” se opõe ao “Acidente” que é uma patologia mais relacionada a uma ação agressiva “vinda do exterior” mais do domínio do cirurgião.

O aconselhamento por telefone consiste em tranquilizar e a solicitar que se estenda o sujeito de costas. Se pensarmos em uma hipovolemia podemos solicitar àquele que chama que eleve os membros para mover o sangue para a cabeça. Se estamos certos que existe uma hipoglicemia (HIPOGLICEMIA®) podemos orientar para que a pessoa se alimente, com exceção dos casos de anestesia geral ou onde um agravamento sejam previsíveis.

Síndrome Operacional de Regulação “PERDA DE CONSCIÊNCIA®”

Se sobre o plano antropológico podemos traduzir que a pessoa perde uma de suas “ames” (celle Qui siège dans le cerveau) sob o plano semiológico este termo traduz a perda de tônus ortostático, da comunicação, da reatividade de falar seguindo-se estímulos dolorosos. O paciente pode estar inerte mas pode ter ainda uma motricidade elementar e anomalias de tônus dos membros. Este SOR® é uma síndrome de duração curta (menos de dez minutos) onde a principal característica é que o prognóstico é incerto pois ele acompanha diversas etiologias desde as mais graves até as mais benignas. O mesmo grupo de sinais, estáveis e durando mais de 10 minutos, caracterizam a Síndrome Operacional COMA®. Lembremo-nos que tanto para o COMA como para a INDISPOSIÇÃO os movimentos ventilatórios e a circulação são perceptíveis pelo observador.

Os conselhos de tratamento por telefone: consistem em tranquilizar e a solicitar que a pessoa seja estendida sobre o lado de maneira a proteger suas vias aéreas. Se estamos certos de que existe uma hipoglicemia (HIPOGLICEMIA®) podemos fazer que o paciente se alimente se ele está bem acordado de novo.

Síndrome Operacional de regulação “SÍNCOPE®”

Contrariamente à INDISPOSIÇÃO®, nas SÍNCOPES® os movimentos ventilatórios e o pulso não são perceptíveis e por outro lado a duração da síndrome e ainda mais curta pois não dura mais que um minuto. SÍNCOPE® é uma síndrome mais grave que a Indisposição pois traduz uma anóxia cerebral importante que merece o envio de uma UTIM e sobretudo se há repetição disto (Estado de mal sincopal®).

Os conselhos de tratamento telefônico: consistem em tranquilizar e solicitar que se estenda a pessoa sobre as costas. É importante solicitar aqueles que assistem a pessoa para tomar o pulso solicitando que indiquem as pulsações que eles percebem. É necessário também advertir para a conduta a tomar em caso de recidiva.

Síndrome Operacional de Regulação “CONVULSÃO®”

O termo convulsão foi escolhido por seu caráter geral. Engloba assim as crises de epilepsia e toda a crise de agitação passageira. Impõe que afastemos etiologias perigosas, eclâmpsia, hipertermia, hipóxia, hipoglicemia, intoxicação, afecção cerebral inicial. As crises comatosas no epilético conhecido e as crises psicogênicas são infelizmente numerosas aqui onde a educação sanitária dos acompanhantes (testemunhas) não foi realizada causando ainda medo às pessoas que as vêem. O estado de mal epilético merece que despachemos uma UTIM.

A convulsão em uma mulher grávida é a SOR “ECLÂMPsia”, a repetição de crises convulsivas é o SOR “ESTADO DE MAL EPILÉTICO®, de prognóstico muito mais grave, mas os dois merecem o envio de uma UTIM.

Os conselhos de tratamento por telefone: consistem em tranquilizar e a solicitar que o paciente seja estendido de lado, de maneira a realizar uma boa pro-

teção de suas vias aéreas; o paciente não deve mais roncar ou gargarejar. Se temos certeza que existe uma hipoglicemia (HIPOGLICEMIA®) podemos fazer o paciente se alimentar quando estiver bem acordado. É necessário tranquilizar as testemunhas sobre a presença de sangue, de baba ou de espuma que são apenas sinais de gravidade e orientar para acompanhar o acordar do paciente que pode ser um pouco agitado de chamarem de novo se as crises se repetem.

Figura 4 – Relações entre as síndromes operacionais de regulação SÍNCOPE®, PERDA DE CONSCIÊNCIA® E INDISPOSIÇÃO®

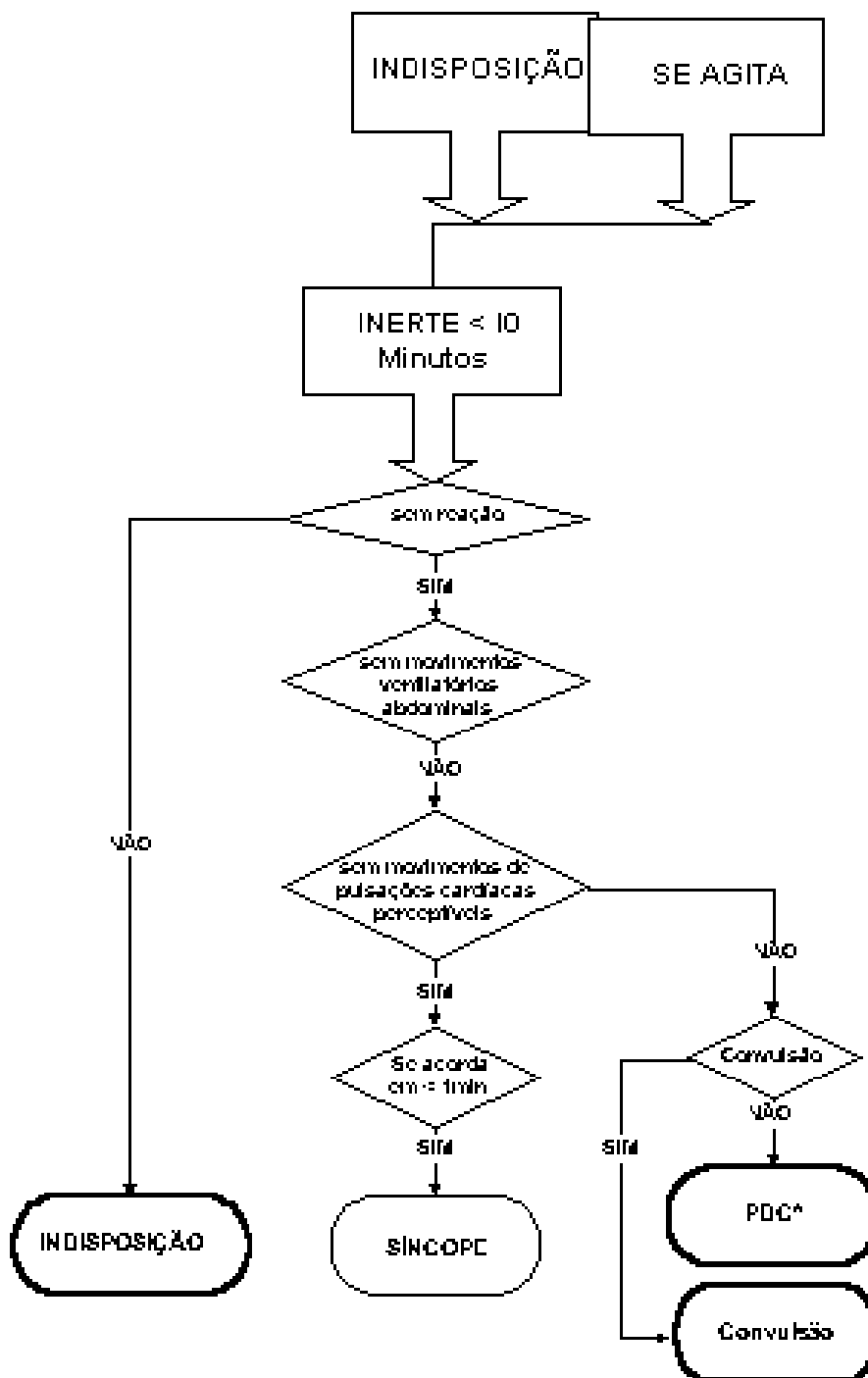


Figura 5 – Relações entre SÍNCOPE®, PARADA CARDÍACA® e ESTADO DE MAL SINCOPAL®

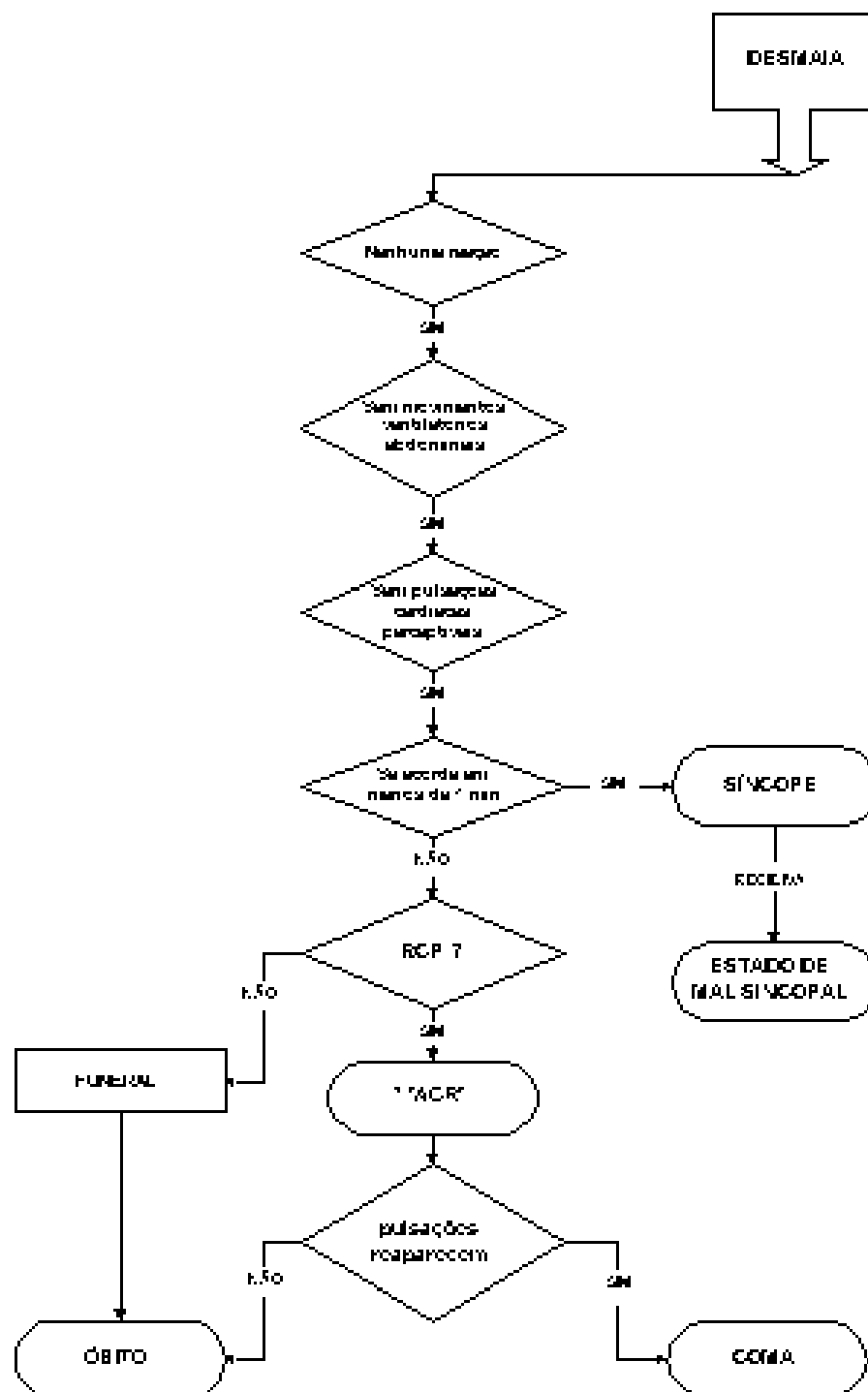
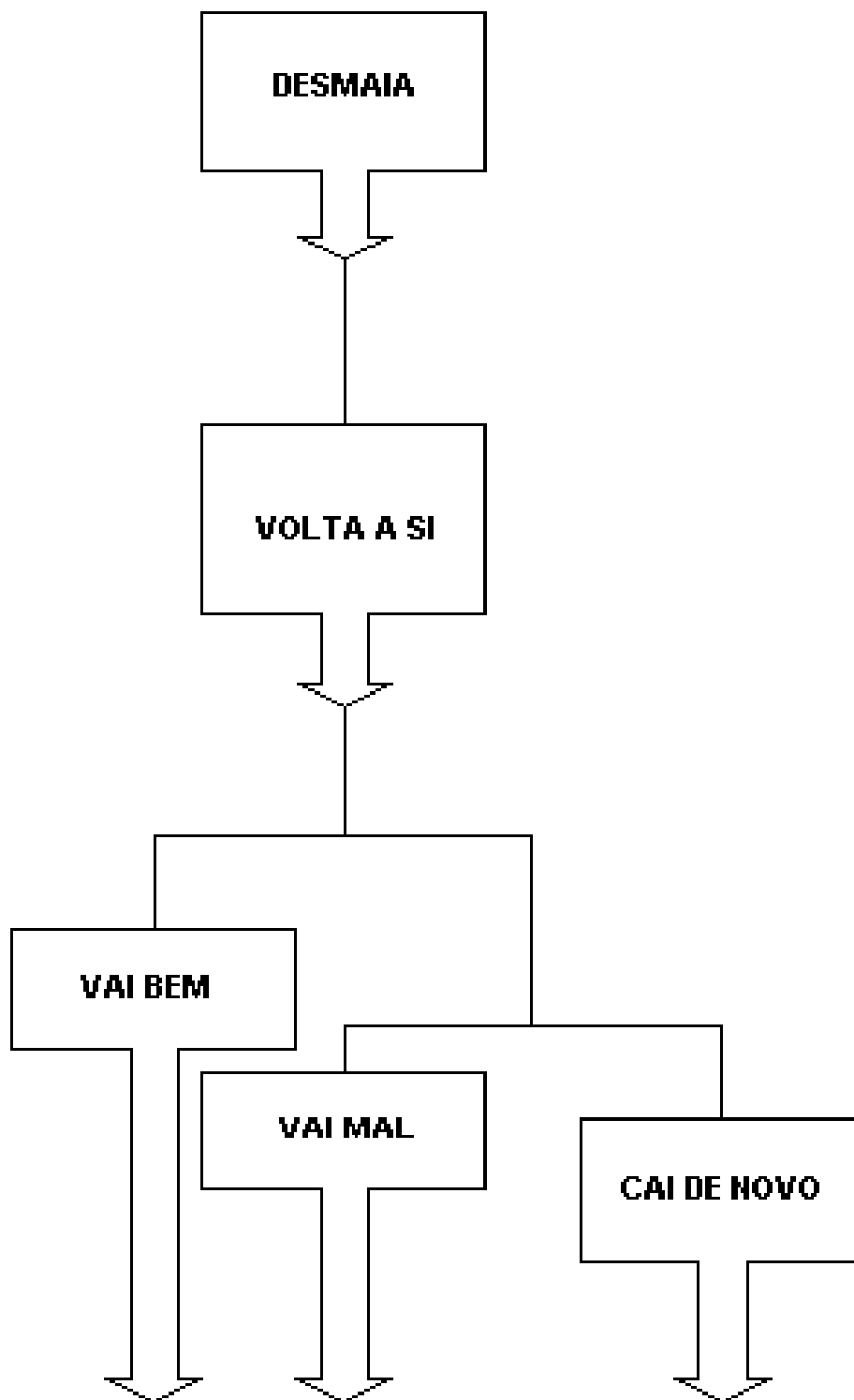


Figura 6 - Evoluções possíveis das Síndromes Operacionais de Regulação(*)® «INDISPOSIÇÃO» (® MALAISE)



Síndromes Operacionais de Regulação® « Indisposição em Via Pública » (® INDISPOSIÇÃO + Via Pública) e « Indisposição no domicílio » (® INDISPOSIÇÃO+Local privado)

A Indisposição é uma síndrome de conteúdo informativo insuficiente na clínica mas que devemos utilizar na telemedicina. Na “Indisposição na via pública” (®Indisposição + Via Pública) a pessoa que alerta o SAMU está distante de todos os avisos verbais da “vítima” que se encontra na “via pública” e a ligação telefônica é freqüentemente de má qualidade ou distante, por outro lado, em um “local privado” para a ®Indisposição em um local privado temos mais chance de existir um “conhecido”. Estes diagnósticos são “diagnósticos de espera”. Em uma Síndrome Operacional de Regulação® de espera, a decisão de intervenção ou não dos executores do SAMU não é baseada na semiologia médica mas sim na “valência” que atribuí-lhe o índice “local público” pelo fato que há um “público” de “valor social” mais ou menos importante. (Por exemplo: a reunião internacional de polo onde se encontram câmeras de televisão mundiais e a bebedeira coletiva de 4 andarilhos tem uma valência social bem diferentes; o número de testemunhas e a intensidade da crise social em torno do acontecimento “médico” não podem deixar de ser levados em conta pelo decisor. Na Indisposição em Local Privado há habitualmente menos pressão social mas nem sempre (por exemplo, a Embaixada de um país estrangeiro ou o incêndio de um pobre cidadão não tem a mesma valência). Em todos os casos, não deveremos enviar agentes de segurança (bombeiros ou policiais) nos acometimentos médicos nos locais privados sob o pretexto de pesquisar mais informações médicas suplementares sem um acordo formal do solicitante ou do responsável deste local privado (Embaixador, Diretor, etc.) pois os Serviços de Segurança são obrigados a fazerem um relatório da intervenção às suas autoridades. Assim sendo, será pelo menos um erro ético de parte de um serviço médico obrigado a não difundir aquilo que deve guardar como confidencial.

“Indisposição” da mulher

É um conjunto de “indisposições” que tem por origem uma representação machista onde estas “reações” ou “comportamentos” são “normais”, nos extremos

da vida sexual, durante as menstruações e sobretudo no início da gestação. Portanto, a obsessão que deve ter o Médico Regulador é de não passar ao lado de uma ruptura de gravidez extra-uterina, justamente no início da gravidez, e que deve ser realizado um toque vaginal rapidamente assim como atentar para a eclâmpsia (ECLAMPSIA®) ao final de uma gravidez sem acompanhamento pois a mortalidade e a morbidade materno-fetal são elevadas nestas patologias.

Indisposição hipoglicêmica (HIPOGLICEMIA®)

A hipoglicemia parece simples e rápida de tratar e de diagnosticar (hemoglicoteste) em se tratando da faixa etária (jovens) e de antecedentes (diabete, paradiabete, patologias digestivas altas), onde é necessário não deve-se deixar de utilizar os recursos disponíveis nas UTIM pois elas são eficientes.

Tratamos aqui as síndromes que caracterizam uma imagem de agonia da morte para aquele que as detecta e que tenta descrevê-las ao telefone. Lembremos que o tabu, a angústia de sua própria morte permeia o conteúdo da mensagem que é transmitida e tornam a comunicação difícil para o emissor e mesmo para o receptor.

Sob o plano fisiopatológico se tratam de síndromes onde pelo menos o indivíduo “perdeu” a comunicação e a reatividade (em linguagem vernacular, a consciência, em linguagem médica, a vigília), assim como perdeu o tônus ortostático.

Sob o plano psicológico dos “acompanhantes” estes estão submetidos à dúvida e a culpabilidade que é gerada pela crença de morte subjacente.

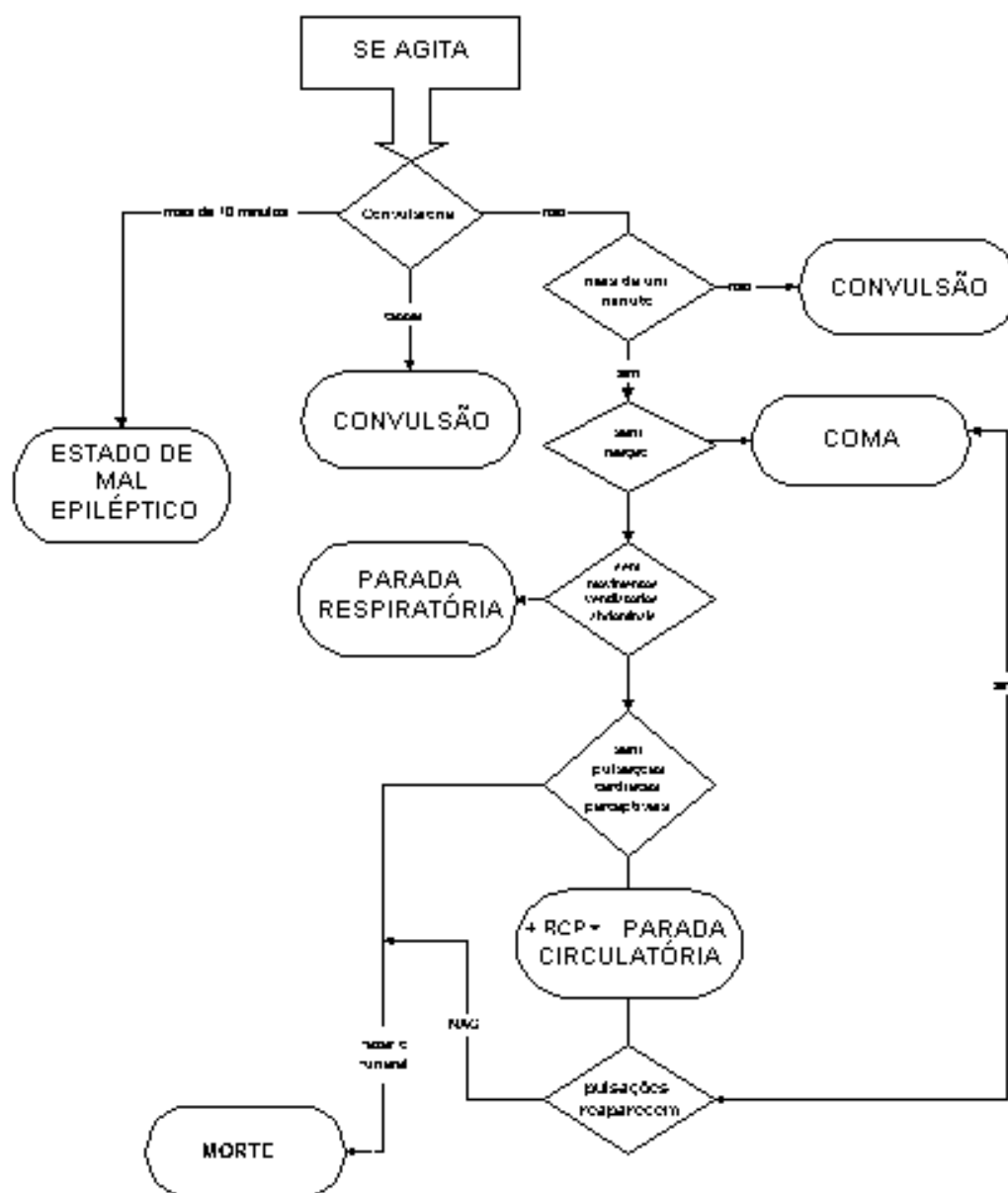
Os sinais vitais

Os sinais a utilizar dentro do telediagnóstico das afecções vitais, onde o indivíduo perdeu totalmente o tônus muscular ortostático e a comunicação, devem ser obtidos algumas vezes por “sinais binários diferenciais” que permitem avançar rapidamente. Mas esta interação rápida inquisitória de parte do operador do SAMU se acompanha de uma mensagem escondida subjacente que tem um ob-

jetivo psicológico: melhorar a qualidade do detetor teleguiado de sinais, dando-lhe confiança e acalmando-lhe pois ele se acha na realidade em uma crise provocada pelo “luto” que é súbito.

Sob o plano pedagógico e para a educação em saúde do público de forma a diminuir os entraves de se expressar que são devidos ao tabu da morte não seria útil que lhes denominássemos (“sinais de ausência de vida?”).

Figura 7 - Relações entre as SÍNDROMES OPERACIONAIS DE REGULAÇÃO (*) ® SE AGITA, ® CONVULSÃO, ® ESTADO DE MAL EPILEPTICO, ® COMA, e ® PARADA CARDÍACA, ® PARADA VENTILATÓRIA, ® MORTE



Regulação dos chamados ao SAMU por “Sufocação”

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

“Ele se sufoca®” ou “ele se engasga®”: Síndromes Operacionais Iniciais de Regulação (SOR1)

“Ele se sufoca®”: esta síndrome será definida por um conjunto de sinais perfeitamente visíveis e interpretáveis por um acompanhante, ocasionadas por uma obstrução completa e instantânea das vias aéreas traqueais. Se a expressão inicial que exprime a etiologia pode dar apenas uma falsa direção “Isto é avaliado de forma indireta » e é necessário solicitar ao indivíduo(paciente) se ele se sufoca, sim ou não?

O indivíduo sentado ou de pé sufocado, coloca a mão em seu pescoço, tem todas as dificuldades para inspirar e/ou para expirar. Um sinal operador de regulação SOR3 deve ser pesquisado imediatamente, é o som que faz seu fluxo respiratório através de sua laringe.

É de salientar que se a expressão inicial é “eu me sufoco” a síndrome sob o plano da tomada de decisão telefônica (telemedicina) é totalmente diferente e assemelha-se ao interrogatório do exame clínico.

Síndrome Operacional de Regulação SOR2 “Obstrução Total das Vias Aéreas Superiores®”

Se não há nenhum “som” emitido, nem nenhum fluxo de ar ventilado, a obstrução do orifício traqueal é total, nós temos então a Síndrome Operacional de Regulação SOR2 “Obstrução total das vias aéreas superiores”

A duração desta síndrome não ultrapassa os dez minutos:

ou se trata de um espasmo e o sujeito perdendo a consciência e o tônus muscular vai cair, e suas cordas vocais vão colabar.

ou a obstrução é total e o indivíduo vai desmaiar e passar rapidamente à “parada cardíaca”. A Síndrome de Regulação® se tornará então “Ele desmaia®”

inerte e parando de fazer movimentos ventilatórios. Nesta sucessão de eventos o importante seria saber que a síndrome “Ele desmaia®” foi precedida de “Ele se sufoca®” pois a parada circulatória foi precedida por uma longa anóxia miocárdica sobre um coração sadio.

Teletratamento da “Obstrução total das Vias Aéreas Superiores®”.

A equipe de regulação deve tentar fazer o tratamento de salvamento inicialmente através da pessoa que chama: bater entre as duas omoplatas duas ou três vezes e se isto não leva a uma melhora, será necessário orientar para realizar, se ele a conhece, a “Manobra de Heimlich”, senão lhe explicar como fazê-la, o que é bem difícil. Se o indivíduo pode agora fazer passar o ar dentro de suas vias aéreas, ele tosse, emite sons e freqüentemente o escutamos se ele está próximo do telefone mantido em espera para conhecer o resultado das manobras. Nós pensamos então na SOR2 Obstrução Incompleta das Vias Aéreas Superiores pois ele apresenta um som ventilatório mas é necessário verificar sua origem traqueolaríngea pesquisando se há “cornagem®” ou “mudança de voz®” que são duas SOR de Síndrome Operacional de Regulação SOR2 “Obstrução Total das Vias Aéreas Superiores®”.

Quando se trata de um doente portador de uma cânula de traqueostomia e que se sufoca, por exemplo em hospitalização à domicílio, e que ninguém sabe desobstruir sua sonda, é necessário explicar aos acompanhantes como lhe liberar.

Síndrome Operacional de Regulação SOR2 “Obstrução Incompleta das Vias Aéreas Superiores®”.

O Médico Regulador deve interrogar o solicitante e, se possível, o próprio paciente para julgar o prognóstico e a evolução desta dispnéia laríngea de maneira que esta seja tratada medicamente de forma rápida. Algumas epiglotites das crianças como algumas doenças toxi-infecciosas como o tétano, a raiva, ou a difteria, têm lesões laríngeas muito perigosas, sobretudo que são agravadas pela fragilidade neuro-circulatória. O transporte secundário para um centro especializado de cuidados intensivos destes pacientes que têm risco de apresentar espasmos laríngeos à mínima estimulação ou que tem abordagens traqueais difíceis

deverão sempre se beneficiar de uma UTIM onde o médico deve saber abordar a glote sem desencadear um espasmo mortal ou traqueostomizar previamente sob anestesia geral.

Se a dispnéia não é de origem obstrutiva alta o médico fará um interrogatório clínico clássico, seja dos acompanhantes se ela for intensa, seja do paciente se isto é possível, na pesquisa de um diagnóstico médico de asma, de edema agudo, de embolia pulmonar ou de pneumotórax, ou se estamos em face de um acidente: da inalação de fumaça ou vapores tóxicos, ferimentos com deslocamento de ar do tórax, compressão aguda intratorácica. Não podemos nos estender aqui sobre estas patologias.

Síndrome Operacional de Regulação SOR2 “Depressão respiratória®”

A depressão respiratória® é uma SOR2 que se vê nas doenças dispneizantes desde que o indivíduo esteja deprimindo a ventilação e ela indique que em primeiro lugar é desumano não assistir, em segundo lugar ela deve se beneficiar de uma assistência ventilatória. Como seu estado já está muito descompensado e realmente em acidose hipercápnica e sua abordagem é perigosa. Os sinais são a impossibilidade de tossir, de escarrar, de manter sua cabeça devido a sua fadiga. Não poderemos aqui nos estender sobre as afecções paralíticas de origem neurológica ou tóxica lembrando que os últimos músculos respiratórios que “apresentam tiragem para inspirar” são os músculos do pescoço ou das asas do nariz no adulto e que as últimas maneiras de proteger sua PO₂ é criar um freio expiratório em bloqueando ou fechando seus lábios (blunting)

Insuficiências ventilatórias acidentais e traumatológicas

As compressões externas do tronco e as rigidezes parietais torácicas levam a uma insuficiência respiratória. As inalações de líquidos, de gases irritantes, neuro-tóxicos ou vapores cáusticos, fumaças, explosões pulmonares, etc., tem freqüentemente um estágio de latência que deve permitir prever as insuficiências respiratórias. Lembremo-nos que estas síndromes chegam freqüentemente através de um acidente coletivo.

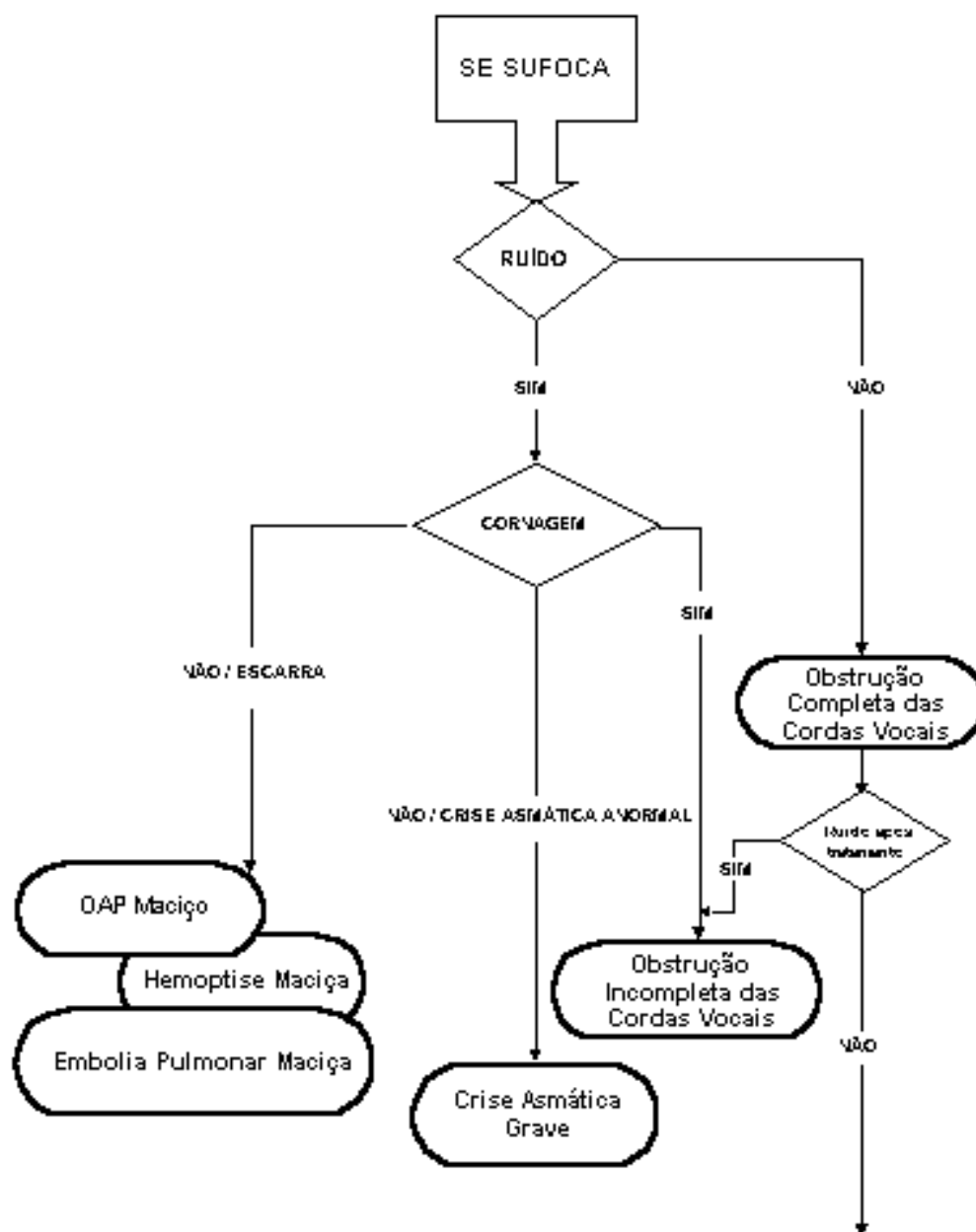
Os ferimentos torácicos abertos devem ser fechados se eles “eliminam ar”, as compressões intratorácicas por extravasamento de ar ou de sangue devem ser drenadas pois eles provocam uma insuficiência mista cárdio-circulatória agravada pelo decúbito.

**A “dispnéia da angústia(ansiedade) aguda” e os “estertores da agonia”:
dois sinais enganosos para a regulação.**

Os indivíduos em crise de agonia ou crises de pânico tem freqüentemente tendência a ter uma opressão torácica ou uma sensação de estreitamento laríngeo e mesmo desencadear uma síndrome de hiperventilação que na França apelidamos abusivamente de crise de espasmofilia ou de tetania. O médico regulador deve exigir para falar com o próprio paciente para analisar sua “dispnéia”.

Nas últimas fases da agonia, mesmo por exsanguinação, após curta fase de apnéia existem “gasps”, inspirações apneicas finais que podem ser interpretadas por um acompanhante que não conhece a fase anterior como uma dispnéia. Aqui este sinal resta como os SOR1 “Ele se agita®” ou melhor “Ele se sufoca®” ou se trata de uma “parada cardíaca®”.

Figura 8 - Regulação das chamadas para a Expressão de Sintomas® SE SUFOCA®



Regulação das Síndromes Convulsivas

MARTINEZ ALMOYNA, Miguel

Desde que queiramos falar nos aspectos de nosologia da regulação isto será indicado com ® no texto. Chamamos Expressão de Sintomas® ao conjunto de Expressões do solicitante que descreve, ao início do chamado, aquilo que ele vê. Chamamos Síndrome Operacional de Regulação® ao conjunto de Sinais Operadores de Regulação®, a uma forma de hipótese diagnóstica de trabalho da equipe de regulação, que servem a esta atividade médica. Chamamos de Sinais®, Índices® e Síndromes® tentando ser o mais próximos possíveis daqueles utilizados na Clínica Médica.

As pessoas acometidas de movimentos anormais são ansiogênicas para aqueles que não estão habituados. Realmente é um espetáculo que faz brotar o espectro inconsciente de uma possessão por um agente maligno e onde há uma crença de contaminação. O acompanhante muito impressionado exige que nós resolvamos este espetáculo quer isto seja benigno ou grave. Na nossa análise dos fatores de avaliação de prioridades das urgências nós chamamos este fator não médico e patológico de Valência Social. Dando um nome a estas síndromes na etapa inicial do tratamento das chamadas ao SAMU nós denominamos a Expressão de Sintomas® como “Convulsionante®”.

Na etapa seguinte do diagnóstico, desde que possamos intervir interrogando os acompanhantes, realizamos a classificação do caso como uma Síndrome Operacional de Regulação®, em vista do “tratamento” a ser decidido, ou melhor dizendo, qual será o efetor a despachar. É claro que estas síndromes são muito diferentes das síndromes clínicas pois tem o objetivo de facilitar a “Regulação” que é uma atividade diferente da Clínica.

O termo “convulsão” foi escolhido por sua característica geral. Ele engloba assim todas as crises de agitação “convulsiva”. Diante de uma Expressão de Sintomas® CONVULSIONANTE®, a equipe de regulação médica deve tentar afastar as etiologias perigosas, etc. e lhes classificar dentro da nosologia das SOR® correspondentes que apresentam, cada um, tratamento específico e que nós desen-

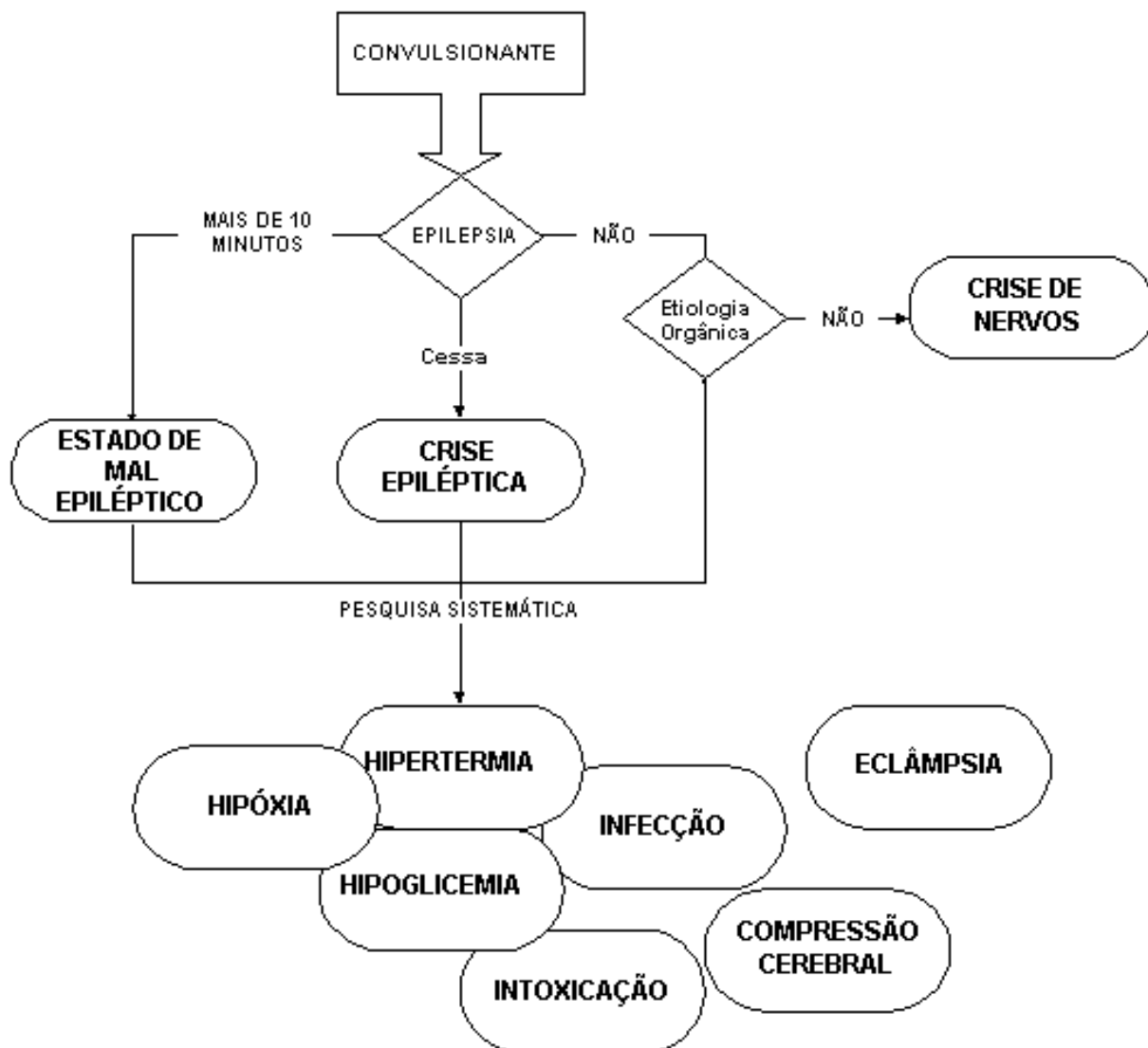
volveremos aqui. (Hipóxia®, Hipoglicemia®, Hipertermia®, Intoxicação®, Compressão Aguda do Cérebro, etc.). A convulsão em uma mulher grávida é denominada, na nosologia, como Eclâmpsia®, a repetição de crises convulsivas é o SOR “Estado de Mal Epiléptico®”. Todos estes SOR de prognóstico frequentemente graves merecem o envio de uma UTIM se isto é possível.

A crise comatosa em um epilético conhecido ou a primeira crise, com sintomatologia típica, podem ser classificadas como Crise de Epilepsia®. A SOR das crises “não orgânicas” ou psicogênicas será chamadas Crise de Nervos® e não com nomes por vezes pedantes e absurdos. Estas duas últimas SOR® são síndromes que não são graves e não tem necessidade de cuidados de “urgência” se outros sinais não os exigem. Remeteremos o leitor ao artigo de Louville sobre a regulação das crises psiquiátricas. Felizmente elas são proporcionalmente muito numerosas em relação ao grupo precedente, que necessita de uma ação médica rápida e onde a educação sanitária dos acompanhantes por não ter sido realizada causam medo ao público que as vê. O estado de mal epilético merece que despachemos uma UTIM.

Os conselhos do tratamento por telefone: consistem em tranquilizar e a solicitar que se estenda o indivíduo sobre o lado de forma a proteger suas vias aéreas, ele não deve mais roncar ou gorgolejar.

Se temos certeza que existe uma hipoglicemia (hipoglicemia®) podemos alimentar o indivíduo quando este está bem acordado. É necessário tranquilizar os acompanhantes sobre a presença de sangue, de baba ou de espuma que não representam sinais de gravidade e orientar para acompanhar o acordar do indivíduo que pode ser um pouco agitado e de voltar a chamar se as crises se repetem.

Figura 9 - Regulação das chamadas para a Expressão de Sintomas® CONVULSIONANTE®



Regulação das solicitações ao SAMU para “Dores Torácicas” e para “Ameaças de Infarto”

SAUVAL, Patrick

A equipe de regulação do SAMU deve detectar dentro das urgências cardiológicas duas síndromes que ameaçam a vida do paciente a todo instante e que se traduzem por dor torácica O dissecção aórtica quando há possibilidades cirúrgicas que possam tratá-la e o infarto dentro da primeira meia hora, se existe unidade de cuidados intensivos que possa responsabilizar-se após a intervenção da UTIM.

As solicitações de atendimento médico de urgência para a dor torácica são frequentes. Estes sintomas dolorosos tem etiologias múltiplas e variadas onde alguns podem corresponder à eventos vitais seja coronarianos, seja respiratórios.

A primeira expressão da solicitação é muito variável de acordo com o contexto emocional do solicitante e suas relações com o paciente pois tudo o que é atribuído ao coração é ansiogênico. Os elementos de base que são sistematicamente solicitados pelo TARM, tais como idade, sexo e os antecedentes do beneficiário são já importantes para estabelecer as hipóteses diagnósticas no SAMU. A decisão do Médico Regulador é simplificada desde que o solicitante seja um médico competente, e mais ainda quando há elementos radiológicos e ECG, sobretudo no caso de uma solicitação de um consultório médico ou de um hospital. O interrogatório telefônico, se vem do domicílio ou do local de trabalho, será de preferência realizado pelo Médico Regulador e feito diretamente com o paciente. Isto permite, através de uma série de questões de respostas simples descrever uma tipologia dolorosa bem definida, conhecer os antecedentes e por fim aportar uma melhoria psicológica pelo contato direto, que é considerável. Para realizar uma análise rigorosa dos sinais clínicos que motivaram a solicitação afim de aportar a resposta médica mais adaptada estes são as duas melhores fontes de informação, mas se é impossível se comunicar com o paciente ou com seu médico, é necessário se contentar com aquilo que os acompanhantes dizem. O menos eficaz é fazer transitar a semiologia via socorristas, que modificam forçosamente a mensagem.

1/ A descrição telefônica da dor torácica

A dor torácica é freqüentemente típica, freqüentemente acompanhada de irradiações que evocam que esta dor pode ser isolada ou acompanhada de uma polipnéia.

1.1/A dor coronariana de ameaça de infarto é típica.

A descrição inicial precisa a localização da dor como retroesternal, a existência de irradiações para o braço, para as mandíbulas e sua tipologia, em aperto, peso sobre o esterno. As condições de evolução desta dor estão mudando em relação às habituais ou às iniciais (ao esforço ou ao repouso, antecedentes de pró-dromos, de sinais de gravidade) e devem ser rigorosamente precisados. A hipótese diagnóstica mais plausível dentro destas condições é de uma insuficiência coronariana aguda e merece o envio de uma UTIM visto os perigos que acompanham estas síndromes principalmente durante as primeiras 12 horas.

1.2/A dor é atípica.

1.2.1/A dor é látero-torácica e se acompanha de irradiações habituais de insuficiência coronariana aguda. A regra é reportar-se ao anteriormente descrito.

1.2.2/A dor é látero-torácica e os sinais acompanhantes são polimorfos, variados e por vezes inconstantes. A lesão pulmonar é então a mais provável. Três diagnósticos devem ser evocados:

1.2.2.1/ O pneumotórax, onde a expressão dolorosa é lateralizada, muito aguda e acompanhada de uma importante dispnéia;

1.2.2.2/ A pneumopatia, onde a expressão dolorosa é lateralizada e é associada a um contexto febril, uma dispnéia e por vezes uma tosse;

1.2.2.3/ A embolia pulmonar, onde a expressão dolorosa é lateralizada e em base torácica. Esta dor é freqüentemente do tipo facada e inibe os movimentos respiratórios.

1.2.3/ A dor é típica, retroesternal mas varia em função da inspiração. Se trata provavelmente de pericardite.

1.2.4/ A dor é de base torácica, epigástrica (afeção pancreática, gastroesofágica, vesicular), acompanhada de sintomas digestivos. Se a sintomatologia é atípica a hipótese de insuficiência coronária aguda não pode ser descartada a não ser pela realização de um eletrocardiograma.

2/ A descrição das irradiações

2.1/A irradiação ao pescoço, mandíbulas, braço esquerdo, reforça a suspeita diagnóstica de insuficiência coronariana aguda.

2.2/A expressão de irradiação dorsal, lombar e por vezes abdominal faz evocar o diagnóstico de dissecação aórtica.

3/Os antecedentes cardiovasculares

A pesquisa de antecedentes cardíaco-respiratórios permite estabelecer uma precisão diagnóstica

3.1/Profissional

3.1.1/ O conhecimento dos fatores de risco tais como o tabagismo, hipercolesterolemia, sobrecarga(stress), podem influenciar a abordagem diagnóstica.

3.1.2/ Os antecedentes cardiovasculares tais como a doença coronariana, cardiopatia isquêmica dilatada ou não, hipertensão. O conhecimento dos sintomas dolorosos pelo paciente autoriza uma avaliação do episódio doloroso atual. Nesta hipótese o paciente pode julgar o desaparecimento da dor sob tratamento por derivados nitrosos(crise de angina simples) ou da persistência dos sintomas (suspeita de infarto).

3.2/ Familiares

A hereditariedade coronariana tal como o infarto dos pais ou morte súbita são fatores de risco suplementares.

4/A dor torácica de origem neurotônica.

A dor é freqüentemente descrita de maneira punctiforme dentro do contexto de fadiga, de angústia. As palpitações estão freqüentemente associadas. O papel assumido pelo médico regulador que vai enviar este paciente ao seu médico habitual é primordial. É necessário informar àquele que solicita atendimento médico ao SAMU que isto não é uma solução para a melhora mas que trata de uma maneira ruim as crises de angústia.

5/A dor torácica de origem neurológica

Se trata mais freqüentemente de dor torácica superficial correspondendo a uma pressão de uma zona (hiperestesia cutânea), a uma lesão nervosa após traumatismo costal.

6/ As dores torácicas parietais.

As dores torácicas de origem osteomusculares são mais freqüentemente do tipo lancinante e reproduzíveis pela pressão, que nós solicitamos que seja realizada neste ponto. Quanto às dores pós-traumáticas, elas são reproduzidas quando nós solicitamos ao paciente para tossir e quando a anamnese encontra facilmente a relação entre a dor e sua origem sobretudo se houve uma toracotomia.

Conclusão

O rigor da entrevista telefônica, que dentro dos primeiros momentos deve escutar e orientar o paciente para acalmar sua angústia, permite ao médico regulador dirigir seu telediagnóstico para a série de questões-respostas. É a acumulação dos elementos de suspeita que deve mover a intervenção ou não das ambulâncias de cuidados intensivos para atender estes pacientes. Este tipo de estratégia permite o tratamento desde o domicílio e nos momentos iniciais dos sintomas

de infarto do miocárdio. A aplicação das novas terapêuticas como a trombólise intravenosa é otimizada. Este sistema permite uma melhor orientação hospitalar dos pacientes. Em outros casos onde os sinais de suspeita são em pequeno número, com um risco de doença coronariana fraco, o atendimento pelo médico generalista ou especialista se impõe.

A transmissão do ECG para o médico, em circunstâncias excepcionais, de pontos isolados onde não há médico. Se o médico da UTIM e o médico regulador têm necessidade de um parecer cardiológico eles podem se apoiar sobre a rede de cardiologistas das unidades de cuidados intensivos que estão nos pontos de recepção dos eventos agudos desta especialidade. O mesmo apoio pode ser obtido para as indicações de parte da cardiologia cirúrgica para as dissecções aórticas.

Regulação em “Pediatria”

ALVIS, Raymundo

Em muitos países a patologia do muito pequeno representa uma das principais causas de mortalidade geral. O perigo de morte neonatal deriva de afecções hipoxemiantes do recém-nascido e de infecções materno-fetais e neonatais. Para as crianças de idade mais avançada o perigo é infeccioso, parasitário e traumático.

É bem difícil pelo espaço deste manual dar as regras de regulação das afecções da criança pequena válidas nas regiões urbanas européias e nas favelas das megalópolis do terceiro mundo que possuem já um sistema semelhante ao SAMU francês.

O sistema SAMU tem dois elementos indispensáveis para que ele funcione: um médico “regulador”, que se encontra em um centro de chamadas médicas de urgência regionais, onde ele avalia o grau de urgência, controla e despacha tanto todos os recursos de urgência como aqueles pediátricos desta região. A bordo dos “executores móveis” deste sistema, no que é relativo a pediatria, é possível encontrar o pediatra e outros especialistas como anesthesiologistas, médicos generalistas, parteiras ou enfermeiras diplomadas que foram formadas a intervir “in loco” e depois transportarem em ambulância a criança ao local escolhido como o mais eficiente pelo médico regulador.

A primeira dificuldade para a consulta médica por telefone (telemedicina) é conhecida dos pediatras pelas características de seus clientes: as necessidades da pequena criança devem ser detectadas e depois traduzidas pelo adulto que habitualmente lhe cuida. O melhor codificador de informação semiologicamente útil em medicina de urgência é a mulher em relação ao homem, a mãe ou a enfermeira pediátrica. É clássico na formação dos médicos reguladores dizer que é necessário sempre correr quando estes dois últimos tipos de solicitantes dizem que uma criança “vai muito mal”....

Outra característica das chamadas para crianças é que as crianças tem um grande « valor » para os acompanhantes, que nós chamaremos Valência Social de uma criança em relação a um adulto e que isto faz que seja sempre prioritário quando todas as outras coisas são iguais.

REGULAÇÃO DA PATOLOGIA NEONATAL

A informação que chega através das chamadas telefônicas nestes casos é muito pobre e difícil de se obter. É necessário se contentar com um diálogo de poucas palavras para decidir o envio dos socorros médicos pois o neonato está mal. O envio de uma Unidade Móvel de Cuidados Intensivos Pediátricos é o nível máximo e ideal caso o neonato se encontre dentro de estruturas de cuidados que têm freqüentemente poucos recursos para assegurar os cuidados intensivos necessários a reanimação pediátrica, tendo mais forte razão quando se trata de nascimentos extra-hospitalares. Unidades móveis com enfermeiras ou parteiras poderiam igualmente serem contemplados. Em todo o caso, desde que tenhamos a pretensão de viabilizar Unidades de Cuidados Intensivos Médicos, devemos prever uma formação de todos os profissionais no tratamento das afecções pediátricas; não é necessário deixar instalar sob o pretexto de qualidade de cuidados uma nefasta divisão entre unidades móveis reservadas às crianças e outras para os adultos, pois o melhor, aqui, é o inimigo do bom.

Algumas das notas e receitas que se seguem pretendem dar uma idéia dos métodos de tratamento das chamadas pediátricas que aqui devem ser assumidas em primeira linha pelos médicos reguladores “não pediatras”.

Chamadas emanando do público:

Quatro situações podem ter a origem da chamada de uma criança onde é dito que ela “está muito mal”. É necessário tentar interrogar o solicitante para poder classificar dentro das diferentes síndromes a seguir:

1. A criança respira mal ou se sufoca;

2. A criança está imóvel, muda, inanimada, não reage mais;
3. A criança apresenta movimentos anormais.
4. Acidente potencialmente grave

A chamada vem de um Hospital

Se a chamada emana de uma estrutura de cuidados é necessário que o terapeuta responda a questões mais elaboradas que quantifiquem ao menos o pulso, a frequência respiratória e a temperatura.

As enfermeiras pediátricas estão habitualmente muito aptas à descrever o estado da criança mas normalmente o médico responsável do centro de cuidados deveria ser o interlocutor do médico regulador do SAMU. É totalmente anormal que o SAMU envie uma equipe à um hospital sem que ela seja requerida pelo próprio médico responsável.

O recém-nascido tem dificuldades respiratórias: ele se sufoca

Será que ele foi aspirado? Se não, é necessário aspirá-lo e ver se para a melhora necessita de uma monitorização em incubadora. De toda maneira, é necessário que a criança seja examinada corretamente para estabelecer um Escore de Silverman.

Se Silverman > 4 e roncos disseminados é necessário preparar a entubação traqueal.

Se as aspirações traqueais são pouco abundantes e claras é necessário que se continue a aspirar, fazer uma tapotagem e ver a evolução. Se a criança não apresenta nenhum sinal de luta nem de polipnéia nós poderemos extubá-la, e manter monitorização na incubadora durante algumas horas.

Se as aspirações são produtivas e o líquido é turvo, **meconial**, continuar a aspirar, fazer a tapotagem, lavar os brônquios com soro fisiológico até a obtenção de aspirações claras. Esta criança será encaminhada

posteriormente a um serviço de reanimação. Não se deve jamais extubá-la.

Se as aspirações são claras e produtivas com sibilos à auscultação. Será necessário colocar a criança em ventilação controlada (Doença das Membranas Hialinas provavelmente (prematuro < 32 Semanas de)..

Se as aspirações são sanguinolentas nós devemos prever à colocação sob ventilação com PEEP elevado. (Hemorragia pulmonar - síndrome infecciosa severa).

Se Silverman > 4 com taquicardia e dissimetria do movimento ventilatório.

Se Pneumotórax: esvaziá-lo seguindo-se de drenagem se há escapeamento intratável.

Se abolição dos movimentos ventilatórios à esquerda, deslocamento dos ruídos do coração e abdome escavado, pensar na **hérnia diafragmática**.

Se Silverman < 4 com Hipersalivação e Teste à seringa negativo

Colocar a criança em proclive em aspiração contínua pois a atresia de esôfago é provável. Esta criança deveria ser transferida a um serviço de cirurgia capaz de tratá-la.

A criança está inanimada, inerte, muda

Existe movimentos respiratórios

Se trata de um coma: deitá-la sobre o lado. É bom lembrar que ela vai ser ventilada artificialmente por entubação apenas durante o tempo que se pesquisa uma etiologia.

Não há mais quase movimentos respiratórios

Os movimentos respiratórios estão em menos de 5 por minuto: a parada respiratória vai acontecer; lhe estimular para que ela se acelere e se preparar para lhe ventilar artificialmente:

Lembremo-nos que isto acontece em um neonato após a cesariana sob anestesia geral por morfina por exemplo.

Não há movimentos respiratórios e o pulso não é perceptível ou com frequência abaixo de 80: parada cardíaca.

É necessário realizar a RCP e se não há retomada de uma atividade cardíaca eficaz é necessário cessar estas manobras ao final de uma hora aproximadamente. Se por outro lado o coração retorna é necessário providenciar o transporte desta criança por UTIM. Quando se pensa que pode estar em estado de morte cerebral deve ser preparado os procedimentos necessários e úteis neste caso.

A criança tem movimentos anormais

Se eles são generalizados e param com a contenção se trata de **tremulações** onde é necessário pesquisar a causa: hipoglicemia, hipocalcemia, hipotermia, etc..

Se eles não cessam com a contenção se trata de **convulsões** e devemos achar a causa que é mais grave que a crise por si só e que podem ser: tóxica, infecciosa ou metabólica.

ALGUNS EXEMPLOS DE AFECÇÕES VITAIS EM CRIANÇAS.

« AGITAÇÕES »

As agitações são crises de sinais muito alarmantes, verdadeiras premissas de uma morte súbita do lactente onde a epidemiologia está próxima. Estas "agitações" vão desde crise de hipotonia brutal, crise de cianose, palidez até a parada respiratória e mesmo a parada cardíaco-respiratória passando por uma falsa rota ou a perda da consciência. De

toda a maneira o quadro é impressionante e os acompanhantes estão ansiosos mesmo se a criança melhora. É necessário acalmá-los e somos obrigados a enviar uma UTIM quando possível ou ao menos um médico ao local.

A morte súbita

A morte de uma criança é tão insuportável para todo mundo que aceita-se deslocar uma equipe de UTIM mesmo quando estamos certos que a criança está morta. Na França o cadáver de uma criança morta nestas condições onde não há dúvida sobre um crime pode ser conduzido por uma UTIM ao hospital por razões humanitárias, para evitar os inconvenientes interrogatórios policiais, para autópsia médica e detecção de uma causa que pode ser familiar e evitável aos irmãos.

CONVULSÕES

Os quatro tipos de crises epiléticas são: convulsão dentro de um contexto febril, convulsão devida a uma doença epilética, convulsão acompanhando uma outra afecção, estado de mal epilético. Se um estado convulsivo se prolonga mais de 10 minutos ou se repete em algumas horas consideramos como um estado de mal, sendo que este caso merece o envio de uma UTIM. Se a convulsão é isolada, se ela se acorda em dez minutos, se a criança está febril ou se é acompanhada para doença epilética e não há outro sinal suspeito, não há necessidade de um exame médico.

Durante a crise os conselhos a dar pelo telefone são simples: tranquilizar, solicitar a tomada de temperatura, pesquisar um contágio, uma intoxicação, uma estimulação visual intermitente. Orientar que seja deitada sobre o lado para evitar a obstrução respiratória (estertor) e explicar como vai se passar o acordar-se.

Se a crise terminou e o estado de consciência está recuperado, a criança pode ser transferida pelos seus pais a um serviço de urgência para exame médico.

Se há crise hiperpirética conhecida dos pais e eles tem frequentemente "diazepam" no domicílio e sabem fazer baixar a temperatura, lhes solicitamos de fazer IM 1/2 ampola se a criança pesa menos de 10 Kg e 1 ampola se mais de 10 Kg.

Se estado de mal: É necessário a intervenção da UTIM no local e que começará um tratamento por via venosa com eventual entubação.

ASFIXIA

Se a voz ou a tosse mudaram: Laringites, Epiglote, corpos estranhos, edemas, espasmos de cordas vocais... Se polipnéia e sibilos à distância (se possível fazer aproximação da criança ao telefone), pensar em bronquiolite (antes dos 2 anos de idade em geral), crise de asma (após dois anos de idade em geral). Se acesso de tosse e de sufocação com noção de uma possível **falsa via**; mas o retorno de uma respiração normal, de crises, deixar a criança em posição sentada, lhe acalmar e lhe enviar ao ORL; Se há antecedentes de alergia e edema brutal da face e das extremidades, pensar em edema de Quincke.

Sinais inquietantes de uma evolução maligna rápida são simples:

A dispnéia é tal que a criança não pode dizer uma palavra, ela se sufoca, não mantém sua cabeça, não consegue tossir, perda da vigilância. A utilização dos músculos acessórios (tiragem e batimento das asas do nariz são os últimos sinais de luta), as discinesias com respiração diafragmática paradoxal, os grunidos e gemidos são as últimas lutas contra a hipóxia.

O ruído da cornagem traduz o diâmetro que resta permeável das vias aéreas laringéias. Quando não há mais qualquer "ruído" isto é a marca de uma obstrução total laringéia ou brônquica. Se a sufocação é completa,

sem mais ar que passa, tentar elevar sua glote por tapas entre os omoplatas e se a obstrução persistir fazer manobra dita de Heimlich.

INTOXICAÇÕES:

Toda mudança brutal de comportamento em uma criança que estava com boa de saúde e bem deve fazer pensar em uma intoxicação.

Devemos detectar esta etiologia pela expressão de sinais muito diversos: náuseas, vômitos, problemas de marcha, ele ingeriu..., sonolência, dispnéia, salivação que sai pela boca (sialorréia), ele tem dificuldade de engolir (disfagia).

QUESTÕES:

"Mudanças de comportamento"

Ele estava doente nos últimos dias. Não

Havia febre? Não (lembrar-se das intoxicações às teofilinas derivadas xantínicas e aspirina).

A PRIORI SE TRATA DE UMA INTOXICAÇÃO

Medicamentos: Nome. Hora, Quantidade provável. Considerar a maior quantidade. Se ele está reativo solicitar que vomite (intoxicações por teofilina, colchicina, quinina, digoxina).

Produtos de manipulação: "Hipersalivação"

Tipo de produto. Deve-se saber que apenas os produtos cáusticos, o potássio e os ácidos são perigosos. Queimaduras ao nível da orofaringe, do esôfago, vias respiratórias. Hora. Quantidade.

Produtos petrolíferos e derivados: levam a sinais pulmonares precoces (tosse, obstrução, edema pulmonar)

Conselhos:

Não dar nada pela boca

Não fazer vomitar

Se medicamentos - lavagem gástrica

Se queimaduras - lavagem das zonas queimadas. Transporte semi-sentado

QUEIMADURAS

Questão à colocar

Idade, Causa, Localização. Riscos se queimou o cabelo, pescoço, face, pregas de flexão, mãos, OGE, pés, períneo.

Tipo: circular. Grave devido à isquemia.

Conselhos: Lavar 10'/10cm/10°. Retirar roupas se tem vestimentas não sintéticas. Envelopar em lençol limpo. Ambulância até o hospital de queimados quando há mais de 10 % de área queimada

QUEDAS

Questões a colocar: Altura da queda, superfície receptora, ferimentos-deformação? Reativo?

Se acorda, sem vômitos nem problemas neurológicos associados. Deixar em observação no domicílio. Levantar de noite para vê-lo durante 24 horas.

Se acorda mas vomita, tem vertigens, problemas da marcha, sonolência - hospitalização

Se não reativo. UMH. Scanner.

REGULAÇÃO PEDIÁTRICA E TELEMEDICINA.

É absolutamente necessário, tanto do ponto de vista da saúde pública como da economia da saúde, de preparar os médicos que irão atuar nos serviços SAMUS, médicos emergencistas, para que eles possam enfrentar todas as urgências tão bem em neonatologia como no adulto.

O Pediatra poderá estar posicionado em dois pontos dentro da estrutura do tipo SAMU, primeiro como consultor especializado para a patologia pediátrica seria consultado em caso de necessidade do médico regula-

dor que trataria ele mesmo a maior parte das chamadas pediátricas, segundo o pediatra de intervenção da Unidade de Tratamento Intensivo Móvel, que poderia estar previsto para as patologias perinatais graves: hipoxemias refratárias, membranas hialinas severas, hérnia diafragmática, prematuridade de menos de 28 semanas se o tratamento de tais patologias é considerado como fazendo parte das prioridades e possibilidades da região. O Consultor Pediátrico poderia ser designado dentre os pediatras dos Serviços de Cuidados Intensivos e, se as duas funções são cumulativas, ele poderia mesmo ser consultor de vários SAMU; em alguns países poderia ser até um consultor nacional

O Consultor Pediátrico da Regulação é de fato o responsável pela gestão dos recursos regionais pediátricos no que se relaciona com a urgência, permanecendo dentro de seu hospital pediátrico e poderia estar conectado imediatamente com as salas de regulação do SAMU e por este intermédio com todo o solicitante profissional que ele gostaria de ter um contato direto, se necessário, assim como poderia ajudar as zonas mais remotas. É de assinalar que uma organização de telemedicina pediátrica de urgência deste tipo foi colocado em prática mesmo antes da organização de um SAMU, na Costa Rica. O pediatra de plantão dos Cuidados Intensivos do Hospital de Crianças Doentes de San Jose deveria responder a toda chamada de atendimento médico de urgência vindo de todo o país. Um tal tipo de regulação pediátrica está sendo idealizado na Colômbia. É necessário sempre evitar, nas regiões onde há vários serviços de cuidados intensivos pediátricos concorrentes, para que eles não organizem individualmente um sistema de regulação próprio incoerente com os SAMU.

É no período de idade neonatal onde a teletransmissão de dados pode aportar uma ajuda ao diagnóstico sobretudo para as estruturas sanitárias afastadas dos grandes centros de cuidado.

As cardiopatias congênitas são uma indicação maior de teletransmissão das ecocardiografias ou, por exemplo, os sofrimentos perinatais e as convulsões, onde a transmissão das ecografias trans-fontanelares pode ser muito útil (avc, leucomalacia).

No lactente as estenoses do piloro e as invaginações intestinais agudas podem se beneficiar da tele-ecografia.

A teleconferência televisiva será igualmente útil e ainda mais amplamente, em todas as patologias urgentes para as estruturas isoladas.

Regulação das chamadas por “Trauma”

ZANELATO, Artur

Dificuldades Específicas Da Regulação Dos Traumas

A traumatologia possui diversas dificuldades específicas para a regulação por diversas causas: primeiro o solicitante relata a situação e não o estado do traumatizado, o que normalmente é uma etiologia potencialmente grave e quando ele relata dados semiológicos estes são poucos explicativos em consequência do medo de sangue.

O trauma não se pode regular como as outras patologias pois o trauma quase sempre necessita cirurgia e praticamente nunca será o acidentado que vai chamar o SAMU. Além disto pode haver outros riscos (como fogo, queda de construção, explosão etc.) além do trauma, o que demanda um resgate/atendimento associando-se outros órgão como os bombeiros e a polícia.

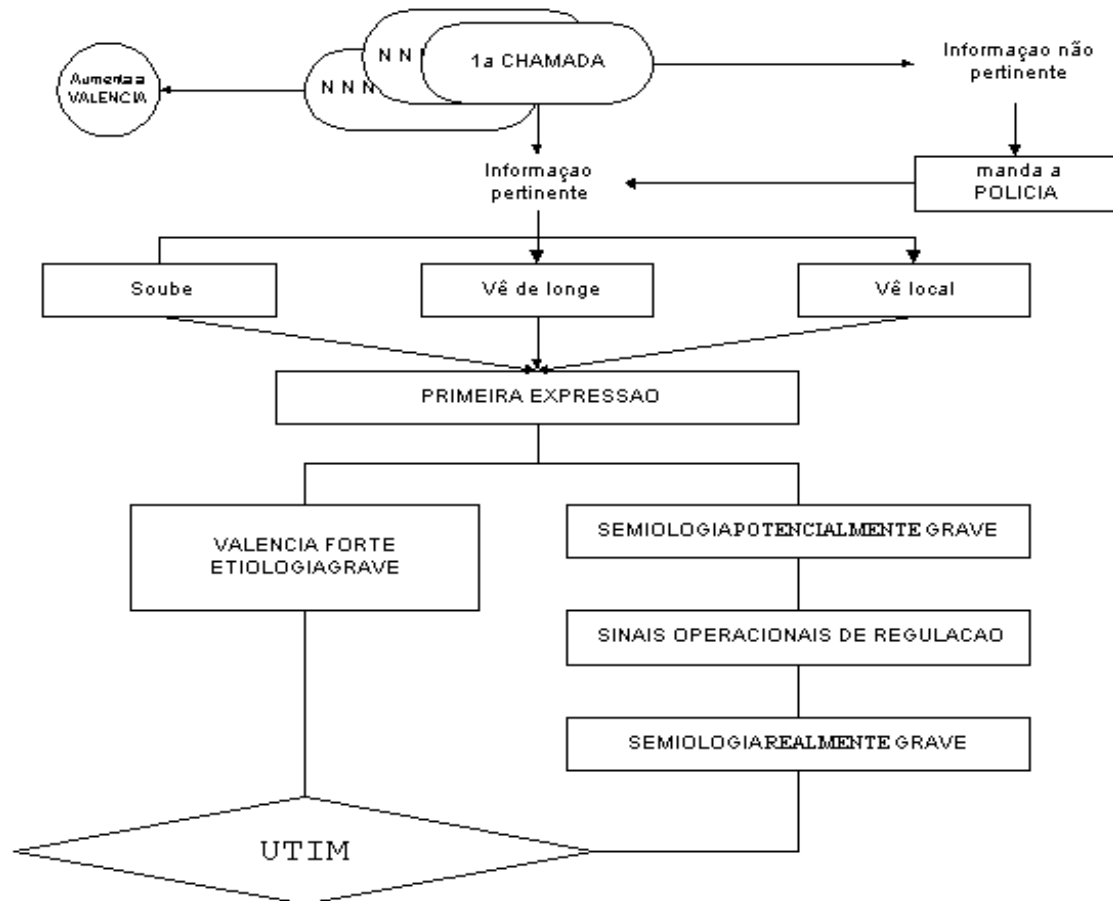
Recebendo a Ligação

Neste momento podemos nos deparar com duas possibilidades: primeiro a pessoa que liga esta envolvida no acidente e a segunda a pessoa que liga é um transeunte que presenciou o acidente ou se deparou com ele.

Quando a pessoa que liga é um dos acidentados devemos tranquilizá-la, fazê-la raciocinar sobre o problema, para utilizá-la como instrumento semiológico ou mesmo como recurso para atuar dando primeiros socorros e fazendo gestos básicos, que poderão salvar a vida de uma vítima, simplesmente fazendo a compressão de um vaso sangrante.

No segundo caso, onde é um transeunte (testemunha) que nos chama, devemos orientá-lo a coletar dados (sinais de regulação) e organizar a situação até o SAMU enviar uma UTIM e a equipe de salvamento. Quando é o transeunte que nos chama existe possibilidades distintas de regulação, como vemos a seguir: primeiro, se ele esta no local junto aos feridos, outro se ele esta no local porém não próximo o bastante para captar outros dados além daqueles que relata e, por

fim, se ele soube do acidente por outro. Neste ultimo caso, se não houver informações pertinentes devemos enviar a polícia para checar o que se passa, exceto quando se recebe diversas ligações do mesmo caso caracterizando um aumento do valor social. (como se vê no organograma abaixo).



Etiologia Potencialmente Grave

Sempre que formos chamados a atender um acidente de trânsito considera-se a etiologia gravíssima, pois nos acidentes leves as pessoas ficam preocupadas em resolver os problemas materiais (o que pode ser muito perigoso).

A gravidade aumenta nos seguintes casos: atropelamento, colisões em alta velocidade e colisões com veículos de grande porte (como caminhões, ônibus

etc.). Isto fica bem entendido se recordamos a formula $E = mv^2 / 2$, a qual diz que a energia é igual a massa vezes a velocidade ao quadrado dividido por dois.

Portanto a etiologia de um acidente de trânsito é sempre grave e deve-se estudar profundamente o mecanismo do trauma, pois é um dado semiológico importantíssimo para a compreensão das lesões, porém não nos compete discuti-lo aqui porque seria assunto para mais um capítulo tão extenso como este.

Valência Social

Nos acidentes automobilísticos sempre temos uma valência elevada devido ao fato desta ocorrer em vias públicas permitindo que muitas pessoas acompanhem o caso e a atuação do SAMU. Além disto, existe uma prevalência alta de óbitos de adultos jovens (na fase mais produtiva da vida) o que choca psicologicamente a sociedade em especial os familiares e amigos. Uma coisa que aumenta muito a valência é a presença de sangue no local do acidente e outro problema é se a situação tem relação com a polícia (justiça) ou seja, tudo que gera pânico medo apreensão etc.....

Tempo

Ao falar, especificamente, em trauma devemos ter em mente a seguinte tríade:

- 1° é uma afecção aguda de início bem determinado e súbito;
- 2° em sua grande maioria atinge pessoas sadias;
- 3° normalmente são adultos jovens.

Outro ponto a ser visto é: Como se pode classificar, pelo tempo, a gravidade do acidentado ? Bem, a grosso modo seria:

Gravidade 1 - são os que necessitam de tratamento cirúrgico e suporte pré e pós operatório super-especializado nos 30 minutos após o acidente, pois nestes casos temos lesões de grandes vasos e órgãos vitais;

Gravidade 2 - São os que necessitam de atendimento cirúrgico nos primeiros 60 a 90 minutos após o acidente. Nestes casos são também lesões vasculares e órgãos extremamente vascularizados, cuja precocidade do tratamento reduz significativamente a mortalidade.

Gravidade 3 - são os casos que teriam sua morbi-mortalidade reduzida a pequenas cifras se o tratamento instituído for nas primeiras 6 horas pós acidente. A morbidade destes se deve principalmente a infecção. São exemplos as lesões articulares com exposição de sinovial, fraturas expostas e lesões de vísceras ocas (intestinos).

Visto tudo o acima exposto poderemos dizer que tempo é igual a distância, pois proporcionalmente a distância que o paciente se encontrar do tratamento ideal, a morbi-mortalidade vai se agravar.

Como não podemos diminuir a distância, é função primordial do SAMU fazer o transporte mais adequado. Nem sempre o mais adequado é o mais rápido, pois o paciente e a equipe sofrem com acelerações e desacelerações bruscas de ambulâncias. Por outro lado temos outros meios de transporte como o helicóptero, embarcações e aviões, porém a estrutura tem de ser a mesma de uma UTI, ou seja UTIM. Quando se fala de eficiência de transporte do traumatizado deve-se ter então em mente um local onde o médico possa atuar adequadamente.

Para resolver o problema das ambulâncias, o SAMU pode coordenar a atuação da polícia para fazer a segurança do transporte, utilizando-se de policiais motociclistas como batedores.

Durante o transporte outra grande função do regulador é fornecer ao motorista/socorrista o destino deste paciente como também avisar ao médico que vai recepcionar para já ter a continuidade do tratamento garantido. De preferência deve ser uma ambulância (e se possível com o cirurgião) do hospital para onde vai o paciente.

A estrutura que vai receber o paciente também é controlada pelo SAMU. Os casos de alta complexidade demandam uma grande estrutura, que deve conter um laboratório, banco de sangue, centro cirúrgico, UTI, e profissionais altamente capacitados disponíveis para continuar o tratamento.

A palavra “continuar” deve ser bem lembrada, pois o SAMU estará fornecendo ao hospital dados para que, por exemplo, o cirurgião cardiovascular seja acionado, a UTI seja preparada, o banco de sangue fique de prontidão etc.

Atenção

O ideal seria um centro cirúrgico no local do acidente ou se o acidente fosse no centro cirúrgico, porém as duas situações são irreais e o que resta aos SAMU é administrar toda a ação e utilizar de todos os instrumentos possíveis para tal.

E quais são os instrumentos dos SAMU para isto ?

Instrumento 1 - o transeunte

Primeiro, o regulador deve utilizá-lo para formar a idéia da situação real do acidente usando as perguntas: onde, como e o tipo de acidente; quantos e qual a gravidade dos feridos.

Segundo, orientá-lo primeiramente para não se colocar em risco, mostrando-lhe sua importância para o SAMU.

Terceiro, ensiná-lo e motivá-lo a fazer gestos básicos que poderão salvar a vida do paciente, como por exemplo a compressão de um vaso sangrante.

Instrumento 2 - Corpo de Bombeiros

Como o SAMU coordena a ação poderá acionar os bombeiros para fazer a extirpação da vítima ou auxiliar no resgate de zona de difícil acesso. Sempre supervisionados pelo médico da UTIM do SAMU.

Instrumento 3 - Polícia

Compete ao SAMU informar a polícia os acidentes de trânsito, bem com acioná-la para fazer a segurança local.

Sinais de Regulação

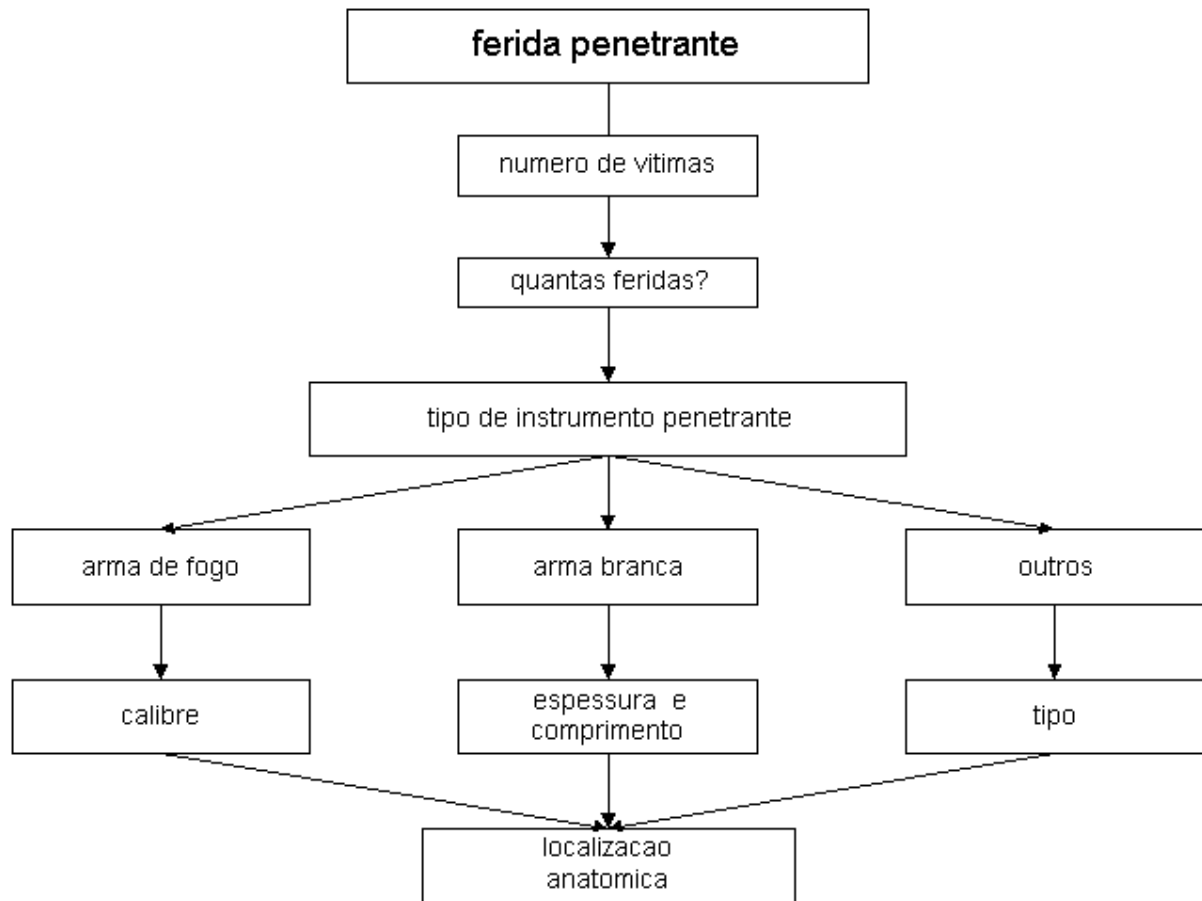
Os sinais primordiais para o atendimento do trauma é saber-se como estão as funções vitais. Obedecendo a seqüência de lesões que levam a óbito mais rapidamente, pode-se identificar e tratar as lesões.

Primeira questão é se respira e como. Identificado uma obstrução de vias aéreas o regulador vai orientar o salvamento da vítima simplesmente dizendo para colocá-la de lado para não se afogar com o vomito ou no caso do desacordado para levantar o queixo.

Segunda questão é se a circulação está visivelmente comprometida. Se inicia perguntando se há sangue por perto, a quantidade e por fim pede-se para a pessoa procurar de onde é o sangramento. No caso de um vaso sangrante orienta-se a compressão local ou proximal do mesmo. Já nos casos de lesões arteriais não visíveis, orientação para checar os pulsos distais a lesão. No caso de uma fratura pode orientar o alinhamento por tração leve e gradativa, deste modo salvando um membro.

Haja visto que o regulador do SAMU pode utilizar o solicitante como instrumento de exame físico, poderá utilizá-lo também como instrumento de tratamento.

Sinais Específicos da Regulação por Feridas de Arma



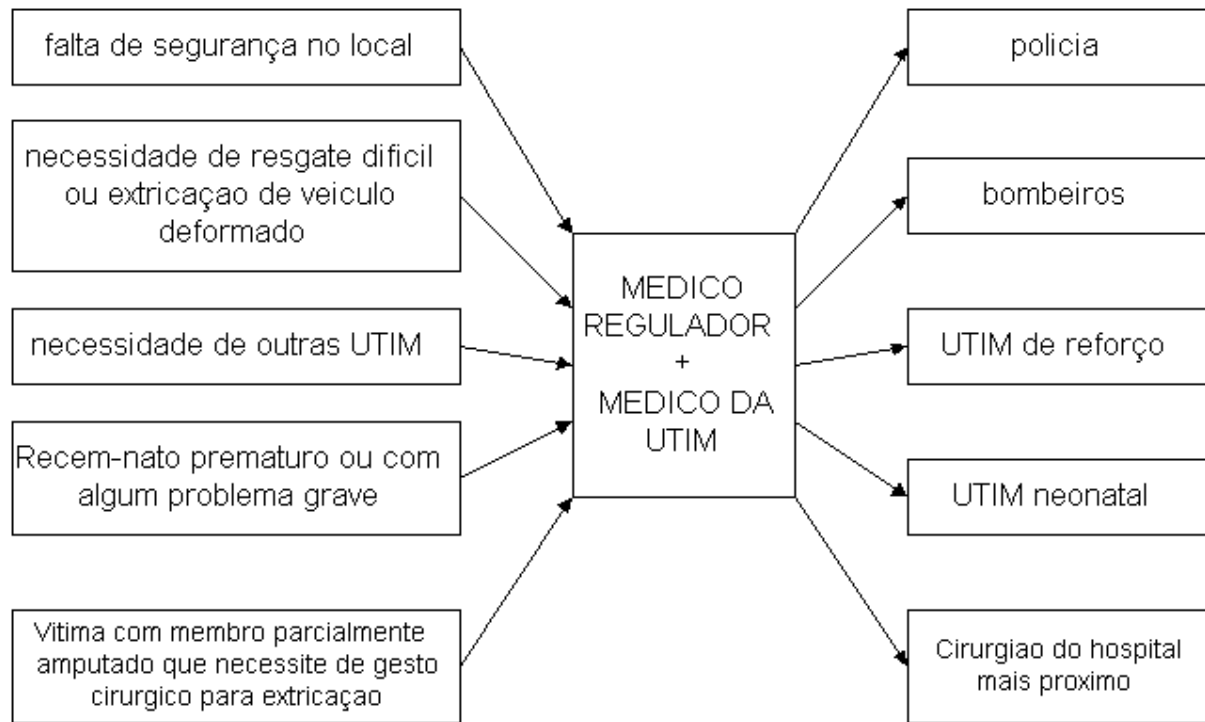
Quando a pessoa que nos solicita relata ser um trauma por agressão física é muito importante conhecermos o instrumento e sua localização anatômica, conforme vemos no gráfico abaixo.

Os 3 Níveis de Regulação do Trauma

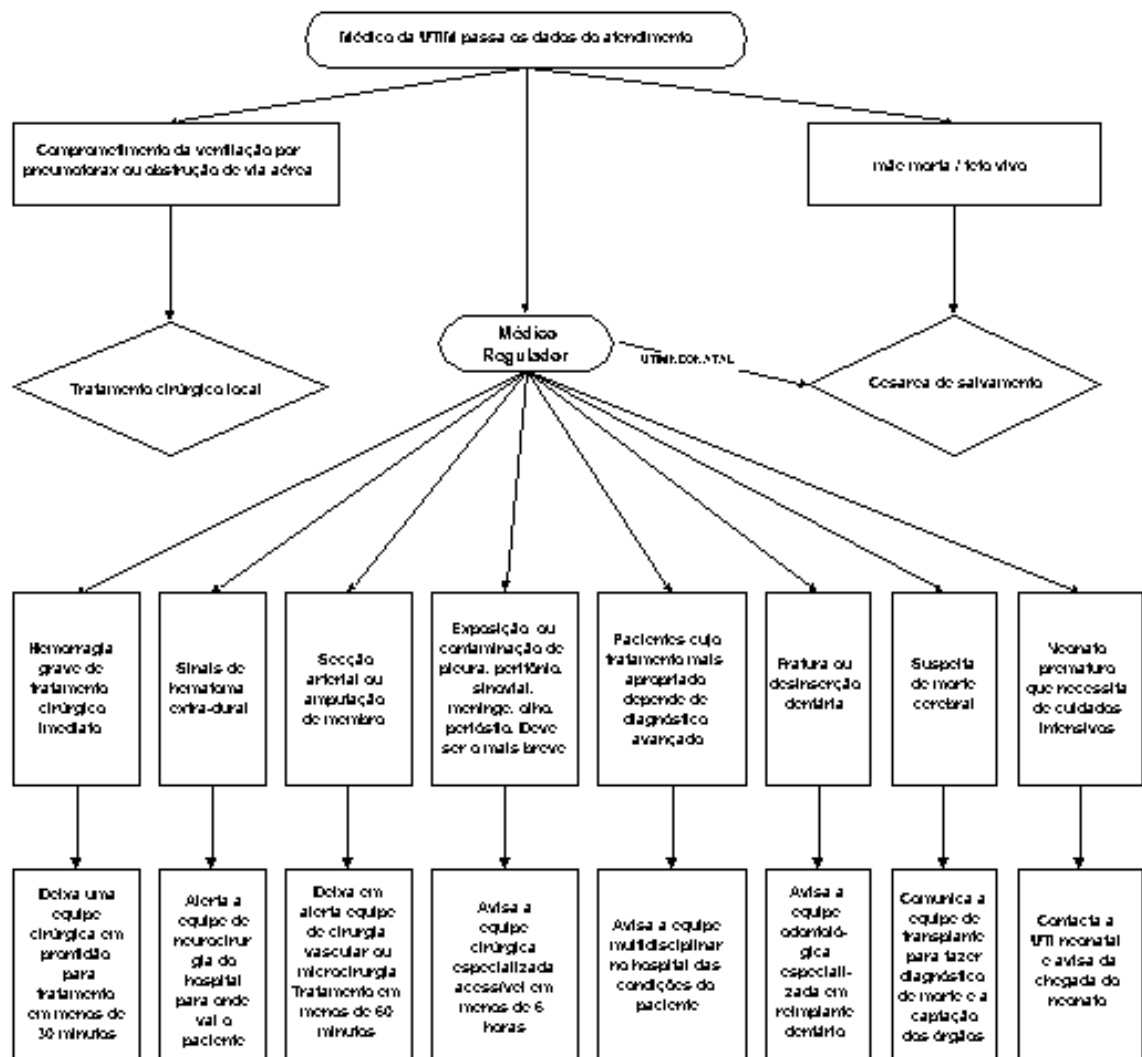
A regulação do trauma pode ser feita em três modalidades, que vamos chamar de nível 1, 2 e 3.

A regulação do trauma nível 1, ou seja antes de chegar ao local do acidente, tem dois tipos de solicitantes leigos ou bombeiros e policiais, e esta diferença se faz necessária pois a visão destes são bem diferentes. Aos bombeiros e policiais podemos perguntar mais facilmente e indiscretamente sobre as lesões (como no caso das lesões por arma) e a situação. As nuances deste nível já vimos detalhadamente acima.

A regulação do nível 2 é a coordenação dos recursos possíveis e necessários para o resgate da vítima. Aqui no deparamos com diversas situações onde diversos profissionais podem ser chamados. Ver gráfico abaixo.



A regulação do trauma nível 3 é após o paciente ser assumido pelos profissionais da UTIM do SAMU. A principal questão é para onde vai o paciente (regulação da UTIM), pois com a descrição precisa das lesões e da gravidade, o regulador deve enviar para o hospital mais próximo e mais capacitado. Nem sempre o mais próximo é o melhor. Além desta tarefa o SAMU faz a regulação do transporte inter-hospitalar.



Regulação das urgências “Gineco-Obstétricas”

LOIZZO, F.; MENTHONNEX, E. e MENTHONNEX, P.

Introdução:

As solicitações obstétricas não são raras. Elas provém de uma voz angustiada ou com explicações confusas, que apresentam sempre a situação como dramática e urgente. Pode ser o caso como pode não ser.

Na maioria dos casos, se trata de um trabalho de parto iminente, muito frequentemente inesperado ou prematuro, por vezes a termo mas particularmente rápido: neste caso como no outro se pode ser efetivamente urgente, e melhor mais frequentemente fisiológico. Algumas vezes e sobretudo se é prematuro, a criança se apresentará sentada.

Mais raramente o parto é patológico. Por isto entende-se uma anomalia flagrante que justifica a solicitação: proclivência ou hemorragia. A complicação pode ser menos evidente mas identificável telefonicamente por algumas questões simples.

Em alguns casos o paciente não está em trabalho de parto. Um acidente agudo da gestação foi a causa: convulsões eclâmpicas, hemorragia brutal e maciça, estado de choque.

Enfim o trabalho de parto pode ter sido rápido que transportaremos a mãe e a criança recém-nascida: a UMH terá de se preocupar com a nascimento e dos cuidados a uma criança frequentemente hipotérmica e por vezes obstruída.

1. A mulher em trabalho de parto

1.1. apreciação da iminência do parto:

Para apreciar a iminência do parto, uma questão preliminar: ele começa a nascer? Uma resposta positiva é suficiente para prever um parto iminente. É inútil interrogar mais. Uma resposta negativa implica em recolher cinco dados:

- quantas vezes a paciente engravidou? O trabalho é, em geral mais rápido quanto mais elevada for a paridade.

- *há quanto tempo existe dores regulares?* O parto está mais próximo quanto mais tempo o trabalho evoluiu. É necessário precisar corretamente as "dores" regulares espaçadas a cada dez minutos aproximadamente" (o período de "pré-trabalho" e de contrações irregulares importa pouco).

- *quanto tempo dura cada dor?* A resposta freqüentemente é aproximada. O adjetivo "curto" indica menos de um minuto, o adjetivo "longo" em torno de um minuto, ou acima disto ela responderá "muito longo", "insuportável".

- *qual é o intervalo entre as dores ?* Uma resposta evasiva indica um ritmo espaçado de 5 a 10 minutos. "Freqüentes" significa de 4 a 6 minutos." uma sobre a outra" deve ser interpretado "cada 3 minutos ou menos ainda".

- *ela perdeu água? e há quanto tempo?*

O conjunto destes dados permite estabelecer um escore preditivo de iminência de parto (conforme anexo: escore A de Malinas).

A medida da dilatação pelo toque vaginal em função da paridade permite avaliar a duração média do trabalho (conforme anexo: escore B de Malinas).

A menos de uma hora de espera provável, parece razoável não transportar: o parto será realizado no local. Além disto, há pouca chance que o parto se produza inesperadamente durante a transferência. Nós aconselhamos um transporte em decúbito lateral esquerdo afim de evitar a compressão dos grandes vasos no momento das contrações em vez do decúbito dorsal.

1.2. apreciação das condições patológicas:

- *a termo:* é necessário colocar a questão "qual data estava prevista para o parto?" É necessário considerar como prematuro, a criança que nasce antes do primeiro dia da 38ª semana de amenorréia, isto é, mais de 17 dias antes do termo. Uma prematuridade de mais de 4 semanas deve fazer prever uma criança de menos de 2 250 g, de mais de 6 semanas, menos de 2 000 g, de mais de 8 semanas, menos de 1 800 g.

- *a cor do líquido amniótico:* se as membranas estão rompidas, o solicitante sempre sabe se o líquido é claro (ou manchado com um pouco de sangue) ou se é verde. Ele precisa algumas vezes que se trata não de um líquido mas de "um produto verde muito espesso". No primeiro caso, podemos crer em um sofrimento fetal e prever uma reanimação no segundo, se trata provavelmente de um feto em posição sentada em iminência de parto.

- *a procidência:* complicação impressionante, não necessita nenhuma questão: o fato que um membro ou o cordão se apresentam na vulva não passa despercebido e é sempre assinalado logo. A procidência do cordão ameaça rapidamente a vida da criança. A procidência de um braço traduz uma apresentação de ombro, distócia gravíssima. Nos dois casos recomendamos não tocar e sobretudo

não puxar a parte procidente. O aparecimento de um pé é normal na apresentação sentado.

- *a hemorragia*: ela é sempre assinalada e mesmo majorada mas as hemorragias inesperadas no curso do trabalho de parto podem efetivamente se revestir de uma indubitável abundância.

2. O parto está terminado.

É provavelmente a maior das urgências obstétricas e entretanto o chamado é habitualmente não muito angustiado: a criança está lá, está viva, a mãe solta... Mandamos uma viatura básica (CRRA), mais para um transporte que para cuidados. Atenção! Muitas questões devem ser colocadas pelo médico regulador.

2.1. a mãe:

- *a placenta foi expulsa?* uma resposta positiva é segura desde que, nestas condições, há todas as chances que em casos de hemorragia, o sangue se exteriorize, o que não passará despercebido. Pode ocorrer entretanto que o útero inerte se encha. Uma resposta negativa não é necessariamente inquietante, mas a placenta, descolada na totalidade, pode obstruir o canal vaginal e reter uma grande quantidade de sangue.

- *a mãe está pálida ou corada? se sente bem?* As testemunhas do parto podem considerar como normal uma sonolência, por vezes uma síncope: a ausência de sangramento visível lhes deixa seguro. O médico deve saber que o tempo é escasso. As hemorragias não exteriorizadas do parto são as mais mortais quais sejam: a urgência é comparável aquela de um ferimento de um vaso de grosso calibre.

2.2. a criança:

- *chora? chorou imediatamente? agita-se?* O mais freqüente, depois de um parto normal é que a criança esteja bem, em todo caso chora imediatamente.

- *está rosado? Sua coloração, seu comportamento se modificou depois do nascimento?* Muito freqüente, ninguém ousa cortar o cordão. A criança é deixada entre as coxas da mãe: ela se resfria rapidamente. É necessário recomendar secar a criança e colocar sobre ela um pequeno lençol limpo sem puxar o cordão e lhe cobrir com uma colcha afim de manter sua temperatura. Aconselharemos virá-lo sobre o lado, a cabeça em ligeiro declive. Deveremos insistir para que ninguém

tente bater para socorrê-lo, sobretudo sobre o pretexto de lhe fazer respirar nem sobretudo lhe soprar pela boca.

- *seu peso aproximado?* A informação nem sempre é exata, mas a mãe ou a vizinha que solicita o socorro avalia freqüentemente bem se a criança é de um "tamanho" "normal", "pequeno" ou "muito pequeno". Neste último caso, insistir para que ele seja aquecido o melhor possível e manipulado o menos possível.

3. Os acidentes da gestação.

As complicações agudas da gestação são sempre de uma gravidade excepcional. Elas colocam em jogo a vida da mãe. Devemos tentar precisar o diagnóstico ao telefone.

- **algumas vezes é fácil:**

- *as crises convulsivas da eclâmpsia* são evidentes.
- *a hemorragia severa*, quase sempre noturna e sobretudo totalmente indolor da placenta de inserção baixa é característica.

- *o estado de choque* acompanhado de uma dor abdominal aguda, por vezes síncope e eventualmente acompanhado de uma perda de sangue, evoca o descolamento da placenta, bem que possa se tratar, mas muito raramente, de uma ruptura uterina (em útero cicatricial) ou excepcionalmente de uma patologia abdominal associada.

- **isto pode ser muito difícil:**

- *um coma* pode ser apresentado pelo solicitante, que não foi testemunha de uma crise convulsiva, como uma "síncope".

- *certos descolamentos placentários* são muito hemorrágicos e a perda de sangue, mascara aos olhos do observador não médico os outros sintomas.

- **em todos os casos:** a urgência não deixa nenhuma dúvida e motiva o envio de uma UMH.

4. A gestação extra-uterina.

A gestação extra-uterina(GEU), caracterizada pela localização ectópica do ovo, modificou sua expressão no curso dos últimos anos nos países de alto nível sanitário. Ela é, de fato, raramente responsável pela morte materna nos países

industrializados, mas esta eventualidade permanece sempre possível(1/4000). No plano epidemiológico, o aumento de sua freqüência está relacionado ao aumento da freqüência de salpingites e de doenças sexualmente transmissíveis, e às seqüelas da cirurgia para obstrução tubária.

O interrogatório precisa: a data da última menstruação, sua característica eventualmente anormal e mesmo sinais simpáticos de gestação. Os fatores de risco são pesquisados: antecedentes de infecção genital, tratamento para esterilidade, GEU anterior.

- *classicamente*, o início da gravidez é complicado por dores pélvicas baixas, de metrorragias classicamente sépticas.

- *a ruptura tubária catastrófica* (nas localizações intersticiais e ístmicas) realiza, no caso de uma mulher jovem, uma inundação peritoneal com um quadro de colapso, associado a uma dor hipogástrica de aparição brutal.

Conclusão:

As urgências gineco-obstétricas podem engajar um prognóstico vital da mãe e/ou da criança. É importante que o médico regulador, por algumas questões simples e precisas, colocadas em um tom calmo e seguro, retire de seu interlocutor algumas precisões, que servirão apenas para decidir a natureza do socorro que ele deve providenciar. Ao se assumir estas urgências faz-se intervir uma "UMH especializada" tanto no plano das competências (médico competente em reanimação pediátrica, parteira, puericulturista) quanto de material (unidade de reanimação pediátrica).

AS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM REGULAÇÃO MÉDICA

A cooperação da França para a implementação de uma rede de SAMU que funciona com o Brasil desde 1990 também existe em outros lugares do mundo.

Países latino-americanos tais como México, Nicarágua, Colômbia, Peru, Bolívia, Equador, Chile, Argentina, Uruguai, Paraguai, Ilhas do Caribe.

Países Africanos tais como Tunísia, Egito.

Países do Oriente tais como Jordânia, Iraque, Palestina, China, Camboja e Vietnã.

Os SAMU 192 do Brasil cooperam com os países vizinhos neste espectro (Chile, Argentina, Uruguai, Paraguai, Bolívia, Guiana Francesa).

Brasil

DELLATORRE, Maria Cecília Cordeiro

O Brasil conta hoje com experiências importantes na área da Regulação Médica de seus sistemas de atendimento às urgências/emergências.

A estranheza que existia há alguns anos de um médico, ao telefone, monitorizar os chamados de urgência, vem sendo substituída pela necessidade de estabelecer protocolos, trocas de experiência e busca de regularização da função.

A compreensão de que a regulação médica exige conhecimentos técnicos, conhecimento de hierarquização do sistema de saúde, segurança para orientar e monitorizar o atendimento desde seu local de ocorrência até a estabilização e posterior transporte e recepção adequada em unidades hospitalares, tem constituído um desafio que, pouco a pouco, está sendo enfrentado.

O médico, à frente de um sistema de regulação, não é e não pode ser confundido com a função de “despachante” de ambulâncias, feito ainda, na maior parte dos municípios brasileiros, por leigos, como motoristas de ambulância, secretárias, office-boys, auxiliares de gabinetes municipais e tantos outros.

Atualmente, não apenas os serviços públicos de atendimento às urgências/emergências têm incorporado a regulação médica, mas também os serviços privados.

Das experiências brasileiras em curso, podemos destacar:

1. Regulações feitas por médicos civis em serviços operacionalizados pelo Corpo de Bombeiros. Estes serviços, como na cidade de São Paulo e Curitiba, são direcionados prioritariamente ao atendimento ao trauma. O risco existente neste trabalho é o da questão hierárquica entre civis e patentes militares.

2. Regulações médicas em serviços integrados ao sistema de saúde, onde toda equipe é da área da Saúde. Estão incluídas nesta experiência: Porto Alegre - Rio Grande do Sul, Campinas, Sorocaba, Ribeirão Preto – São Paulo, Belo Horizonte - Minas Gerais, Fortaleza - Ceará, Belém do Pará, dentre outras. Destaca-se, por sua especificidade, a regulação médica dos acidentes ocorridos no trecho paulista da BR-116, a Regis Bittencourt, feita através do Hospital Regional do

Vale do Ribeira, da Secretaria Estadual de Saúde, através de um consórcio intermunicipal.

3. Uma outra experiência de regulação médica é a inter-hospitalar, gerenciada pela Secretaria Estadual de Saúde, para área metropolitana de São Paulo. Trata-se de referenciar e contra-referenciar serviços secundários e terciários. O acesso à esta regulação é restrito a médicos. Foram estabelecidas grades de referência, bem como a busca ativa quando é impossível a respostas pelos serviços previamente combinados.

4. Hospitais de grande porte e com área definida de abrangência têm sistemas próprios de regulação médica, como é o caso do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

As experiências de regulação médica têm permitido o estabelecimento de um campo excepcional para a observação dos estrangulamentos e das deficiências assistenciais do sistema. Os diagnósticos vão desde a área gerencial, esquemas de plantões especializados, agilidade em reparos e manutenção de equipamentos, capacidade técnica dos profissionais e equipes, até a identificação de falhas na própria rede básica de assistência.

A regulação médica tem permitido um intercâmbio com outros serviços, direta ou indiretamente ligados ao setor saúde, que devem atuar conjuntamente em diferentes circunstâncias. Como exemplo primeiro, o Corpo de Bombeiros no resgate de vítimas, a Polícia Militar, como apoio e segurança, a defesa Civil em situações de calamidades ou grandes acidentes.

Florianópolis - Santa Catarina, propõe uma regulação médica pública do sistema público e do sistema privado de atendimento às urgências, existindo contrapartida do sistema privado ao público. O início desta experiência prevista para 1998 prevê apenas a transferência inter-hospitalar em um primeiro momento.

A tendência das experiências em regulação médica do Sistema Único de Saúde aponta em dois sentidos territoriais: um, de áreas metropolitanas como as capitais brasileiras e outro, por pólos regionais, acompanhando as propostas de hierarquização e regionalização, recentemente operacionalizada através da PPI (Programação Pactuada Integrada - NOB/96). Agregam-se à regulação médica, centrais de vaga tanto para leitos, como para ambulatórios de referência.

O estudo epidemiológico das solicitações, a frequência do aparecimento de determinada patologia ou mesmo traumas, permitem a proposição de medidas de intervenção para alteração do perfil de morbi-mortalidade, seja “tratando uma esquina” campeã de acidentes, seja reciclando e capacitando, tecnicamente, unidades básicas de regiões que apresentem números elevados, por exemplo, de crise hipertensiva ou coma diabético.

O gestor estadual e os gestores municipais, com a regulação médica, podem ter, e tem, uma radiografia atualizada diariamente do nível de participação e compromisso de suas unidades próprias, conveniadas e contratadas, como ocorre atualmente na Regional de Sorocaba.

O Brasil, hoje, constrói um mosaico de experiências na área da Regulação Médica, que precisa ampliar os espaços de divulgação, de trocas e de normatização para incorporá-lo definitivamente ao SUS, como mais um elemento de construção da rede assistencial. Os benefícios são de diferentes ordens, como rapidamente apontamos. Qualidade, ao monitorar o atendimento e garantir o acesso do paciente precisa dentro do sistema. Gerencial, ao ordenar referências, contra-referência, disponibilidades e identificar estrangulamentos. Epidemiológico, possibilitando intervenções no perfil de morbi-mortalidade e constituindo-se em observatório privilegiado do sistema de saúde. Racionalização de custos, evitando desperdícios, porém, garantindo equidade aos que buscam o sistema.

A Regulação Médica, em implantação crescente no Brasil, não se trata de uma simples substituição da telefonista, do motorista, do auxiliar de escritório ou do assessor do prefeito, pelo médico, mas um avanço na construção dos princípios constitucionais do SUS, de integralidade das ações, de descentralização, hierarquização e regionalização.

Argentina

CRESCENTI, Alberto F.; FILET CERVIÑO, Jose e MURO, Marcelo Rodolfo

O Sistema de Atenção Médica de Emergência (SAME) da Cidade de Buenos Aires tem antecedentes de Regulação Médica Pré-hospitalar desde a década de 60, quando se impôs a necessidade de fornecer assessoria médica aos rádio-operadores que através de uma central telefônica recebiam solicitações de atenção domiciliar da população, dos acidentes de trânsito e/ou de trabalho, o que provocava o deslocamento de ambulâncias dos Hospitais Municipais e, por outro lado, dar resposta aos pedidos de transferência de pacientes entre estes hospitais. Desta forma se inicia um aumento da demanda nos Hospitais Municipais por parte da população local e do conglomerado de Buenos Aires.

A partir da década de 80 um novo problema começa a surgir no aspecto médico-legal com o manejo assistencial de pacientes, tanto na fase hospitalar como na pré-hospitalar, e que se evidencia julgamentos contra a municipalidade.

Na busca de uma solução a estas situações se criou, no ano de 1986, por decreto do Município de Buenos Aires, a estrutura da Coordenação Médica, dependendo da Secretaria da Saúde, com 12 vagas, definindo-se o perfil do Coordenador de Emergência, sua missão e atividades a desenvolver no Centro de Recepção dos Auxílios, e que então denomina-se Centro Informativo Para Emergências e Catástrofes (CIPEC).

Este Coordenador devia ser selecionado entre os profissionais dos Plantões dos Hospitais, através de um concurso de títulos, ter 10 anos de atividade contínua em um serviço de urgência, o que em parte assegurava um conhecimento das problemáticas da emergência individual e coletiva, e haver realizado um curso de Administração Hospitalar.

Sua missão era fundamentalmente regular a demanda médica através de assessoramento ao pessoal auxiliar de radiomoduladores e recepcionistas dos auxílios, regular a transferência dos pacientes entre os hospitais intervindo no diálogo

go com profissionais médicos, participar ativamente nos casos de desastres e catástrofes com vítimas numerosas e ser um mediador idôneo para comunicar-se com as autoridades superiores da Secretaria de Saúde ou com os Diretores Hospitalares quando haviam problemas que superavam a capacidade de resposta do Centro de Informação.

A modalidade de trabalho consistia em plantões ativos de 12 horas cada e um plantão passivo(sobreaviso) também de doze horas devendo rodiziar-se os dias feriados e domingos, de acordo com os Departamentos de Urgência dos Hospitais estabelecendo um contato com os chefes dos mesmos. O Chefe de Plantão e o Coordenador de Plantão começavam o dia avaliando as dotações de plantão e colaborando com as solicitações de transferência de pacientes e soluções de problemas do momento.

Na presença de um Coordenador Médico de Urgência ou Regulador Médico foi-lhe confiado acionar os rádio-operadores e de contar com um profissional que os assessorava frente a um problema médico. Por outro lado a população que não possui cobertura médica, podia consultar telefonicamente para orientação médica de urgência.

Na área hospitalar se fez mais fluida a relação com os serviços de urgência, já que evidentemente se manipula melhor a terminologia médica e o conhecimento das patologias entre os profissionais médicos.

As mudanças econômicas e sociais na Região, com ingresso de cidadãos de países limítrofes e os assentamentos de populações marginais na cidade de Buenos Aires são, entre outros, fatores que provocaram um aumento da demanda de nosso sistema de Emergência Médica que realiza uma média diária de 400 atendimentos extra-hospitalares, das quais 205 declaram ter algum tipo de cobertura médica privada ou da Previdência Social.

Devido ao aumento da incidência dos acidentes de trânsito e das catástrofes urbanas com vítimas numerosas, bastando lembrar os atentados terroristas na Embaixada de Israel e na Associação Mutual Israelita Argentina (AMIA), o papel do Coordenador Médico (Regulador Médico) adquiriu importância fundamental

na transferência adequada dos pacientes aos centros de diferentes níveis de atenção.

Podemos dizer, sem medo de nos equivocarmos, que nossa experiência na implementação da Regulação Médica foi um fato altamente benéfico já que permitiu um melhor aproveitamento de todos os recursos do sistema, maior agilidade e atenção aos pacientes na etapa pré-hospitalar e um manejo operacional integral e funcional da rede de emergência.

Chile

PEREZ ALARCON, Heriberto

O Chile é dividido em regiões. A morbidade do país se encontra em fase transitória, sendo que as doenças cardiovasculares se encontram em primeiro lugar, o câncer em segundo e o acidente como terceira causa mais freqüente. Na faixa de 15 à 45 anos, a primeira causa é a traumatologia. Na zona mediana do país se encontra a 5ª região que tem uma população de 1.500.000 habitantes. Do ponto de vista sanitário este país possui “Serviços de Saúde” que dependem do Ministério da Saúde. Na 5ª região há três “Serviços de Saúde”. Em Valparaíso San Antônio o Serviço de Saúde possui um hospital de referência (750 leitos), em Viña del Mar Quillota há um hospital de referência de 650 leitos cercado por 9 hospitais periféricos, e por último San Felipe de los Andes com um hospital de referência de 450 leitos. O município, vila balneária, tem 350.000 habitantes e dobra sua população durante a estação turística.

O sistema SAMU do Chile

Até 1993 não havia no Chile um serviço médico de atendimento médico urgente (SAMU) pré-hospitalar. Existia somente um serviço privado de ambulâncias cardiológicas em várias cidades e que não comportavam uma regulação médica. Em Santiago existia desde o início do século um serviço de ambulâncias públicas no Hospital Roberto del Rio e desde 1992 um sistema de ambulâncias do tipo “paramédicos norte americanos” sem “regulação médica”. A data importante para a capital é 1995 onde se abre, no Hospital de Assistência Pública, um verdadeiro SAMU com uma Regulação Médica

Em 1993, após o início e graças à Cooperação Franco-Chilena no setor saúde para o SAMU, foi organizado um sistema do tipo SAMU em Viña del Mar pelas autoridades médicas da saúde e hospitalares da 5ª região. O SAMU, situado no Hospital Gustavo Fricke, hospital de referência na área de urgências com uma demanda de 120.000 urgências/ano, comporta os diversos elementos a seguir.

Telefone de urgência médica (o 131), rede telefônica com linhas diretas entre os serviços de urgência dos 9 hospitais periféricos, uma rede radiotelefônica de um raio de ação de 200 Km que interconecta todos os serviços de urgência hospitalares, as 30 ambulâncias do serviço público hospitalar, os bombeiros (que administram o número de chamada para fogo, o 132) e a polícia (que administra o número de chamada da polícia, o 133). O SAMU está, por outro lado, conectado por linhas rápidas e por rádio com o sistema de cuidados primários (dois ambulatórios abertos dia e noite = SAPU, Serviço de Atenção Primária de Urgência). Insistimos sobre a originalidade desta interconexão com a medicina geral que depende aqui da Municipalidade enquanto o SAMU é um Serviço do Ministério da Saúde, como um Hospital. Por fim, o SAMU está conectado com o Sistema de salvamento marítimo (onde o número de chamada é o 137) e ao escritório regional de proteção civil, que depende do Ministério do Interior.

As missões do SAMU chileno

No nosso SAMU definimos nossos objetivos e eles estão todos em curso de realização.

1. A recepção do alerta 24 horas/ 24;
2. Encontrar a solução mais oportuna e mais adaptada para cada caso;
3. Garantir a recepção e eventualmente a admissão dos pacientes nos centros de cuidados;
4. Acionar o acompanhamento e os cuidados necessários durante as transferências por ambulâncias;
5. Participar da gestão dos riscos e situações de desastres com as outras instituições implicadas;
6. Participar da educação sanitária, da formação, da cooperação internacional e da pesquisa no campo da urgência;

Elementos do SAMU indispensáveis para um sistema chileno ideal

1. Central de recepção e gestão do alerta e dos pedidos de atendimento médico urgente principalmente por um número de chamada reservado à urgência médica com uma regulação médica localizada no hospital de referência;
2. Ambulâncias e Unidades de Tratamento Intensivo Móveis descentralizados e regulados por este centro;
3. Unidade de informações sobre as urgências médicas;
4. Rede de telecomunicações com os recursos de cuidados, de ambulâncias e dos serviços de segurança;

Papel dos médicos do SAMU

1. Direção destes serviços médicos;
2. Regulação médica dos chamados e dos recursos;
3. Cuidados intensivos extra-hospitalares;
4. Ensino e pesquisa;

Resultados da regulação médica para o ano de 1994

Chamadas recebidas pelo SAMU = (por 100.000 habitantes/ano)

Saídas de ambulâncias (básicas) = 10.148 (74%) (por 100.000 habitantes/ano)

Saídas de UTIM = 3.566 (26%) (por 100.000 habitantes/ano)

Origem dos chamados = Público 68%, Polícia 22%, Serviços de Saúde 7%, Bombeiros 2%, outros 1%

A atividade do SAMU de Viña del Mar é muito similar àquele de seus homólogos estrangeiros

Conclusões

1. Toda ação de cuidados de urgência é de exclusiva competência dos Serviços de Saúde;
2. O Serviço de atendimento urgente extra-hospitalar deve ter uma direção médica;
3. Os médicos devem intervir eles próprios nos locais de afecções médicas;
4. A regulação médica é a melhor maneira de adaptar as respostas aos pedidos de atendimento médico urgente;
5. A telemedicina é factível e deve ter um suporte legal;
6. Um sistema de atendimento médico urgente deve estar integrado à rede hospitalar das urgências;
7. Enfim, deve estar integrado aos outros organismos de socorro.

Colômbia

RODRIGUEZ MELO, Carlos Ivan

A Colômbia possui há mais de 10 anos um Centro de Regulação de Urgências que recebe Pedidos de Atendimento Médico Urgente (via número 115) da capital, Santa Fé de Bogotá, mas o que vamos expor é o projeto do que está sendo instalado ao nível nacional nas diversas regiões e capitais da Colômbia: Santa Fé de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Medellín, Cartagena, Barranquilla, se baseando na experiência adquirida por Santa Fé de Bogotá e também daquela experiência dos SAMU da França neste campo.

Projeto dos Centros Reguladores das Urgências Colombianas

Este projeto diz respeito à organização das urgências nas 6 capitais do país para responder ao aumento da demanda em cuidados pré-hospitalares de urgências características da epidemiologia do país. O conceito de Centro Regulador de Urgências se apóia na instalação de um número de chamada único para os pedidos de Atendimento Médico Urgente, uma equipe humana que responde, localiza, classifica, e um profissional que toma as decisões de enviar sobre os locais dos eventos a seus recursos, de realizar os primeiros cuidados e de orientar para os locais de hospitalização e, por fim, de manter uma rede de consultores especializados que apoiam o sistema.

Por causa da agilidade e da rapidez da resposta deste sistema nós o integramos com o sistema de transplante no que diz respeito à urgência e à detecção de mortes cerebrais.

Por falta de espaço neste livro, não exporemos a argumentação epidemiológica que justifica tal sistema em particular para diminuir o custo social dos traumatizados, principalmente os jovens, que representam 51,4% da taxa de morbidade na Colômbia no que diz respeito às patologias que justificam uma melhor organização pré-hospitalar na sua fase de urgência e de tratamento intensivo.

Não exporemos também a argumentação demográfica e geográfica, do aumento das populações de megalópolis e das dificuldades de transporte até os hospitais de urgência.

Objetivos da Regulação dos Serviços de Urgência

Garantir os cuidados pré-hospitalares para diminuir a mortalidade e a morbidade, principalmente dos traumatizados por acidentes e violências.

Os Objetivos específicos são em primeiro lugar, estabelecer um modelo de cuidados na sua fase pré-hospitalar de acordo com o plano de Reforma Nacional de Previdência Social; segundo, consolidar um sistema de regulação dos Cuidados Urgentes estabelecendo os Centros de Regulação das Urgências; terceiro, garantir as condições para que o cidadão participe e se solidarize com este atendimento médico urgente nas diferentes capitais.

As características dos Centros de Regulação das Urgências, em cada cidade, será realizado através da colocação de uma Central que deverá ser alertada pelo cidadão acompanhante das vítimas de situações críticas médicas, para que este possa despachar os meios necessários para a estabilização de seu estado e seu transporte até os centros de cuidados adequados em função da gravidade.

A regulação compreende os seguintes elementos:

- hierarquização do chamado, identificação e localização do ocorrido, avaliação da gravidade;
- diagnóstico inicial e ativação do executor de cuidados adaptados;
- supervisão da intervenção dos executores móveis e atendimento médico a distância;
- coordenação e negociação da admissão do paciente na instituição mais adaptada de acordo com a patologia, a distância e a capacidade de cuidados.

O objetivo final do sistema é o de responder dentro de um prazo o mais curto possível a uma situação de caráter vital com os recursos mais adequados tanto ao nível dos cuidados pré-hospitalares quanto hospitalares com vistas a diminuir a mortalidade e a morbidade que a acompanham.

Tecnologia dos Centros de Regulação das Urgências.

Este Centro deve comportar pelo menos:

Uma central telefônica com linhas de acesso onde algumas são reservadas ao número de alerta único da saúde, com três dígitos, e outros a linhas diretas com os hospitais e Serviços de Segurança e de Socorro.

Uma rede de rádio com canais reservados às ambulâncias, hospitais, serviços de Segurança e de Socorro.

Um registro das comunicações para garantir a segurança médico-legal.

Um sistema informatizado de gestão da informação e de controle de recursos móveis e de cuidados hospitalares da região.

Idealmente, e na medida onde temos recursos orçamentários, este sistema deveria se integrar àquele do sistema hospitalar e permitir a localização geográfica das ambulâncias móveis.

Profissional.

A Regulação médica requer uma equipe de alta competência para a avaliação, a triagem e a hierarquização das urgências, a administração dos recursos e a tomada de decisão para utilizá-los em face de otimizar o tratamento de estados críticos.

Ela compreende:

- um Médico Coordenador do Centro Regulador: profissional especializado na gestão dos Serviços de Saúde encarregado a gestão deste Centro;

- um Médico Regulador: profissional especializado em urgências, particularmente experiente em triagem e atendimento em unidades móveis de cuidados pré-hospitalares e na administração dos Serviços de Saúde. Ele está encarregado de realizar a decisão rápida de tratamento, com base na sua avaliação de gravidade à distância, envio de meios adaptados a cada caso e de negociar com as instituições de urgência para se encarregarem de prosseguir o tratamento.

- os Operadores de Radiotelecomunicações, técnicos e encarregados destes meios e de receber as chamadas, lhes classificar, informar ao público e de ajudar e acompanhar as tarefas que prescreve o médico regulador

- Uma rede de conselheiros(consultores) médicos de diferentes especialidades implicados nas urgências e disponíveis para a consulta à distância pelos médicos do sistema.

Localização dos Centros de Regulação das Urgências

Eles devem ser implantados em locais especialmente adaptados às suas funções nos hospitais de mais alta complexidade de cada cidade. Isto favorece as possibilidades de implicações de especialistas consultores do sistema e os contactos visuais com o máximo de recursos de alto nível. Enfim, no caso de um afluxo de vítimas, é o local onde podemos avaliar uma grande parte da crise pois ela reúne por vezes os solicitantes de cuidados e os profissionais.

Os aspectos administrativos que são particularmente relativos à Colômbia não serão expostos aqui.

Um extrato do projeto para a cidade de Bucaramanga

Estimativa da solicitação de atendimento médico urgente em Bucaramanga:

Estimamos em 18% da população os solicitantes de cuidados urgentes por ano (População = 682.775 / solicitantes potenciais de cuidados urgentes = 122.899) Estimamos em 15 % das urgências aquelas que tem necessidade de um transporte por ambulância (= 18.434) o que permite avaliar os cuidados em unidades móveis e de calcular os custos de instalação da primeira Unidade de Tratamento Intensivo Móvel e de duas ambulâncias básicas que são necessárias para reforçar o serviço atual.

Espanha

CONDE RODELGO, Victor

Os Serviços de Urgência Médica estão particularmente desenvolvidos na Espanha visto o constante aumento da demanda ao nível pré-hospitalar e hospitalar tanto no que concerne aos meios disponíveis, como dentro da qualidade de cuidados. A análise das múltiplas variáveis que determinam a utilização deste tipo de cuidados é função da grande disponibilidade de oferta de cuidado por estes serviços, sua facilidade de acesso, à grande confiança do público nestes serviços, à amplitude das prestações de serviços oferecidos, o envelhecimento da população, assim como outros fatores complexos de ordem sociológica e de organização sanitária. Os Serviços de Saúde espanhóis tiveram de se adaptar às exigências da sociedade atual criando infra-estruturas de cuidados que facilitassem uma assistência médica de qualidade nas situações de perigo grave que requeriam cuidados quer seja no aspecto individual ou coletivo.

História dos Cuidados de Urgência

É necessário assinalar a obrigação histórica que os governos territoriais, municipais e provinciais tinham de criar e manter os Centros e Locais de Socorro e outros fornecedores de Cuidados de Saúde nos grandes municípios assim como nos hospitais gerais e psiquiátricos que estão integrando progressivamente o Sistema Nacional de Saúde que nós relataremos a seguir.

No nível das prestações liberadas às Seguradoras Sociais, às quais é necessário ressaltar em relação aos outros sistemas de proteção social, foram desde seu nascimento, nos anos 40, confiados a profissionais e serviços específicos e, posteriormente, os benefícios foram estendidos à totalidade da população. Instituímos, em 1964, os Serviços de Assistência às Urgências Extra-hospitalares para as localidades onde habitavam mais de 5.000 segurados sociais e os Serviços Especiais de Urgência para aqueles com mais de 90.000. Estes Serviços estavam dotados de médicos, de enfermeiros diplomados e de auxiliares de enfermagem em um número proporcional ao número de segurados, que, dentro dos horários de 17h às 9h nos dias da semana e nas 24 horas nos dias feriados. Suas bases operacionais estavam instalados em certos serviços de cuidados ambulatoriais do sistema geral de cuidados. Os Serviços Especiais de Cuidados (SEU) possuíam ainda os serviços periféricos de cuidados ambulatoriais, de um Centro Coordenador de Recepção das Chamadas e de Regulação dos Cuidados, assim como de uma frota de veículos dotados de meios de radiocomunicação destinados à trans-

portar as equipes de cuidado até os domicílios dos pacientes e de ambulâncias encarregadas apenas do transporte sanitário urgente. Estes Serviços de Urgência são utilizados de maneira maciça por causa de sua acessibilidade, de sua disponibilidade permanente e, em certas ocasiões, por causa das deficiências de plantão de cuidados primários. Mas, em todo o caso, como recurso complementar ao sistema de cuidados ambulatoriais regulares. A título de exemplo nós podemos assinalar que em 1981, antes que a Espanha transferisse as competências da Saúde a suas comunidades autônomas, existiam 390 serviços de urgência extra-hospitalares nas grandes e médias populações. Destes, 31 correspondiam aos Serviços Especiais e 359 aos Serviços Ordinários, nos quais trabalhavam 2.158 médicos e 1.581 enfermeiros diplomados. No ano referido atendeu-se 2,4 milhões de consultas de urgência ambulatoriais e 798.781 assistências domiciliares.

O atendimento de urgência nos hospitais, especialmente nos da Previdência Social ou financiados por ela, tem seguido, assim mesmo, um progressivo e crescente aperfeiçoamento a partir dos anos setenta o qual se refletiu tanto no notório incremento da área física dedicada à Urgência Hospitalar, com modificações da estrutura física e organizacional, como na melhora e ampliação de suas dotações de pessoal e equipamentos técnicos. Nesta atividade participa a maior parte do plantão médico do centro, compensada com um sistema retributivo específico, cobrindo todas as especialidades mediante a presença física ou facultativa ou, em alguns casos, de sobreaviso. Quase todos os hospitais contam, ademais, com equipes de médicos dedicados à recepção e atenção das urgências, alguns deles configurados como Serviços de Cuidados Intensivos e Urgências Hospitalares. Em todo o caso, dispõem de amplos efetivos de pessoal auxiliar sanitário e não sanitário, com o apoio dos serviços de diagnósticos, de Cuidados Intensivos, Unidades Coronarianas, Bancos de Sangue, Unidades de Queimados e outras unidades singulares que contribuem para este trabalho assistencial. A utilização destes serviços é, assim mesmo, maciça tendo em conta as possibilidades diagnósticas e terapêuticas que oferecem, a confiança que merece por parte da população, a qualidade dos serviços que prestam, a absoluta acessibilidade e a agilidade para alcançar uma atenção que pode demorar algum tempo na assistência ordinária ou programada.

Cerca de 70% dos pacientes chegam por sua própria iniciativa, sem passar previamente por outro escalão assistencial, de tal maneira que nos hospitais gerais e públicos, menos de 20 % dos assistidos precisam ingressar, ainda que, não obstante, os 60% dos ingressos totais no hospital provenham destes serviços. Podemos citar que globalmente considerados e como utilização média nacional, um em cada quatro habitantes utilizam, na Espanha, uma vez ao ano, a atenção destes serviços de urgência hospitalares.

No ano de 1991 se atendeu 13,8 milhões de urgências na rede hospitalar dos quais dois milhões dos pacientes (14,5%) necessitaram internação, supondo-se que mais da metade do total de internações (51,4%), foram através dos serviços de urgência.

Além dos serviços referidos, na assistência de urgência pré-hospitalar temos de fazer referência, igualmente, ao sistema estabelecido para a atenção dos acidentes de trânsito por meio da Cruz Vermelha e outras instituições não governamentais tais como DYA, e aos Serviços Médicos de Empresa e Seguradoras Patronais nos acidentes de Trabalho. O setor privado dispõe, assim mesmo, de sua estrutura de atenção aos processos urgentes através de companhias de assistência sanitária integrados no Seguro Livre de Enfermidade.

As mudanças introduzidas na Administração de Saúde Espanhola

Para melhor compreender as distintas iniciativas que viemos produzindo nos últimos anos no setor de assistência de urgência pré-hospitalar é preciso referir-se ao fato que a Administração Espanhola, e dentro dela a Administração da Saúde, foram profundamente modificadas nos aspectos de planificação, organização e gestão da Saúde em conseqüência da promulgação da Constituição do ano de 1978 que configura a criação do Estado das Autonomias, pelas quais se organiza territorialmente o Estado em 17 Comunidades Autônomas às quais, progressivamente, lhes transferiu amplas competências estatais de acordo com os dispostos no texto constitucional e nos respectivos estatutos de cada Comunidade Autônoma. Se acha transferida a todas as comunidades as responsabilidades em matéria de saúde pública e, além disto, para sete entre elas que alcançam 60% da população, as competências de assistência sanitária, nas quais foi organizado uma entidade gestora, o instituto, responsável da planificação, ordenação e gestão dos serviços assistenciais em seu território, sendo o Instituto Nacional de Saúde (INSALUD), o encarregado da gestão nas comunidades não transferidas. A Lei Geral de Saúde de 1986, determina que todas as estruturas e serviços públicos da saúde se integrem no Serviço Nacional de Saúde que é entendido como o conjunto de Serviços de Saúde da Administração do Estado e dos Serviços de Saúde das Comunidades Autônomas.

As iniciativas atuais na urgência extra-hospitalar.

Ainda que as medidas não tenham sido adotadas por igual em todas as Comunidades Autônomas em razão das competências de gestão que referimos anteriormente, nos últimos 5 anos os serviços de urgência extra-hospitalar vem

apresentando uma importante e progressiva melhora, mediante a implementação de um número de telefone único para a prestação de atenção médica de urgência, na maioria deles o número **061** (em Valência o **085** ou **112**, e no País Basco o **088**, nas Astúrias e Cidade Real o **006**), com o aperfeiçoamento dos centros de coordenação dos Serviços Especiais de Urgência, aquisição de amplos veículos, UVI móvel (VIM ou UTIM), dotados de pessoal qualificado e material adequado e suficiente para levar a cabo as técnicas de suporte vital básico e avançado e orientando-se, fundamentalmente, à atenção das emergências médicas. Estes serviços culminam e complementam as atenções de urgência médicas ambulatoriais e domiciliárias que vem levando a cabo o sistema geral de assistência por meio dos tradicionais médicos de urgência já referidos e, em certas ocasiões, pelo pessoal que compõem as equipes de atenção primária nos centros de saúde, alguns dos quais se configuraram como Pontos de Atenção Continuada (PAC). Para a atenção aos acidentes de auto-estrada, nas assistências a situações com difícil acesso geográfico, para o transporte secundário de pacientes ou o traslado de equipes ou órgãos para transplantes, podem dispor de helicópteros sanitários próprios ou emprestam seus efetivos assistenciais aos que dependem de outras instituições ou serviços.

Estabeleceu-se esta modalidade de serviços em Valência, Madri, Barcelona, Baleares, Astúrias, Andaluzia, Cidade Real, Navarra, Canárias e Galícia. Saragoça está a ponto de criar esta iniciativa. Na Catalúnia, Andaluzia, Canárias e Cidade Real, os serviços de urgência autônomos estão configurados sob uma fórmula administrativa de empresa pública ou consórcio de serviços de entidades públicas. Além dos serviços referidos anteriormente, temos de assinalar outras iniciativas como a adotada pela População de Madri, que estabeleceu um ágil e importante serviço municipal de urgências (SAMUR), destinado a cobertura das emergências sanitárias que acontecem neste município. Na Catalunha instalou-se, além do **061**, um Sistema de Emergências Médicas (SEM) que assume tarefas de coordenação sanitária desta natureza naquela comunidade dedicando-se principalmente à transferência de pacientes de alto risco; o SOS-Galicia com dotações de helicópteros e os das localidades de Saragoça e Cartagena (Murcia).

Ainda que, como se vem referindo, exista uma falta de uniformidade, o objetivo e a principal função é a coordenação e a gestão integral da assistência dentro da fase pré-hospitalar.

Nos centros Coordenadores os reguladores facultativos, além de valorizar o problema e ativar o sistema de assistência, realizam atividades de informação, assessoramento e supervisão da evolução de todo o processo assistencial. A partir deste Centro se faz o transporte sanitário urgente do enfermo em estado crítico, assim como a coordenação de leitos normais ou especializados (politrauma-

tismo, coronarianos, neonatais) hospitalares para enfermos que requerem cuidados especiais (politraumatizados, coronários, neonatos)

Em resumo, as equipes assistenciais para atenção às urgências médicas pré-hospitalares se organizam na Espanha nas seguintes modalidades.

Equipes modelo **061**, que além de centralizar e coordenar toda a atenção urgente pré-hospitalar nas localidades onde se encontram estabelecidos, dispõem de unidades móveis únicas, UVI Móvel, para a atenção das emergências médicas, dotadas de profissionais de saúde (médicos e de enfermagem) muito qualificados e com dotações de material suficientes, capazes de deslocar-se em poucos minutos ao local onde é requerida sua presença, realizando as técnicas mais complexas de estabilização do paciente "in situ" e durante seu traslado ao centro de atenção mais adequado.

As equipes que se encarregam da atenção às urgências ordinárias ambulatoriais ou domiciliares nas grandes e medianas localidades no horário de 17 a 09 horas e em feriados, utilizando como base de atuação os centros assistenciais de atenção ambulatorial ou os centros de saúde (PAC), através do pessoal assistencial específico de urgência ou, por vezes, das equipes de atenção primária disponível. Nas localidades onde existem Serviços Especiais de urgência, dispõem de veículos para o transporte dos profissionais até os domicílios dos pacientes, apoiados por radiocomunicações ligados ao Centro Coordenador e dotados de material adequado para o diagnóstico e o tratamento elementar dos pacientes.

Naquelas localidades da área rural que não contam com número populacional suficiente para o estabelecimento de serviços específicos de urgência, é o pessoal da saúde habitual (médicos e enfermeiros), os encarregados de realizar a atenção de urgência ambulatorial e domiciliar, nas 24 horas do dia, incluindo os dias feriados, mediante um sistema de turnos, tomando como base operativa os centros de saúde ou centros assistenciais ambulatoriais.

No que se refere aos serviços de urgência dos hospitais, nos últimos anos se vem implantando a figura do médico coordenador de urgência, auxiliado por pessoal de enfermagem na regulação dos atendimentos nestas áreas assistenciais. Assim mesmo se tem instalado nas áreas de alguns centros hospitalares, unidades de relações públicas e informação para atender aos pacientes e às famílias que se encontram na unidade de admissão de urgências.

O caminho iniciado na Espanha, da contínua melhora dos serviços de assistência médica urgente, se trata de um fato irreversível dado ao profundo calado e projeção social destes.

Portugal

MARTINS, Carlos e RATO, Fátima

O Socorro pré-hospitalar em Portugal iniciou-se em 1965 apenas na cidade de Lisboa, utilizando-se de duas ambulâncias de responsabilidade da Polícia de Segurança Pública (PSP) acionadas através do número telefónico 115.

Progressivamente, nos anos seguintes, foi adotada uma solução idêntica para os centros urbanos do Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro, onde também através do 115 se chamava o socorro a vítimas de acidente na via pública.

Naturalmente, esta iniciativa ao nível urbano, conduziu à necessidade de organizar um serviço semelhante para socorrer as vítimas de acidentes rodoviários ocorridos nas principais estradas do país. A guarda nacional republicana (GNR), responsável pela segurança nas estradas, assumiu o encargo de desencadear o socorro através também do número 115.

Com a finalidade de estender este serviço a todo o país, o Governo criou, em 1971, o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), que tinha como objetivo principal "assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades relativas à prestação de primeiros socorros a sinistrados e a doentes no respectivo transporte".

Para a concretização destes objetivos o SNA procurou inicialmente rentabilizar e otimizar os serviços prestados por instituições já existentes e vocacionadas para este tipo de socorro, como eram a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e Corpo de Bombeiros.

O SNA encarregou-se de preparar as equipas de socorro, quer a nível dos recursos humanos, quer a nível dos meios materiais. Preparou socorristas em colaboração com a CVP que criou uma escola para isto. Implantou uma rede de emergência, o 115, de forma que, de qualquer parte do país onde houvesse um telefone, fosse por aquele número pedido e desencadeado o respectivo socorro. Também em colaboração com os bombeiros, criou vários postos de socorro, disponibilizando-lhes equipamentos, incluindo ambulâncias e formando as respectivas tripulações de socorrismo de emergência.

O desenvolvimento do sistema conduziu a que, progressivamente, a grande maioria das equipas de socorristas passasse a ser constituída por Bombeiros, com sede nos respectivos quartéis. A PSP detinha apenas as atividades de socorrismo de urgência nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal.

Quanto a telecomunicações, elas foram asseguradas a todo o país por Centrais pertencentes e exploradas pela GNR e PSP, com o número 115 como número de Socorro.

Em 1980 considerou-se que o esquema de socorros desenvolvido e coordenado pelo SNA necessitava de uma reformulação.

Em consequência deste fato foi criado o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) o qual tinha como objetivo fundamental, assegurar o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.

Tem sido uma constante do INEM, desde a sua criação, a contribuição para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de todos os elementos intervenientes, através de ações e medidas que permitam melhorar qualitativa e quantitativamente a sua capacidade de intervenção.

Assim, e considerando que a formação é indispensável a todos os grupos sócio-profissionais que atuam nesta área, o INEM, através de um centro de formação próprio, tem ministrado uma formação específica que abrange múltiplas áreas e tecnologias: médica, telecomunicações e transporte.

Os cursos de Formação do INEM são dimensionados de acordo com a diferenciação académica dos elementos a que se destinam: médicos, enfermeiros e tripulantes de ambulância e operadores de central.

Uma vez que na base de qualquer Sistema Integrado de Emergência Médica está uma rede adequada de telecomunicações (telefônica, de rádio e avisadores de estrada), esta tem vindo a ser progressivamente desenvolvida, dispondo Portugal desde 1971 de um número nacional de socorro, o 115, que assegura a cobertura de todo o país.

Nos últimos anos o INEM tem desenvolvido e otimizando a sua própria rede de rádio, autónoma, visando assegurar a cobertura nacional que permita a in-

terligação entre todos os intervenientes: Bombeiros, CVP, PSP, Ambulâncias, Viaturas Medicalizadas de Emergência e Reanimação e Hospitais.

A primeira destas redes a ser criada foi a que cobriu a área metropolitana de Lisboa, com cerca de 3 milhões de habitantes.

Sistema idêntico já foi posto em funcionamento no Porto, que cobre cerca de 1,5 milhões de habitantes, encontrando-se pronta a rede de Coimbra que se espera que possa ser acionada em breve.

O objetivo que presidiu à instalação desta rede de telecomunicações foi o de possibilitar a medicalização de todo o processo desde o local da doença/acidente até o hospital através dos "Centros de Orientação de Doentes Urgentes - CODU's".

Como anteriormente referido o primeiro Centro com estas características foi criado em Lisboa em 1987, o qual em 1989 atendeu 35.000 solicitações e em 1994 perto de 100.000.

O funcionamento do CODU comporta o atendimento das chamadas que chegam via "115", através de equipas de médicos e operadores de central, com formação em emergência médica e que operam ininterruptamente as 24 horas por dia.

Como suporte a este atendimento, em especial no que se refere ao socorro no local e transporte para a unidade hospitalar, foram estabelecidos protocolos de colaboração com o Serviço Nacional de Bombeiros (SNB), PSP e CVP.

Em abril de 1989 iniciou-se um sistema de "rendez-vous" que consiste no deslocamento de uma viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com médico sediado no CODU e equipamento para o suporte avançado de vida, com o objetivo de acorrer a situações de urgência, quer no domicílio, quer em apoio ao transporte de doentes em ambulâncias sem médico.

Este sistema tem-se desenvolvido progressivamente e neste momento já cobre toda a cidade de Lisboa e algumas áreas periféricas de Lisboa e Porto.

Qualquer uma destas VMER's presta assistência, quando se justifica, aos doentes e sinistrados no domicílio e/ou na via pública, sempre e só quando solicitados pelo médico de serviço do CODU.

A experiência, no domínio das telecomunicações, desenvolvida no CODU de Lisboa, permitiu que o INEM, desde dezembro de 1989, tenha começado a

participar num programa da União Européia, integralmente medicalizada e em Portugal denominado CODU-MAR, visando a assistência, o aconselhamento, evacuação, acolhimento em terra e prevenção do hospital adequado ao pessoal do mar, qualquer que seja a sua localização, com apoio das Telecomunicações da Marconi (Via Satélite) e do Ministério da Marinha (Posto de Escuta em Ondas Curtas).

Além da medicalização do alerta, socorro e transporte através do CODU, desde 1987 o INEM vem incrementando um subsistema de transporte de recém-nascidos em risco e que consiste na medicalização do transporte, com equipes móveis especializadas de médicos e enfermeiros com competência em neonatologia, de recém-nascidos que exijam tratamento em cuidados intensivos neonatais e nascidos em hospitais que não disponham deste tipo de cuidado. Este subsistema encontra-se em funcionamento nas zonas Norte, Centro e Sul.

O INEM integra, desde a sua formação em 1981, o Centro de Informação Antivenenos (CIAV).

Este Centro, único no país, dispõe de um “staff” médico permanente que assegura, nas 24 horas, todo o apoio a médicos e público em geral na área de toxicologia.

Assim, através de 3 linhas telefônicas de acesso direto, são prestadas todas as informações referentes a intoxicações agudas ou crônicas de exposição humana ou animal, tanto a nível pré-hospitalar como hospitalar.

Para isto, dispõe de informação, constantemente atualizada, constituída por livros, revistas, um fichário americano em CD-ROM e um fichário próprio elaborado pelos médicos do Centro de medicamentos, produtos caseiros, industriais, pesticidas, de animais e plantas.

Em 1994 o CIAV atendeu 16.207 chamadas das quais 49,2% foram provenientes de hospitais.

Tunísia

M. N. KAROUI*, K. KHLIFA*

A Tunísia é um país africano, marroquino, mediterrâneo, muçulmano e bilingüe (árabe, e o francês como sendo a segunda língua do país e a língua de ensino das ciências). Podemos dizer que ela é um cruzamento de civilizações e um campo de interação e de confronto de experiências variadas. Conta com aproximadamente 8.500.000 habitantes para uma superfície de 162.155 km². As grandes aglomerações estão próximas entre si e com uma distância média que varia entre 80 e 150 km.

Infra-estrutura sanitária e transporte dos doentes:

A distribuição da infra-estrutura hospitalar não é suficientemente homogênea em praticamente três pólos importantes: Tunis, local da maioria dos Centros Hospitalares Universitários (CHU) e dos institutos especializados da região do Centro-Leste e Sfax (respectivamente à 140 e 270 km ao sul da capital). Estas regiões se encontram no lado da costa do país e abrigam as quatro faculdades de medicina (duas no Centro-Leste) e as três universidades.

O transporte de pacientes, de feridos ou de parturientes é feito essencialmente por meios particulares (veículos de turismo, camionetas,...). O transporte sanitário não está nos **hábitos** da população e os serviços de ambulâncias são muito pouco desenvolvidos. Além disto, o custo deste tipo de transporte não são de responsabilidade da Previdência Social e esta prestação não faz parte da nomenclatura. A maior parte das ambulâncias do país pertencem aos hospitais da Saúde Pública e servem ao transporte inter-hospitalar de pacientes, de médicos, assim como à tarefas administrativas. Elas são raramente solicitadas para intervenções primárias ou de transporte à domicílio, que não são consideradas como uma tarefa principal. Certas sociedades industriais possuem ambulâncias para o transporte de seus empregados doentes ou feridos. Enfim, a Proteção Civil (bombeiros) conta igualmente com ambulâncias não medicalizadas assim como algumas medicalizadas unicamente dentro do distrito de Tunis. A população do país (essencialmente do interior) está então pouco habituada à chamar uma ambulância para o transporte de seus pacientes ou feridos.

A organização dos socorros médicos na Tunísia

Teoricamente e pela circular ministerial de 25/5/82, foi criado um SAMU nos estados (a Tunísia conta com 23), acessados por um número de chamada de urgência, o 190. Este número não responde ainda dentro de muitos estados enquanto em outros, um profissional da saúde, das urgências do hospital, atende e despacha pelo menos uma ambulância quando ela está disponível com o pessoal ainda não padronizado. Em realidade, um só SAMU, o de Tunis, foi criado oficialmente em 1981 dentro da organização do CAMU de Tunis (Centro de Assistência Médica Urgente), que conta com um outro serviço de reanimação e um centro de toxicologia. Em Sousse, algumas tentativas de organização do SAMU foram feitas nos anos 1980 e foram abandonadas. Os médicos que faziam o Serviço Militar ou os residentes das urgências saíam nas ambulâncias, mas não havia uma Regulação Médica. Em Sfax, o SAMU criou um serviço de hospitalização com 8 leitos para as urgências aos quais estavam ligadas duas ambulâncias que partiam com os residentes de plantão do serviço, mas não havia Regulação Médica individualizada.

Existe também os Centros de Proteção Civil dentro de todo o país mas a malha viária é pouco densa para permitir um "pronto atendimento" generalizado.

O início de uma Regulação Médica

A Regulação Médica está embrionária no SAMU de Tunis há 15 anos. No SAMU, ao início, havia um Médico Regulador unicamente durante o dia, até fevereiro de 1994, data na qual a regulação foi estendida à noite. Seu papel é rudimentar pois se limita a receber o chamado e a fazer sair a equipe. Tendo a sua disposição apenas as UTIM de seu próprio hospital e algum outro meio, praticamente todos os chamados são seguidos de intervenção. Estes não são de sua parte acompanhados pelo Regulador devido à falta de meios de comunicação entre a base e os veículos e não há uma coordenação com os serviços hospitalares receptores. É o médico da UTIM que dirige o resto das operações e encaminha seu paciente até o hospital mais próximo.

A Regulação Médica não está mais em contato com a Proteção Civil, e é o oficial de plantão que faz partir a UTIM praticamente a todos os pedidos de so-

corro as pessoas. Não há então nenhuma regulação médica destas ambulâncias de socorro. É de assinalar que há a tradicional disputa SAMU-Bombeiros que foi assimilada em Tunis copiando o sistema francês dos Bombeiros e os riscos de "contaminação" de outras regiões existe. Como em outros países que estão instalando os SAMU, estas duas instituições se ignoram mutuamente e guerreiam, o que leva freqüentemente à chegada de várias ambulâncias de "cores" diferentes ao mesmo local.

Assim, antes da formação do SAMU de Sousse, nenhuma real Regulação Médica funcionava na Tunísia.

Primeira experiência de Regulação Médica: nascimento do SAMU de Sousse:

Criado por jovens médicos formados no SAMU parisiense, o SAMU do Centro-Leste da Tunísia (SAMU 03) em Sousse foi inaugurado em março de 1994, se inspirando nas melhores experiências francesas mas se adaptando às realidades do país, colocadas em prática e corrigidas. Este SAMU cobre três estados totalizando 6720 km² para 1.133.000 habitantes, em uma região que se constitui um grande centro de turismo internacional na maior zona balneária do país e que abriga além disto um dos mais importantes aeroportos, um porto mercante, dois portos de passageiros, dois portos de turismo e uma malha industrial densa.

A primeira ação do SAMU do Centro-Leste foi se comunicar com a Proteção Civil para criar as bases de uma colaboração organizada e evitar os erros nacionais e estrangeiros. Os médicos liberais participantes das urgências foram informados das possibilidades de colaboração e os serviços hospitalares da região englobadas pela urgência (reanimações, urgências, cardiologia) foram plenamente implicados e se mostram muito bem dispostos a "jogar o jogo". No plano de equipamentos, uma central rádio-telefônica (autocom) própria foi dada ao SAMU, com linhas suficientes para evitar congestionamentos, todos os veículos foram equipados com rádio, os serviços hospitalares ligados por linhas diretas e exclusivas. Um pessoal específico foi recrutado e especialmente formado para o SAMU e os três SMUR baseados no Centro Hospitalar Universitário de Sahloul; Hached (Sousse) e F. Bourguiba (Monastir). Os médicos transportadores destes SMUR são os residentes de anestesia-reanimação médica, cirurgia, cardiologia,

médicos das urgências... Enfim, uma regulação médica iniciou-se 24h/24 desde a inauguração. De fato se tratava da primeira experiência em regulação médica dentro do verdadeiro e completo sentido do termo que iniciou na Tunísia.

Dificuldades e avanços

Ao final de 16 meses de funcionamento, estamos na hora de tirar alguns ensinamentos quanto às dificuldades encontradas dentro da aceção de uma verdadeira regulação médica em um país como o nosso, mas igualmente os benefícios que ele pode propiciar.

Dificuldades: Estas residem em muitos fatores por vezes específicos à nossa realidade a à um serviço mal conhecido no seu início:

A insuficiência dos organismos de primeiros socorros fez com que a população não tivesse outra escolha nos casos de problemas médicos urgentes a não ser chamar o SAMU. Isto é legítimo no momento que ele ambicionou funcionar da mesma maneira que o Centro 15 na França. Mas não pode se ocupar plenamente deste papel. É difícil responder a certas solicitações que justificam realmente apenas o transporte medicalizado ou sanitário simples. De fato, a cobertura social não reembolsa as prestações do setor privado, muitas das pessoas não podem pagar uma visita ao médico liberal e então se dirigem ao serviço público. É de ressaltar que a Proteção Civil, na maioria das regiões da Tunísia, intervém somente na via pública e nos acidentes de qualquer espécie e não pode ter uma contribuição nos outros casos médicos simples. As pessoas então chamam o SAMU pois não tem muita escolha. E o SAMU se desloca mais freqüentemente que o necessário pois não precisaria tivesse certeza sobre o conteúdo da chamada. Algumas linhas do canal de socorro falham. Assim sendo, 86% dos chamados recebidos desde a inauguração do SAMU 03 até este dia foram seguidos de uma intervenção do SMUR (76% de primários e 24% de secundários).

A influência sócio-cultural na maneira de solicitar ajuda: Em um grande número de casos a pessoa solicitante de ajuda está em pânico, difícil de acalmar e de interrogar. Pior ainda, após o atendimento ela está descontente, evitando que o médico solicite informações um pouco mais precisas sobre o caso, e lhe impedindo então de regular corretamente as chamadas. Um argumento é então freqüentemente evocado "Ele vai morrer e vocês perdem tempo me colocando

perguntas?" Muitas das pessoas conceituam o SAMU como sendo "uma banal ambulância" à sua disposição, e que é suficiente chamar para que ela saia imediatamente; e acham anormal que possamos colocar bem fundamentado o pedido "em questão" ensaiando um interrogatório um pouco mais longo que « Alô, é o SAMU? Envie-me a ambulância ». Além disto, em razão do nível sócio-educacional que nós encontramos algumas vezes, é difícil solicitar e receber informações um pouco mais corretas sobre os antecedentes do paciente e sobre seu estado atual. Uma campanha de informação por rádio foi então prevista para sensibilizar a população no que concerne às diferentes prerrogativas do SAMU.

Os hábitos dos médicos foram igualmente a origem de dificuldades iniciais mas que vão desaparecer rapidamente com um melhor conhecimento do serviço. É verdade que eles estavam habituados unicamente a solicitar uma ambulância do parque do hospital sem ter de argumentar sua solicitação. Agora que eles perceberam mais o SAMU como um serviço médico, as coisas andam nitidamente melhor. As mesmas razões conduziram à dificuldade da colocação direta de um paciente em um serviço ou seu transporte direto ao bloco operatório. Os decisores tinham o hábito de ver o paciente, de examinar e freqüentemente de referir-se aos seus alunos antes de tomar a decisão de admiti-lo. A idéia de aceitar um paciente após uma simples conversa telefônica era muito estranha aos costumes, mas ela rapidamente fez seu caminho depois de nossos principais companheiros de urgência com as quais a confiança foi rapidamente instaurada.

Avanços: São aqueles habitualmente atribuídos aos SAMU, à saber a colocação à disposição do público de uma escuta médica permanente e um melhor atendimento pré-hospitalar dos pacientes e feridos graves e principalmente para o caso dos acidentes de trânsito. Mais ainda para a organização dos socorros médicos na gestão das situações de exceção ditas "catástrofes" (dois casos já geridos pelo SAMU 03 desde sua criação).

Conclusão

A regulação médica fez seu teste nos países que a praticam tomando a responsabilidade pré-hospitalar das urgências médicas. Os ensinamentos que nós podemos tirar de nossa curta prática é que sua instalação deve levar em conta as especificidades do meio onde ela é implantada. Isto é válido para as estruturas

sanitárias, os hábitos adquiridos da população e do corpo da saúde, as estruturas de socorro do local, os aspectos sociais e culturais dos solicitantes assim como de suas reações frente à urgência.

Argélia

FELLOUH, C.

Existem vários SAMU na Argélia dos quais os mais antigos são aqueles das grandes cidades Algr, Oran e Constantine

O SAMU de Alger

Seu Centro de Regulação é o centro de recepção e de tratamento dos chamados telefônicos de aflição emanados pelos cidadãos, de estruturas de Saúde Pública ou privadas, ou de outras como a Defesa Civil ou da Polícia.

Representa o posto de comando do Serviço de Atendimento Médico Urgente de Alger. É de lá que partem todas as instruções e orientações relativas aos atos primários de urgência por suas equipes de intervenção. Pode se tratar de um simples conselho e orientação por telefone até o envio de uma ou várias equipes médicas, de acordo com a gravidade e a amplitude do ocorrido.

Situação

A sala de Regulação se situa no Centro Hospitalar Universitário do Centro de Alger (Hospital Mustafá), o hospital mais importante da escola nacional, que possui o maior número de especialistas clínicos e cirúrgicos, facilmente acessível e se encontrando em pleno coração do Governo da Grande Alger.

São ligados atualmente a este centro de regulação quatro antenas móveis (Serviços Móveis de Urgência e Reanimação) contando cada uma delas com duas equipes médicas interventoras (Unidades de Cuidados Intensivos Móveis Hospitalares) situados em:

Hospital Mustafá, Hospital de Bab El Oued (Centro de Alger), Hospital de Beni Messous (Oeste de Alger) e Hospital de Rouiba (Leste de Alger), cobrindo assim toda a região da Grande Alger.

Missões do SAMU de Alger

1. Assumir a medicina de urgência pré-hospitalar;
2. Regulação das urgências e da hospitalização de urgência;

3. Facilitar e preparar a admissão dos doentes nos serviços de reanimação, toxicologia, queimados, traumatologia, etc.;
4. Pesquisa telefônica sobre os recursos disponíveis: leitos nos diferentes hospitais, serviços de plantão médico e de farmácias;
5. Recenciamento dos recursos de produtos sanguíneos;
6. Participação no módulo médico do Plano de Catástrofe.

Recursos humanos

O médico regulador está encarregado de missões definidas como mais complexas. A escolha deste médico baseia-se na sua experiência em medicina de urgência, seu conhecimento das estruturas de cuidados (especialidades, prancha técnica, acessibilidade, capacidades de acolhida), seu senso de comunicação e de responsabilidade e, enfim, seu domínio dos recursos colocados à sua disposição tanto dentro das missões ordinárias do SAMU como nas situações de urgência maiores.

Recursos Materiais

A sala de regulação dispõe de um número telefônico facilmente recordável para o público local, 671616, com 5 linhas agrupadas, (mais o prefixo 16 para o Governo de Alger). Dispomos também de uma linha telefônica direta que nos permite confirmar as chamadas de aflição e duas linhas especializadas, a primeira nos ligando com todos os serviços especializados dos diferentes centros universitários do Governo e que nos permite de rapidamente preparar a admissão dos pacientes e de questionar sobre o seguimento do tratamento, a segunda, de três dígitos, nos liga às estruturas hospitalares no nível nacional o que é particularmente útil para as transferências de doentes graves de um outro estado para Alger. Estas duas linhas nos permitem, enfim, acionar os Planos Brancos de Catástrofes maiores.

Dispomos de uma organização de radio-comunicações com nossas equipes móveis para lhes engajar rapidamente, lhes acompanhar e eventualmente lhes direcionar para um serviço especializado informado com antecedência. Esta rede nos permite, em caso de catástrofe, colocar em rota o “Plano Branco” e de coor-

denar com o “Posto Médico Avançado), em estreita conexão com o Ministério da Saúde, A Sala de Regulação possui um computador onde podemos consultar nosso banco de dados, agrupar os dados para estatísticas e estudos.

Problemas encontrados

Dificuldades para conseguir hospitalizar certos pacientes assumidos pelo SAMU.

Desconhecimento das missões do SAMU por muitos cidadãos que o utilizam para pedidos de consultas médicas a domicílio.

Conflito de missões com os médicos da “Defesa Civil” e de seu “Centro de Coordenação” que impede a racionalização dos recursos particularmente nas situações de urgência.

Perspectivas para os recursos humanos

O aperfeiçoamento dos médicos reguladores: em matéria de urgência pré-hospitalar, para assistência aos navios no mar em inglês, desde que nossas autoridades marítimas nos solicitem.

O recrutamento e a formação dos Técnicos Auxiliares de Regulação Médica capazes de orientar e de informar o Público.

Perspectivas para os Recursos Materiais

Um número de chamada gratuito de dois ou três dígitos

Um gravador de chamadas telefônicas e de mensagens de rádio para as informações e os problemas médico-legais.

Um fax nos ligando com os outros SAMU e os hospitais do governo

BIBLIOGRAFIA

Arrêté du 25 novembre 1985 fixant la liste des Centres Hospitaliers qui doivent disposer de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence. France.

AZOULAY, P. La grossesse extra-utérine - Médecine d'Urgence 10 (4): 266-272, 1994.

BEAUCHAMP T. Revue de métaphysique et de morale. 1987;3:p.293-306.

Bulletin Officiel N°89-17 bis - Fascicule Spécial Aide Médicale Urgente. Secours en cas de catastrophes. Transports sanitaires. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale.

Commission Nationale de Restructuration des Urgences. Rapport sur la Médicalisation des urgences. Pr A. Steg - 17 septembre 1993.

Comission d'Analyse et d'Evaluation du Système National de Santé. Rapports et Recommandations Madrid 1991

Décret N° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique.

Décret N° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la Santé Publique.

Décret N° 87-1007 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU.

Décret N°88-623 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des services d'incendie et de secours.

Décret N° 88-623 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des services d'incendie et de secours.

Décret N° 88-678 du 6 mai 1988 relatif au remboursement des frais de transport exposés par les assurés sociaux et modifiant le code de la sécurité sociale.

GRAVIER, C. & COUDANE, H.. Urgence et secret médical: que devient la notion de secret médical au regard de l'aide médicale urgente ? Rapport présenté au VII Congrès National des SAMU, Grenoble 1989, Revue des SAMU 1989

HENNEQUIN, C. & O'BYRNE, P. Aspects médico-légaux de l'Aide Médicale Urgente. Communication présentée au VII Congrès National des SAMU, Grenoble 1989, Revue des SAMU 1989

Institut National de la Santé (INSALUD) Annuaire Statistique de 1981 Madrid 1982

Institut National de la Statistique. Statistiques des Etablissements Sanitaires d'Hospitalisation. Madrid 1994

KAROUI, M. N. L'aide médicale urgente dans le district de Tunis, le point en 1992 - Mémoire de Diplôme d'Université de Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine Necker-Enfants malades, Année 1991 - 1992, Février 1993

Loi N°86-11 du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Bulletin Officiel N° 89-17 bis.

Loi Générale de la Santé 14/1986 du 25 Avril. bulletin Officiel de l'Etat

MALINAS, Y. & BOURBON, J.L. Urgences Obstétricales - ABC Gynécologie Obstétrique, Masson, 1984.

- MARTINEZ ALMOYNA M. Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (TARM). Soins.; 2: P. 59, 1981
- MARTINEZ ALMOYNA M LAPOUJADE C GONDI F. La formation des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale. Universidade Paris 5. Service de la Formation Continue Ed. Paris.; 1 Vol: 170 P., 1982
- MARTINEZ ALMOYNA M. Le début des procédures de la régulation médicale dans les SAMU. Revue des SAMU; 5-8: P. 333-338, 1982
- MARTINEZ ALMOYNA M. Les procédures de traitement des appels au SAMU émanant des médecins. Revue des SAMU; 6-1: P. 32-35, 1983
- MARTINEZ ALMOYNA M. Les procédures de traitement des appels au SAMU émanant du grand public. Revue des SAMU; 6-2: P. 87-90, 1983
- MARTINEZ ALMOYNA M. Procédures de traitement des appels émanant des services de secours et de sécurité. Revue des SAMU; 7-2: P. 66-70, 1984
- MARTINEZ ALMOYNA M. La communication et ses contraintes lors de l'appel téléphonique à l'Aide Médicale Urgente. Revue des SAMU ; 7-5: P. 175-180, 1984
- MULLER, P. & GOLDSTEIN, P.. Les aspects médico-légaux de l'Aide Médicale Urgente. Communication présentée au VII Congrès National des SAMU, Grenoble 1989. Revue des SAMU 1989.
- PORTARIA MINISTERIAL No 2.923 de 9 de junho de 1998. Estabelecimento do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências. Ministério da Saúde – Brasil.

PORTARIA MINISTERIAL No 2.925 de 9 de junho de 1998. . Estabelecimento do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências. Ministério da Saúde – Brasil.

PORTARIA MINISTERIAL No 3.459 de 14 de agosto de 1998. Normas de Remuneração para o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências. Ministério da Saúde – Brasil.

PORTARIA MINISTERIAL No 3.642 de 18 de setembro de 1998. Estímulo à criação da especialidade de cirurgia de mão no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências. Ministério da Saúde – Brasil.

Rapport de M. Louis LARENG, Député, au nom de la Commission des Affaires Culturelles N° 3213. Assemblée Nationale. Discussion et adoption le 18 décembre 1985.

RAWLS J. A theory of justice. Pdt. Felows Harward Coll. Ed. Harward. 1971;1vol

Recommandations de la SFAR concernant les transferts interhospitaliers médicalisés, décembre 1992.

RESOLUÇÃO CREMESC N° 027/97 DE 13 DE MARÇO DE 1997. Regulamenta transportes sanitários no Estado de Santa Catarina - Brasil.

RESOLUÇÃO CREMESC N° 028/97 DE 13 DE MARÇO DE 1997. Regulamenta atendimento pré-hospitalar e regulação das urgências no Estado de Santa Catarina - Brasil.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.529/98 DE 28 DE AGOSTO DE 1998. Regulamenta atendimento pré-hospitalar, atividade de médico regulador, regulação das urgências e requisito mínimo dos profissionais no Brasil.

RODRIGUEZ MORANO, S & MARTINEZ ALMOYNA M. Une nouvelle fonction de l'hôpital public: la gestion no réseau des demandes de soins médicaux urgents. In Gesti-on hospitalière um défi pour l'hôpital brésilien.(Edition bilingue Français portugais) ENSP Ed Rennes 1993: P.220-235..

ANEXOS

RESOLUÇÃO CREMESC Nº 027/97 DE 13 DE MARÇO DE 1997**REGULAMENTA O TRANSPORTE DE PACIENTES EM AMBULÂNCIAS E OUTROS VEÍCULOS**

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 2º da Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958;

CONSIDERANDO que a Lei no 6.839, de 30 de outubro de 1980, determina o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de empresas cuja atividade básica esteja relacionada com a assistência médica de pacientes;

CONSIDERANDO que o serviço de atendimento pré-hospitalar devem ter sempre coordenação e supervisão direta e à distância, efetuadas unicamente por médico;

CONSIDERANDO que no caso de remoção de paciente para outra instituição de maior capacidade resolutiva, a Direção Clínica/Técnica da primeira deverá assegurar os meios necessários para efetivá-la com segurança, após contato prévio e anuência da unidade que receberá o paciente;

CONSIDERANDO que a responsabilidade médica quanto aos seus pacientes é intransferível, até que outro médico venha a substituí-lo;

CONSIDERANDO que no seu mister o médico poderá ser auxiliado por outros profissionais da área da saúde e de outras áreas, devendo ser sempre o responsável pelo atendimento praticado pela equipe;

CONSIDERANDO que Ato Médico é aquele ato profissional realizado por quem está habilitado a exercer a Medicina, objetivando identificar as causas, prevenir e tratar as doenças e manter a saúde dos indivíduos, reabilitando-os para as suas atividades e no qual foram aplicados conhecimentos técnicos e procedimentos aceitos como científicos e éticos, aprendidos nos cursos de graduação e de especialização médicos;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária do dia 13 de março de 1997,

RESOLVE:

Art. 1 - Toda Pessoa Jurídica, de Direito Público ou Privado, que realize atividade de assistência emergencial pré-hospitalar, em via pública ou em domicílio, e de transporte de pacientes, com risco de vida indeterminado, deverá registrar-se no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina.

Art. 2 - As Instituições acima referidas deverão ter um Diretor ou Responsável Técnico, médico, que responderá perante o Conselho Regional de Medicina.

Art. 3 - Na remoção de pacientes com risco de vida iminente, avaliado pelo seu médico assistente, este deverá acompanhar o mesmo na ambulância ou designar outro médico para tal, até o atendimento por outro médico no local de destino.

Art. 4 - No documento de encaminhamento de paciente de uma Instituição para outra, o médico deve registrar a hipótese diagnóstica, os procedimentos efetuados, exames e medicações realizadas e os motivos de transferência.

Art. 5 - As Instituições que prestam serviço de transporte de pacientes por meio de ambulâncias, deverão observar os requisitos essenciais quanto às instalações físicas e operacionais, tais como espaço coberto e localizado em área que facilite o acesso e local apropriado para lavagem, desinfecção e manutenção das ambulâncias.

Art. 6 - Adotar a conceituação, classificação e requisitos técnicos mínimos para as ambulâncias, contidas no ANEXO ÚNICO, e que deverão ser obedecidas, sob pena de infração ao artigos 45 e 142 do Código de Ética Médica.

Parágrafo único - O presente ANEXO poderá ser revisto sempre que a necessidade e a evolução da técnica assim o indicar.

Art. 7 - Esta resolução entrará em vigor no período de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, Plenário Arthur Pereira Oliveira, 13 de março de 199:

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CREMESC 027/97

NORMATIZAÇÃO DE ATIVIDADE DE TRANSPORTE, REMOÇÃO E ATENDIMENTO DE PACIENTES ATRAVÉS DE AMBULÂNCIA E OUTROS VEÍCULOS

1. Conceito e Definições

1. 1. - Define-se AMBULÂNCIA como todo e qualquer veículo (inclusive aeronave) que se destine, exclusivamente ao transporte de enfermos.

11. Classificação das Ambulâncias

11. 1. - Para efeito desta Resolução as ambulâncias terão a seguinte classificação:

Classe A - Ambulância de Transporte: qualquer tipo de veículo que seja destinado ao transporte de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

Classe B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo equipamentos mínimos para a manutenção da vida, exceto os materiais de salvamento. Deve ser tripulada por, no mínimo, duas pessoas treinadas em curso técnico de emergências médicas em nível básico.

Classe C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de emergência pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, contando com os equipamentos necessários à manutenção da vida e equipamentos de salvamento. Deve ser tripulada por 3 pessoas com treinamento de técnico em emergências médicas e habilitação em salvamento.

Classe D - Ambulância de Suporte Avançado (U. T. 1. mover): veículo destinado ao transporte de pacientes graves, que compõem o sistema de atendimento pré-hospitalar e o transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função e ser tripulada por, no míni-

mo, 3 pessoas, sendo obrigatória a presença de um médico e um motorista treinado com curso técnico de emergências médicas.

Classe E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa, utilizada para transporte de pacientes, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos aeronáuticos competentes. Deve ser tripulada por um médico, um profissional de Enfermagem e pilotos habilitados de acordo com a legislação aeronáutica vigente.

111. Materiais e Equipamentos

111. 1. - As ambulâncias utilizadas no transporte de pacientes deverão ser providos dos seguintes materiais e equipamentos:

111. 1. 1. - Ambulância de transporte (classe A): sinalizador ótico e acústico; maca com suporte para soro e cilindro de oxigênio com válvula e manômetro.

III. 1. 2. - Ambulância de suporte básico (classe B): sinalizador ótico e acústico; maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída (a primeira portando fluxômetro e umidificador de oxigênio e a segunda portando aspirador tipo venturi); maleta de emergência (contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas oro-faríngeas de tamanhos variados, pares de luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, rolo de esparadrapo, esfigmomanômetro aneróide adulto/infantil, rolos de ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos, tales para imobilização e conjunto de colar cervical); kit de parto (contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande, cobertor ou similar para envolver recém-nascido, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril e um bracelete de identificação); rádio-comunicação.

III. 1. 3. - Ambulância de resgate (classe C): sinalizador ótico e acústico; maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio como a descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha curta ou colete imobilizador; colares cervicais de vários tamanhos; ci-

lindro de oxigênio portátil com válvula, manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; suporte de soro; kit de parto como descrito no item anterior; maleta de emergência como no item anterior, acrescida de protetores para queimadura e eviscerado, frascos de soro fisiológico, bandagens triangulares e lanterna pequena; tales para imobilização de membros; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos de proteção, máscaras e aventais de proteção; rádio-comunicação, estação móvel e portátil para operacionalização e supervisão médica; torres de sinalização traseira no veículo; material de salvamento (contendo: moto abrasivo, martetele pneumático, máscara autônoma, almofadas pneumáticas, bole tipo life-bolt, ferramentas auxiliares para desincarcerarão); cordas, capacetes, croque articulável, luvas isolantes elétricas, cabo guia, cabos da vida, mosquetões, nadadeiras, luvas de raspa, pisca-alerta portátil, lanternas, alargados e tesoura hidráulicas com seus complementos, corta-a-frio pequeno a alavanca longa, pá de escota, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 08 Kg.

III. 1. 4. - Ambulância de suporte avançado (classe D): sinalizador ótico e acústico; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro;; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede de oxigênio com régua tripla para permitir a alimentação de respirador; cilindro portátil de oxigênio como descrito no item anterior; respirador ciclado a pressão ou volume não eletrônico (em caso de frota é obrigatório que exista pelo menos um respirador a volume disponível e no caso de veículo único, deverá conter um respirador a volume); monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marcapasso externo não invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; kit vias aéreas (contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais tipo óculos, seringa de 20 ml para sonda duboff, ressuscitador manual adulto e infantil, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, pares de luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto e infantil, fresco de xylocaína geléia; cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil com lamina retas O e 1; laringoscópio adulto com lamina cursos 1, 2, 3 e 4; estetoscópio, esfigmomanômetro aneróide adulto e infantil, cânulas oro-faríngeas adulto e infantil, fios-guia para entubação, pinça de magyl, bisturi descartável nº 22, cânulas para traqueostomia; drenos para tórax); kit acesso venoso (contendo: tale para fixação de braço, pares de luvas de procedimentos, recipiente de algodão com anti-séptico, pacotes de gaze estéril, rolo

de esparadrapo, material para punção de vários tamanhos" garrote, equipos de macro e micro gotas, intracaths adulto e infantil, tesoura, pinça de Kocher, cortadores de soro, laminas de vários tamanhos, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, polifix de 4 vias, frascos de Ringer Lactato, frascos de Cloreto de Sódio e frascos de Soro Glicosado a 5%); duas caixas de pequenas cirurgias; Kit de parto como descrito nos itens anteriores; outros frascos de drenagem de tórax, coletores de urine, sondas vesicais, extensão para dreno torácico, protetores para eviscerado e queimaduras, espátulas de madeira, sondas naso-gástricas, eletrodos descartáveis, equipo para drogas fotossensíveis, equipos para bombas de infusão e circuito de respirador estéril de reserve; equipamentos de proteção à equipe médica: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação de calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; colares cervicais de diversos tamanhos; prancha longa para imobilização de coluna; medicamentos necessários ao atendimento de urgência; rádio-comunicação.

111, 1, 4, 1. - Em nave de transporte neonatal, deverá contar com:

a. Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação a tomada do veículo (12 Volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carro com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b Respirador ciclado a pressão, com "blender" para mistura gasosa e controle de pressão expiratória final, possibilidade de respiração controlada e assistida, de preferência não eletrônico;

c. Nos demais itens deve constar a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso infantil, exceto kit de parto.

111. 1. 5. - Aeronave de Transporte Médico (classe E): deverão conter os mesmos equipamentos descritos nas ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto quanto infantil.

IV. Medicamentos

IV. 1. - Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de Suporte avançado (U. T. I. móvel) e aeronave de Transporte Médico (Classe D e E): a.

Xylocaina 2% sem vasoconstritor, Adrenalina, Atropina, Cloreto de Potássio 19,1%, Gluconato de Cálcio 10%, Dopamina, Isuproterenol, Procainamida, Nitroprussiato de Sódio (Nipride), Delanosideo, Aminofilina, Sulfato de Magnésio, Dexametasona 4mg, Dobutamina, Hidrocortisona 100mg e 500mg, Glicose a 25% e 50%

b. Soros: Glicosado 5%, Fisiológico 0,9%, Bicarbonato de Sódio 8,4%, Ringer Lactato, Manitol;

c. Psicotrópicos: Hidantal, Dolantina, Valium, Gardenal, Amplictil, Haldol, Dormonid;

d. Outras Medicações: Água destilada, Metoclopramida, Dipirona, Buscopan Simples, Prometazina, Nifedipina e Dinitrato de Isossorbitol.

V. Instalações

V. 1. - As instalações da ambulância de Transporte (classe A) deverá ter as seguintes dimensões: 1,20 m de altura mínima, 1,30 m de largura mínima e 1,80 m de comprimento mínimo. Deverá haver divisória rígida e fixa separando os compartimentos do motorista e do paciente. A cor básica deverá ser o branco.

V. 2. - As demais ambulâncias (classes B, C e D) deverão ter as instalações com altura mínima, largura mínima e comprimento mínimo: 1,50 m X 1,60 m X 2,10 m, respectivamente. Nestes veículos será necessária a comunicação ampla entre os compartimentos do motorista e paciente, com exceção da ambulância de suporte avançado (classe D) onde poderá haver divisória.

V. 3. - As instalações da aeronave de transporte (classe E) deverá ter, no comprimento reservado a maca e/ou prancha rígida, 45cm de largura mínima e 1,70m de comprimento mínimo, com dois lugares para a equipe técnica. Todos

os equipamentos deverão ser obrigatoriamente homologados para USO aeromédico.

VI. Requisitos Gerais

VI. 1. - Cada veículo deverá ser mantido em bom estado de conservação e em condições de operação.

VI. 3. - O uso do sinalizador sonoro e luminoso somente Será permitido durante a resposta aos chamados de emergência e durante o transporte de pacientes, de acordo com a legislação específica em vigor.

VI. 4. - Deverá haver um sistema de fixação de maca ao assoalho do veículo, que deverá contar com cintos de segurança em condições de uso. O cinto de segurança é obrigatório para todos os passageiros.

VI. 5. - As janelas do compartimento do paciente deverão ser de vidros jateados, permitindo-se a inclusão de linhas não jateadas.

VI. 6. - É obrigatório a desinfecção do veículo após o transporte de paciente que comprovadamente seja portador de moléstia infecto-contagiosa antes da sua próxima utilização, de acordo com a Portaria MS 930/92.

VII. Dos Estabelecimentos Prestadores de Servi50

VII. 1. - Os estabelecimentos que prestam serviço de transporte e atendimento de pacientes deverão possuir obrigatoriamente, no mínimo, 2 (duas) ambulâncias e incorporar outro veículo à sua frota a cada 20.000 filiados ou fração. A cada 3 (três) veículos deverá haver 1 (um) de reserve.

VII. 2. - Os estabelecimentos prestam serviços de atendimento pré-hospitalar deverão contar com:

VII. 2. 1. - Até 50.000 filiados: 2 (duas) linhas telefônicas e com mais de 50.000 filiados 3 (três) linhas telefônicas;

VII. 2. 2. - Central privativa de comunicação.

RESOLUÇÃO CREMESC Nº 028/97 DE 13 DE MARÇO DE 1997

REGULAMENTA O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 2º da Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958,

CONSIDERANDO que o crescimento da mortalidade por causas externas não é um acontecimento verificado apenas no Brasil, mas em todo mundo, especialmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, coadjuvado por fatores como a evolução econômica, a urbanização acelerada e a complexidade da vida moderna, levando a um aumento da mortalidade;

CONSIDERANDO que a literatura internacional especializada na área das emergências médicas, onde se inclui o trauma, tem indicado que um atendimento rápido e adequado no local do evento possibilita a diminuição dos óbitos, tem como evitar o agravamento dos danos e a geração de seqüelas;

CONSIDERANDO que o objetivo principal do atendimento pré-hospitalar é procurar ampliar a qualidade e eficácia do tratamento de emergência, protegendo o paciente através do ato médico competente;

CONSIDERANDO que o atendimento pré-hospitalar é realizado em cooperação mútua entre os serviços de saúde e segurança pública, onde se incluem os bombeiros, corpos militares e defesa civil, cabendo ao médico o ato médico;

CONSIDERANDO que o Ato Médico é aquele ato profissional realizado por quem está habilitado a exercer a Medicina, objetivando identificar as causas, prevenir e tratar as doenças e manter a saúde dos indivíduos, reabilitando-os para suas atividades e no qual foram aplicados conhecimentos técnicos e procedimentos aceitos como científicos e éticos, aprendidos nos cursos de graduação e especialização médicos;

CONSIDERANDO que no seu mister o médico poderá ser auxiliado por outros profissionais da área da saúde ou outras áreas, devendo ser sempre o responsável pelo atendimento de saúde praticado pela equipe;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 13 de março de 1997,

RESOLVE:

Art. 1- Entende-se por atendimento pré-hospitalar aquela situação de urgência / emergência, que procure atender a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde e que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, por intermédio de um atendimento adequado, objetivando estabilizar os sinais vitais ou realizar outros procedimentos médicos necessários a fim de transportá-la assistida e com segurança a um hospital devidamente estruturado.

Art. 2 - As Pessoas Jurídicas de Direito Público ou Privado, que realizem atividades de atendimento pré-hospitalar, em via pública ou em domicílio, e de transporte de pacientes com risco de vida indeterminado, deverão ser registradas no CREMESC.

Parágrafo único - As Instituições acima referidas deverão ter um Diretor ou responsável técnico, médico, que responderá perante o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina.

Art. 3 - O atendimento pré-hospitalar, abrangendo o socorro às vítimas em via pública e no domicílio do paciente, é um Ato Médico e, portanto, privativo de médico.

Parágrafo único - A delegação das medidas de suporte deve ser feita por médico, que será o responsável pela coordenação, supervisão e execução das mesmas.

Art. 4 - Os médicos que realizem atendimentos pré-hospitalares poderão ser auxiliados por outros profissionais habilitados para tal fim, ressaltando-se que o médico presente no evento será o responsável por todos os atos médicos e de atendimento à saúde prestados.

Art. 5 - A coordenação e supervisão do atendimento pré-hospitalar deverá ser, exclusivamente, realizada por médico. Através de central de comunicação o médico fará a triagem e classificação do evento, ativando os meios necessários e disponíveis para a resposta, supervisionando sua execução, conectando os serviços que forem necessários para apoio e encaminhamento dos pacientes e vigiando que os atos médicos sejam realizados por profissionais médicos habilitados.

Parágrafo único - Entende-se por central de comunicação o organismo regulador onde o médico orientará os socorristas de atendimento pré-hospitalar e os demais médicos participantes do evento.

Art. 6 - O CREMESC reconhece três tipos de Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar, que poderão ser adotados por Instituições que se destinem a este tipo de atendimento:

1. - Pronto Atendimento Móvel - é o sistema de atendimento pré-hospitalar cujos

veículos não tem a presença de médico, mas de socorristas orientados a distância por médico regulador através de central de comunicação:

a) - É obrigatória a presença de médico em Central de comunicação coordenando, supervisionando e orientando o atendimento;

b) - As ambulâncias deverão ser das classes B e/ou C (ambulância de suporte

básico e/ou de resgate), obedecidas as normas que regulam a atividade de transporte de

pacientes;

c) - As vítimas e/ou pacientes deverão ser removidos para os Hospitais referenciados, após contato prévio feito pelo médico regulador;

d) - A tripulação deverá ser composta por 2 a 3 socorristas, inclusive o motorista,

com formação técnica em emergências médicas e salvamento.

2. - Emergência Médica Móvel - é o sistema de atendimento pré-hospitalar cujos

veículos contam com a presença obrigatória de médico e de socorristas, orientados

por médico regulador através de central de comunicação:

a) - É obrigatória a presença de médico no local de atendimento, acompanhado

por 1 ou 2 socorristas, inclusive o motorista, com formação técnica em emergências

médicas;

b) - As ambulâncias deverão ser das classes D e/ou E (suporte avançado e/ou

aeronave de transporte médico), obedecidas as normas que regulam a atividade de

transporte de pacientes;

c) - As vítimas e/ou pacientes deverão ser removidos para os hospitais de referenciados. após contato feito pelo médico presente no atendimento.

3. - Pronto Atendimento / Emergência Médica Móvel (misto) - é o sistema de atendimento pré-hospitalar que conta com veículos com tripulação formada apenas por socorristas e outros veículos contando com a presença obrigatória de médico: a) - As vítimas e/ou pacientes são atendidos inicialmente por socorristas em ambulâncias classes B ou C (suporte básico ou resgate); b) - Se o caso é crítico, é obrigatória a presença de médico no local do evento em ambulância classe D ou E (suporte avançado ou aeronave de transporte médico); c) - É obrigatória a presença de médico regulador em central de comunicação e de equipes de plantão com e sem médico.

Art. 7 - Esta Resolução entrará em vigor no período de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, Plenário Arthur Pereira Oliveira, 13 de março de 1997

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.529/98 DE 28 DE AGOSTO DE 1998

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO que os Conselhos são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica e fiscalizadores do exercício profissional, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar conservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a um outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência;

CONSIDERANDO a necessidade da existência de serviços pré-hospitalares para o atendimento da urgência/emergência, para poder prestar a assistência adequada à população;

CONSIDERANDO que os Conselhos devem regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, a fim de que neles seja efetivo o desempenho ético-profissional da Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 28.8.98,

RESOLVE:

Art. 1º - Que o sistema de Atendimento Pré-Hospitalar é um serviço médico e, portanto, a sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico.

Art. 2º - Aprovar a “Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar”, anexa a presente resolução.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 28 de agosto de 1998.

SÉRGIO IBIAPINA FERREIRA COSTA
ZAR MEIRELLES GOMES

JÚLIO CÉ-

Presidente em exercício 1º Secretário

DEFINIÇÃO E OBJETIVO ATIVIDADE MÉDICA EM NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR

Consideramos como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida. Por unidade entenda-se, uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Reconhecemos que, na urgência-emergência, principalmente na área do trauma, deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, visando viabilizar a implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar em nosso país, os chamados socorristas – profissionais não-médicos habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagens locais, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde. Deverá haver um programa mínimo - integrante do presente parecer - e que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer ao critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa e treinamento continuado e supervisão em serviço.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, onde o médico-coordenador, quando pertinente, despachará o atendimento à emergência para a unidade que esteja mais próxima, colhendo ainda informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente.

1) REGULAÇÃO MÉDICA

A chamada “Regulação Médica” das Emergências, é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar, faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno aos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.

1- A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento. No caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, o médico deverá explicar sua decisão e orientar o demandante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, através de orientação ou conselho médico que permitam ao demandante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido ou orientado pelo profissional médico. Em todo o caso, estamos tratando do exercício da telemedicina, onde é impositiva a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação e de atendimento no terreno e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados (tanto no setor público quanto no privado) que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. O protocolo de regulação deve ainda estabelecer claramente os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em nenhuma hipótese, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador.

Igualmente, os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar deverão ser concebidos e pactuados, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista quanto aos elementos de decisão e

intervenção, garantindo objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes.

O monitoramento das missões é dever do médico regulador.

Como, freqüentemente, o médico regulador irá autorizar atos não-médicos por radiotelefonia (sobretudo para auxiliares de enfermagem, socorristas, enfermeiros-socorristas), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar. O médico regulador tem o dever de saber com exatidão as capacidades/habilidades do seu pessoal não-médico e médico de forma a dominar as possibilidades de prescrição e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisões que qualifiquem/habilitem os intervenientes.

O próprio médico regulador terá de se submeter à formação específica e habilitação formal para a função, e acumular também capacidade e experiência na assistência médica pré-hospitalar.

O regulador deverá, ainda, velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem rigorosamente o sigilo médico, mesmo nas comunicações radiotelefônicas (uso de códigos).

A competência técnica médica do regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo a urgência real da urgência aparente e é em torno a este desafio que devemos centrar suas prerrogativas, deveres e garantias de regulamentação, sobre o que o Conselho Federal de Medicina pode e deve se manifestar.

Ao médico regulador deverão ser oferecidos os meios necessários tanto de recursos humanos como de equipamentos para o bom exercício de sua função.

2- A outra competência do médico regulador refere-se à decisão gestora dos meios disponíveis, no qual se insere e deve possuir autorização e regulamentação por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde em seus níveis de Coordenação operacional, notadamente os municípios.

Cabe nesta dimensão a decisão médica do regulador sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação. Suas prerrogativas devem, ainda, se estender à decisão sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, considerando o conceito de que nas emergências não existe número fechado de leitos ou capacidade limite *a priori*. O médico pode também acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores nestas situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de emergência. Também em situações excepcionais poderá requisitar recursos privados, com pagamento ou contrapartida *a posteriori*, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes. O regulador do sistema público de emergências terá obrigatoriamente que ser consultado pela atenção pré-hospitalar privada, sempre que esta for conduzir paciente ao setor público. O regulador deverá contar, ainda, com acesso à Central de Internações, de forma a que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados em relação às suas necessidades.

É desejável que, através de pactuação com todos os setores sociais pertinentes, o médico regulador seja reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres devidamente estabelecidos e documentados.

O setor privado que atua em APH deverá contar, obrigatoriamente, com médicos reguladores e de intervenção, o que pode ser exigido inclusive nos códigos municipais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas ao regulador público sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-emergencial.

Em caso de necessidade de atuar como porta-voz em situações de interesse público, o médico regulador deverá se manter nos limites do sigilo e da ética médica.

2) DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A) Profissionais não oriundos da área de saúde

A-1. TELEFONISTA – Auxiliar de Regulação

Profissionais de nível básico, habilitados a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população. Trabalha em centrais de comunicação (regulação médica), podendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente por profissionais médicos em regime de disponibilidade integral (24 horas).

A-2. CONDUTOR

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação nos assuntos referentes ao manejo do paciente é supervisionada diretamente pelos profissionais da equipe .

OBS: Nesta categoria incluem-se pilotos de aeronave, aeromédica ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações, etc) destinados a transportar pacientes.

A-3. SOCORRISTA

Indivíduo leigo habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Faz intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou à distância, fazendo uso de materiais e equipamentos especializados.

A- 4. RÁDIO OPERADOR

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radicomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

B) Profissionais oriundos da área de saúde

B-1. AUXILIAR OU TÉCNICO EM ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissional habilitado para o atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos, sob prescrição médica, na vítima do trauma e de outras emergências médicas, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

B-2. ENFERMEIRO

Profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalar, inclusive cursos de capacitação dos profissionais do sistema e ações de supervisão e educação continuada dos mesmos.

B-3. MÉDICO

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida em ambulâncias e na gerência do sistema.

3) PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS

3-1. TELEFONISTA

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;

- Manter sigilo profissional;
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 1º grau completo.

Competências:

- Atender solicitações telefônicas da população;
 - Anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- Prestar informações gerais ao solicitante;
- Auxiliar o médico regulador nas suas tarefas;
 - 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 recomendações do médico regulador.

3-2. CONDUTOR

Requisitos gerais :

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
 - Habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito);
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 1º grau completo.

Competências:

- Trabalhar em regime de plantão, operando veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes;
- Conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, tanto a parte mecânica quanto os equipamentos médicos;
- Realizar manutenção básica do veículo;
- Auxiliar a equipe de atendimento no manejo do paciente, quando solicitado;
- Estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) ou com a central de comunicação (regulação médica) e seguir suas orientações;
- Conhecer a malha viária local;
- Conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local.

3-3. SOCORRISTA

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Disponibilidade para credenciamento periódico;
 - Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 2º grau completo.

Competências:

- Avaliação da cena com identificação de mecanismo do trauma;-

- Conhecer os equipamentos de bioproteção individual e sua necessidade de utilização;
- Realizar manobras de extricação manual e com equipamentos próprios;
- Garantir sua segurança pessoal e das vítimas no local do atendimento e realizar o exame primário, avaliando condições de vias aéreas, circulação e estado neurológico;
- Ser capaz de transmitir, via rádio, ao coordenador médico, a correta descrição da vítima e da cena;
 - Conhecer as técnicas de transporte do politraumatizado;
- Saber observar sinais diagnósticos; cor da pele, tamanho das pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de movimentação e reação à dor;
- Medir e avaliar sinais vitais, pulso e respiração e situar o estado da vítima na escala de trauma e de coma, se for o caso;
- Identificar situações de gravidade em que a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada em face da urgência da intervenção hospitalar (exemplo: ferida perfurante de tórax);
- Colher informações do paciente e da cena do acidente, procurando evidências de mecanismos de lesão;
- Manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e com equipamentos disponíveis no veículo de emergência (cânulas orofaríngeas);
- Administrar oxigênio e realizar ventilação artificial utilizando meios naturais e equipamentos disponíveis no veículo de emergência (cânulas, máscaras, ambu, cilindro de oxigênio);
 - Realizar circulação artificial pela massagem cardíaca externa;
- Controlar sangramento externo evidente, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;
- Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna cervical, utilizando tábuas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
 - Reavaliar os sinais vitais e completar o exame do paciente;
- Aplicar curativos e bandagens, incluindo-se queimaduras e ferimentos nos olhos;

- Imobilizar coluna e membros fraturados, utilizando os equipamentos disponíveis no veículo de emergência;
- Oferecer o primeiro atendimento a traumatismos específicos (curativos em três pontos, curativo abdominal, olhos e orelhas, queimaduras, etc.);
- Reconhecer os períodos do parto, dar assistência ao parto normal em período expulsivo e prestar os primeiros cuidados ao recém-nato;
- Oferecer o primeiro atendimento às gestantes e crianças traumatizadas;
- Realizar abordagem inicial (conforme itens anteriores) e oferecer atendimento a pacientes especiais, doentes mentais, alcoólatras e suicidas;
- Idealmente, ser portador de habilitação para dirigir a ambulância;
- Utilizar instrumentos de monitorização não-invasiva conforme protocolo local autorizado (pressão arterial, cardioscópio, oxímetro de pulso, etc.);
- Estabelecer contato com a Central de Comunicação (regulação médica) afim de repassar dados e seguir obrigatoriamente suas determinações;
- Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;
- Ser capaz de preencher os formulários e registros obrigatórios do serviço;
- Ser capaz de repassar as informações pertinentes ao atendimento à equipe médica do hospital ou instituição de saúde que receberá o paciente.

3-4. RÁDIO-OPERADOR

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Disponibilidade para recredenciamento periódico;
 - Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 1º grau completo.

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;
- 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 a todas as áreas do(s) município(s) abrangido(s) pelo sistema de atendimento pré-hospitalar local.

3-5. AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;
- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Disponibilidade para recredenciamento periódico;
 - Experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
 - Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 2º grau completo e curso regular de auxiliar ou técnico de enfermagem com registro profissional competente.

Competências:

- Todas as competências e atributos listadas para o socorrista;

- Habilitação profissional como auxiliar ou técnico de enfermagem;
- Administração de medicamento por via oral e parenteral sob prescrição médica e supervisão de enfermagem.

3-6. ENFERMEIRO

Requisitos gerais:

- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
 - Disponibilidade para recredenciamento periódico;
 - Experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- Iniciativa e facilidade de comunicação;
- Destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- Curso superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
 - Participar da formação dos socorristas e dos técnicos em emergência médica;
 - Prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;
 - Avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
 - Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;

- Integrando o Centro de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade;

- Exercer todas as funções previstas para os socorristas e técnicos em emergência médica;

- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional;

- Obedecer ao código de ética de enfermagem.

3-7. MÉDICO

Requisitos gerais:

- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Iniciativa e facilidade de comunicação;
- Destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- Capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- Curso superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- Exercer a regulação médica do sistema, compreendendo :

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 necessário ao nível pré-hospitalar;
- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Integrando o Centro de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos, participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade;
- Obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;
 - Obedecer ao código de ética médica.

4) CONTEÚDO CURRICULAR

O conteúdo técnico-científico referente à capacitação para início das atividades profissionais em nível pré-hospitalar pode ser dividido em módulos comuns. Para todos os profissionais, os módulos são de modo geral os mesmos. Há necessidade, porém, da separação de alguns dos módulos propostos em *CONHECIMENTOS BÁSICOS* e *CONHECIMENTOS AVANÇADOS*, a fim de propiciar, especialmente, a diferenciação dos aspectos práticos do treinamento. O conteúdo do treinamento deve seguir a seguinte divisão:

Módulos Básicos: para capacitação de telefonistas, motoristas, socorristas e técnicos em emergências médicas;

Módulos Avançados: para capacitação de enfermeiros e médicos;

Módulos Comuns: para capacitação de todos os profissionais, contendo o mesmo conteúdo e carga horária.

Todos os módulos comportam exposições teóricas e exercícios práticos, sendo sugerido o método didático de problematização (estudo por problemas) como modelo pedagógico a ser adotado. Sendo assim, os cursos de capacitação devem alternar exposições teóricas, estudo de cenários e sessões de treinamento de habilidades práticas.

Os instrutores, de modo geral, são da área de saúde (médicos e enfermeiros), salvo nos capítulos específicos de outras atividades profissionais: radiocomunicação, extricação de ferragens, salvamento terrestre e em altura, direção defensiva e cargas perigosas, capacitação pedagógica e gerencial.

4-1. MÓDULO COMUM - Todos os profissionais

I) Introdução ao atendimento pré-hospitalar – carga horária mínima: 12 horas

- Qualificação pessoal
- Atendimento pré-hospitalar
- Sistema de saúde local
- Radiocomunicação
- Telefonia
- Rotinas operacionais
- Biocinética /cinemática do trauma
- Registros e documentos

4-2. Módulos básicos: 226 horas	Telefo- nista	Mo- to- rista	So- cor- rista	Técnico em e- mer- gências médicas	Proposi- ção de carga ho- rária mí- nima
I – Regulação médica	X	X	X	X	02
II – Abordagem do paci- ente					52
- Anatomia e fisiologia			X		
- Abordagem do paciente		X	X	X	
- Abordagem do politrau- matizado		X	X	X	
- Manejo de vias aéreas			X	X	
- Ressuscitação cardio- pulmonar		X	X	X	
- Oxigenoterapia			X	X	
- Monitorização			X	X	
- Biossegurança		X	X	X	
III – Emergências clínicas					04
-Abordagem de sinais vi- tais em emergências: Cardiológicas, res- piratórias, neurológicas, gastrin-testinais, genitu- rinárias, endro- crinometabólicas, oftal- mo/otor-rino- laringológicas			X	X	
IV – Intervenções especí- ficas					28
- Intoxica- ções/envenenamentos			X	X	
- Lesões térmicas			X	X	
- Afogamento			X	X	
- Assistência ao parto		X	X	X	
- Emergências psiquiátri- cas/sui-cidas/alteração comportamental		X	X	X	
- Catástrofes/desastres	X	X	X	X	
V – Trauma					44
- Ferimen- tos/hemorragias/ban- dagens			X	X	
- Sinais de choque			X	X	
- Imobilizações: Coluna Extremidades			X	X	
- Manejo de gestantes/			X	X	

crianças					
VI – Remoção de vítimas; remoção/extricação de ferra-gens; salvamento terrestre/ altura			X	X	28
VII – Estágios práticos	X	X	X	X	40
VIII – Trânsito - Direção de-fensiva		X			26
- Cargas perigosas		X	X	X	

4-3. Módulos avançados: médicos e enfermeiros 60 horas	CARGA HORÁRIA MÍNIMA
I – Regulação médica	03
II – Abordagem do paciente <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de vias aéreas • Manejo da parada cardiopulmonar • Oxigenoterapia • Monitorização 	10
III – Emergências clínicas Cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastro-intestinais, geniturinárias, endocrino-metabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas	08

IV – Situações especiais	08
<ul style="list-style-type: none">• Intoxicações /envenenamentos• Lesões térmicas• Afogamento• Emergências obstétricas• Emergências psiquiátricas• Catástrofes /desastres• Sedação/analgesia• Identificação do óbito	
V – Trauma	08
<ul style="list-style-type: none">• Controle de hemorragias• Manejo do choque hipovolêmico• Manejo do trauma de: tórax, abdômen, raquimedular• Músculo-esquelético, crânio, olhos/ouvidos• Trauma na gestante• Trauma na criança	
VI –Remoção de vítimas	04
<ul style="list-style-type: none">• Remoção /extricação de ferragens• Salvamento terrestre /altura	
VII – Estágios práticos	12

VIII – Trânsito <ul style="list-style-type: none"> • Cargas perigosas 	01
IX – Capacitação profissional <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação pedagógica • Capacitação gerencial 	06

O conteúdo de cada item dos módulos deve ser adaptado ao nível profissional (médico ou enfermeiro), porém a carga horária e o número de itens são os mesmos.

5) AVALIAÇÃO

A avaliação dos profissionais submetidos aos cursos de capacitação deve ser formalizada de modo a permitir o uso de critérios objetivos. Deve-se priorizar o desempenho prático do aluno como critério fundamental, sem porém subvalorizar a avaliação teórica. Os agentes que devem realizar a avaliação devem ter vivência prática no sistema pré-hospitalar.

6) CERTIFICAÇÃO

A certificação dos profissionais atuantes no sistema pré-hospitalar deve ser obtida através de Centros de Capacitação, constituídos sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais.

6-1. OS CENTROS DE CAPACITAÇÃO DEVEM PROVER

- cursos regulares de habilitação integral de novos profissionais;

- cursos modulares para habilitação progressiva dos profissionais já atuantes em sistemas pré-hospitalares e que não possuem ainda a certificação formal;
- cursos de reciclagem dos profissionais, com o intuito de renovar sua certificação;
- mecanismos de educação continuada, estabelecidos em conjunto com os serviços pré-hospitalares atuantes na área de sua abrangência, abrangendo atividades de *supervisão em serviço e treinamento em serviço*;
 - desenvolvimento obrigatório do currículo mínimo de capacitação;
- aceitação exclusiva de candidatos enquadrados ao perfil profissional preestabelecido;
- formalização de convênios interinstitucionais para o desempenho de suas funções, com o aval do gestor de saúde local e/ou regional.

6-2. Os serviços pré-hospitalares devem prover condições para a recapacitação, na periodicidade abaixo, desenvolvida junto aos Centros de Capacitação:

- médicos - 4 (quatro) anos
- enfermeiros - 4(quatro) anos
- auxiliar de enfermagem em emergências médicas (ou técnico em enfermagem)
 - 2 (dois) anos
 - socorristas - 2 (dois) anos
 - motoristas - 2 (dois) anos

NORMAS PARA VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES

1- AMBULÂNCIAS

I – Conceito e definições

I 1. Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

I 2. As dimensões e outras especificações do veículo deverão obedecer às normas da ABNT.

II - Classificação das Ambulâncias

II 1. As ambulâncias são classificadas em :

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

Tipo B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e inter-hospitalar de pacientes, contendo apenas equipamentos mínimos para a manutenção de vida.

Tipo C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de paciente com risco de vida desconhecido, contendo equipamentos necessários à manutenção da vida e de salvamento.

Tipo D - Ambulância de Suporte Avançado (ASA): veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pre-hospitalares

e de transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

Tipo E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes.

Tipo F - Nave de Transporte Médico: veículo motorizado hidroviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

2. OUTROS VEÍCULOS

2.1 - Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco sentados (ex. pacientes crônicos, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

2. II - Veículos de intervenção rápida (veículos leves) para transporte de médicos e/ou equipamentos especiais para ajuda no atendimento de campo.

III – Materiais e Equipamentos das Ambulâncias

III 1. As ambulâncias deverão dispor com o mínimo dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

III 1.1. Ambulância de Transporte (Classe A): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (obrigatório apenas para ambulâncias que façam parte do sistema de atendimento pré-hospitalar); maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

III 1.2. Ambulância de Suporte Básico (Classe B): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional);

maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla, para permitir a alimentação do respirador; cilindro com a primeira com fluxômetro e umidificador de oxigênio e a segunda com aspirador tipo Venturi; pranchas curtas e longas para imobilização de coluna, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas oro-faríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; catéteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; talas para imobilização e conjunto de colares cervicais; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gazes estéreis e braceletes de identificação.

III I. 3. Ambulância de Resgate (Classe C); sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio como descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha curta ou colete imobilizador; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; maleta de emergência como descrita no item anterior, acrescida de protetores para queimados ou eviscerados; maleta de parto como descrito no item anterior; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletores refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material de resgate constando de todo o material necessário para resgate de acordo com as especificações do Corpo de Bombeiros; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

III 1. 4. Ambulância de Suporte Avançado (Classe D): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; catéteres de aspiração; adaptadores para cânulas; catéteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o “cuf”; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil; fios; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; drenos para tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; catéteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; frascos de drenagem de tórax; extensões para drenos torácicos; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de

proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

III I. 5 Aeronave de Transporte Médico (Classe E): deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, com as adaptações necessárias para o uso em ambientes hipobáricos, homologados pelos órgãos competentes.

III 1. 6. Nave de Transporte (Classe F): poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de classes A,B, ou D, dependendo da finalidade de emprego.

III 2. Transporte neonatal: deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

- a. incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;
- b. Respirador de transporte neonatal;
- c. Nos demais itens deve contar a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

IV. Medicamentos

IV. 1. Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (Classes D,E,F).

- a). Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;

- b). Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%;
- c). Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolam;
- d). Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; nifedipina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

V. Identificação

V.1. – As ambulâncias do tipo B C D E serão identificadas com símbolo próprio indicativo dos Serviços de Resgate e Emergências.

VI. Tripulação

VI. 1 – Ambulância do tipo A: motorista apenas, quando o paciente for estável, sem risco. Se o paciente estiver recebendo soro e/ou oxigênio, deve estar acompanhado de auxiliar de enfermagem.

VI. 2 - Ambulância do tipo B: motorista – socorrista e necessariamente pelo menos um auxiliar de enfermagem com treinamento em emergências médicas.

VI. 3 - Ambulância do tipo C: dois socorristas com treinamento em resgate. É aconselhável que o motorista seja também socorrista.

VI. 4 - Ambulância do tipo D: motorista, enfermeira e médico.

VII.5 - Aeronaves e naves devem ter tripulação equivalente, conforme a gravidade do paciente a ser resgatado ou transportado.

VII. Requisitos Gerais

VII. 1 - Cada veículo deverá ser mantido em bom estado de conservação e em condições de operação.

VII. 2 - O uso de sinalizador sonoro e luminoso somente será permitido durante a resposta aos chamados de emergência e durante o transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor.

VII. 3 - A maca deverá ter um sistema de fixação no veículo e cintos de segurança em condições de uso. Os cintos de segurança são também obrigatórios para todos os passageiros.

VII. 4 - É obrigatória a desinfecção do veículo após o transporte de pacientes portadores de moléstia infecto-contagiosa, antes de sua próxima utilização, de acordo com a Portaria MS nº 930/92.

3. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

- I. O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento para casos que se enquadrem dentro de sua capacidade de resolução.
- II. Não podem ser removidos pacientes em risco de vida iminente sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico e realização de outras medidas urgentes e específicas para o caso.
- III. Pacientes graves ou de risco só podem ser removidos acompanhados de equipe completa, incluindo médico, em Ambulância de Suporte Avançado.
- IV. Antes de decidir a remoção, é necessário realizar contato com o hospital de destino.
- V. Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, legível e assinado com CRM (independente de contatos prévios telefônicos ou verbais), que passará a integrar o prontuário do mesmo, no destino. Este relatório deve ser também assinado pelo médico que recebeu o paciente, no destino.
- VI. Para o transporte, é necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou responsável. Isto pode ser dispensado quando houver risco de vida e não for possível a localização de responsáveis. Neste caso, pode o médico solicitante autorizar o transporte, documentando devidamente essa situação no prontuário.

- VII. A responsabilidade inicial é do médico transferente até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor; as providências para o transporte são de mútua responsabilidade entre os médicos.

PORTARIA MINISTERIAL Nº 2.923 de 9 de junho de 1998

Publicado na Seção 1 do Diário Oficial de Segunda-Feira, 15 de junho de 1998

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

Considerando a reconhecida carência dos serviços na área de atendimento às urgências e emergências nos grandes centros urbanos;

Considerando a necessidade de organizar e hierarquizar os serviços de assistência às urgências e emergências, e

Considerando a necessidade de qualificação dos recursos humanos para atuarem na gerência e assistência desses atendimentos, resolve:

Art. 1º – Instituir o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência.

Art. 2º – Este programa contará com recursos que deverão ser alocados de acordo com as necessidades da Unidade Federativa:

- na área de Assistência Pré-Hospitalar;
- nas Centrais de Regulação;
- nos Hospitais de Referência do Sistema Estadual, e
- em treinamento das respectivas equipes.

Art. 3º – Os recursos destinados ao programa, da ordem de R\$ 150.000.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais), serão repassados às Secretarias Estaduais de Saúde, por meio de convênios a serem firmados, durante o período de 01(um) ano, a contar da publicação desta Portaria.

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

JOSÉ SERRA

PORTARIA MINISTERIAL Nº 2.925 de 9 de junho de 1998

Publicado na Seção 1 do Diário Oficial de Segunda-Feira, 15 de junho de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a importância do atendimento hospitalar na assistência ao paciente nas situações de urgência e emergência;
- a necessidade de organização dessa assistência para assegurar uma melhor qualidade no atendimento, resolve:

Art. 1º – Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Art. 2º – Estabelecer os seguintes critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergências:

I – Área física própria para o atendimento das urgências e emergências, com:

II – Serviços próprios de Diagnóstico e Terapia nas 24 horas, com:

III – Garantir o acesso a Serviços de:

IV – Além do atendimento em Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Geral/Pediátrica a unidade deve Ter atendimento resolutivo em:

V – O hospital deve dispor de profissionais integrados no atendimento às urgências e emergências nas áreas de:

Art. 3º – As Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do art. 2º desta portaria e participarem das Centrais de Regulação, passam a dispor das condições para integrarem o Sistema estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Art. 4º – As Unidades hospitalares que integrarem o Sistema Estadual de Referência em Atendimento de urgências e eemergências receberão adicional de 50% na remuneração dos procedimentos de internação hospitalar – SIH/SUS de emergência.

Art. 5º – Para a efetivação do pagamento do adicional deverá ser lançado no campo específico AIH para CARÁTER DE INTERNAÇÃO, o dígito 2 – Emergência em Unidade de Referência.

Art 6º – No anexo desta Portaria estão escritos os procedimentos passíveis de cobrança na forma dos artigos anteriores.

Art. 7º – O Secretário de Assistência à Saúde fica autorizado a emitir portarias incluindo ou excluindo procedimentos no anexo desta Portaria.

Art. 8º – O gestor estadual/municipal deverá realizar supervisão nas AIH emitidas, bem como programar a realização de auditorias.

Art. 9º – O adicional de que trata o artigo 4º desta Portaria não será cumulativo com o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência – IVH-E, implantado pela Portaria GM/MS/1692.95.

Art. 10º – Não serão passíveis de adicional as órteses, próteses e materiais especiais, hemoterapia, procedimentos de alta complexidade em Neurocirurgia, constantes da Portaria GM/MS/ Nº 2922/98 dos demais sistemas de complexidade.

Art. 11º – Cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências contará com um número máximo de hospitais a ser definido pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS, a partir de estudos realizados em conjunto com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 12º – Cabe ao gestor estadual, após aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências à Secretaria de Assistência à Saúde que, após análise, providenciará o correspondente reajuste no teto financeiro.

Art. 13º – As Secretarias estaduais ou Municipais de Saúde realizarão reavaliações semestrais nas Unidades, podendo solicitar o descredenciamento caso seja constatado o não cumprimento das exigências desta Portaria.

Art. 14º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

PORTARIA MINISTERIAL Nº 3.459 de 14 de agosto de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a necessidade de agilização dos procedimentos de implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, estabelecidos pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98,

- as freqüentes consultas das SES e SMS sobre a aplicação do adicional de 50% (cinquenta por cento), na remuneração dos procedimentos do SIH/SUS de emergência, combinada com o FIDEPS e o IVH-E, resolve.

Art. 1º - Os Hospitais Universitários e de Ensino - HUES que recebem FIDEPS podem integrar os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar, em Atendimento de Urgências e Emergências, recebendo o adicional de 50% (cinquenta por cento), estabelecido pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98 e o FIDEPS, simultaneamente, mas não cumulativamente.

Parágrafo Único - Na adaptação das rotinas de processamento do SIH/SUS, a SAS e o DATASUS adotarão as providências necessárias para que, tanto o adicional de 50% (cinquenta por cento) como o FIDEPS incidam sobre os valores básicos de remuneração da Tabela SIH/SUS dos procedimentos constantes do Anexo da Portaria GM/MS/Nº 2925/98, sem que o FIDEPS incida cumulativamente sobre o valor do referido adicional.

Art. 2º - Os hospitais atualmente cadastrados para recebimento do Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E, estabelecido Pela Portaria GM/MS/Nº 1692/95, podem integrar o Sistema Estadual de Referência para Atendimento de Urgências e Emergências, não fazendo jus ao recebimento do referido adicional de 50% (cinquenta por cento)

1º - a critério da SES ou da SMS, de conformidade com a condição de gestão vigente em cada caso e com o acordo da direção da unidade, esses hospitais poderão ser excluídos do cadastramento específico para IVH-E e, subsequentemente, incluídos no cadastro do Sistema Estadual de Referência em Atendimento de Urgências e Emergências para recebimento do adicional de 50% (cinquenta por cento) de que trata a portaria GM/MS/Nº 2925/98.

2 – Em caso de exclusão de hospital(is) do cadastro do IVH-E, o gestor estadual ou municipal não poderá incluir outra(s) unidade(s) hospitalar(es) nesta sistemática, como substituição.

Art. 3º – Fica a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS autorizada a expedir atos normativos necessários à regulamentação complementar dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Art. 4º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

PORTARIA MINISTERIAL Nº 3.642 de 18 de setembro de 1998

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

Considerando a frequência das lesões traumáticas de mão, devido a explosões, esmagamentos, acidentes automobilísticos e acidentes de trabalho;

Considerando que na Portaria GM/MS nº 2.925, de 9 de junho de 1998, publicada no D.O. nº 111, de 15 de junho de 1998, não está explícita a exigência de especialistas nesta área;

Considerando a disponibilidade destes especialistas em cada Estado e/ou região, resolve:

Art 1º – Determinar que entre os médicos ortopedistas que compõem as equipes profissionais, participantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, exista especialista em cirurgia de mão, de acordo com a disponibilidade de cada Estado.

Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

PORTARIA MINISTERIAL nº 824/GM de 24 de Junho de 1999.

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

Considerando a inexistência de normas relativas ao atendimento pré-hospitalar no País;

Considerando as conclusões do trabalho "Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", desenvolvido com a participação das áreas técnicas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina;

Considerando o intransferível dever do Ministério da Saúde em adotar normas e procedimentos na Assistência à Saúde que busquem garantir a qualidade e a uniformidade de ações derivadas de atos médicos exercidos em nível nacional;

Considerando a necessidade de definições precisas das atribuições dos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Pré-Hospitalar, e

Considerando a prioridade dada pelo Ministério da Saúde ao atendimento de Urgência e Emergência, resolve:

Art. 1º - Aprovar o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar, constante do anexo desta Portaria.

Art. 2º - Determinar a Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO

NORMAS DE ATIVIDADE MÉDICA EM NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR

DEFINIÇÃO E OBJETIVO

O Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida. Por unidade entenda-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de, pelo menos, dois profissionais, treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Reconhece-se que, na urgência-emergência, principalmente na área do trauma, deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, visando viabilizar a implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar em nosso país, os chamados socorristas – profissionais não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagens locais, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde cumprindo um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados.

O sistema deverá dispor de um programa e treinamento continuado e supervisão em serviço.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, onde o médico-coordenador, quando pertinente, despachará o atendimento à emergência para a unidade que esteja mais próxima, colhendo ainda informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também, deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente.

1) REGULAÇÃO MÉDICA

Entende-se como “Regulação Médica” das Emergências, o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar. Faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno dos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis, sendo exercida por profissional médico qualificado.

A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista, definindo e acionando o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento. No caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, o médico deverá explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, por meio de orientação ou conselho médico que permita ao demandante assumir cuidados ou a buscá-los em local definido pelo profissional médico. Em todo o caso, tratando-se de exercício da telemedicina, é impositiva a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação e de atendimento no terreno e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. O protocolo de regulação deve ainda estabelecer claramente os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em nenhuma hipótese, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador.

Igualmente, os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar deverão ser concebidos e pactuados, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes.

O monitoramento das missões é dever do médico regulador.

Como, freqüentemente, o médico regulador irá autorizar atos não-médicos por radiotelefonia (sobretudo para auxiliares de enfermagem, socorristas, enfermeiros-socorristas), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar. O médico regulador tem o dever

de saber com exatidão as capacidades/habilidades do seu pessoal não-médico e médico de forma a dominar as possibilidades de prescrição e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes.

O próprio médico regulador terá de se submeter à formação específica e habilitação formal para a função e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica pré-hospitalar.

O regulador deverá, ainda, velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, o sigilo médico, mesmo nas comunicações radiotelefônicas.

A competência técnica médica do regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo a urgência real da urgência aparente.

Ao médico regulador deverão ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função.

A outra competência do médico regulador refere-se à gestão de outros meios disponíveis, devendo possuir autorização e regulamentação próprias para tal, em cada nível de Gestão do Sistema Único de Saúde, seja estadual ou municipal.

Cabe, nesta dimensão, a decisão médica do regulador sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação. Suas prerrogativas devem, ainda, se estender à decisão sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, considerando o conceito de que nas emergências não existe número fechado de leitos ou capacidade limite a priori. O médico pode também acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores nestas situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de emergência. Também em situações excepcionais poderá requisitar recursos privados, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes. O regulador do sistema público de emergências terá obrigatoriamente que ser consultado pela atenção pré-hospitalar privada, sempre que esta for conduzir paciente ao setor público. O regulador deverá contar, ainda, com acesso à Central de Internações, de forma a que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados em relação às suas necessidades.

É desejável que, por meio de pactuação com todos os setores sociais pertinentes, o médico regulador seja reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres devidamente estabelecidos e documentados.

O setor privado que atua em atendimento pré-hospitalar deverá contar, obrigatoriamente, com médicos reguladores e de intervenção, o que pode ser exigido inclusive nos códigos municipais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas ao regulador público sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-emergencial.

Em caso de necessidade de atuar como porta-voz em situações de interesse público, o médico regulador deverá se manter nos limites do sigilo e da ética médica.

2) DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A) Profissionais não oriundos da área de saúde

A-1. TELEFONISTA – Auxiliar de Regulação

Profissionais de nível básico, habilitados a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população. Trabalha em centrais de comunicação (regulação médica), podendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente por profissionais médicos em regime de disponibilidade integral (24 horas).

A-2. CONDUTOR

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação nos assuntos referentes ao manejo do paciente é supervisionada diretamente pelos profissionais da equipe.

OBS: Nesta categoria incluem-se pilotos de aeronave, aeromédica ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações, etc) destinados a transportar pacientes.

A-3. SOCORRISTA

Indivíduo leigo habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Faz intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-

hospitalar, sob supervisão médica direta ou à distância, fazendo uso de materiais e equipamentos especializados.

A-4. RÁDIO OPERADOR

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radicomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

B) Profissionais oriundos da área de saúde

B-1. AUXILIAR OU TÉCNICO EM ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissional habilitado para o atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos, sob prescrição médica, na vítima do trauma e de outras emergências médicas, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

B-2. ENFERMEIRO

Profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalar, inclusive cursos de capacitação dos profissionais do sistema e ações de supervisão e educação continuada dos mesmos.

B-3. MÉDICO

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida em ambulâncias e na gerência do sistema.

3) PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS

3-1. TELEFONISTA

Requisitos gerais:

- maior de dezoito 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

Escolaridade: 1º grau completo

Competências:

- atender solicitações telefônicas da população;
- anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- prestar informações gerais ao solicitante;
- auxiliar o médico regulador nas suas tarefas;
- 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 recomendações do médico regulador.

3-2. CONDUTOR

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito);
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: 1º grau completo

Competências:

- trabalhar em regime de plantão, operando veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes;

- conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, tanto a parte mecânica, quanto os equipamentos médicos;
- realizar manutenção básica do veículo;
- auxiliar a equipe de atendimento no manejo do paciente, quando solicitado;
- estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) ou com a central de comunicação (regulação médica) e seguir suas orientações;
- conhecer a malha viária local;
- conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local.

3-3. SOCORRISTA

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recredenciamento periódico;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: 2º grau completo.

Competências:

- avaliação da cena com identificação de mecanismo do trauma;
- conhecer os equipamentos de bioproteção individual e sua necessidade de utilização;
- realizar manobras de extricação manual e com equipamentos próprios;
- garantir sua segurança pessoal e das vítimas no local do atendimento e realizar o exame primário, avaliando condições de vias aéreas, circulação e estado neurológico;
- ser capaz de transmitir, via rádio, ao coordenador médico, a correta descrição da vítima e da cena;
- conhecer as técnicas de transporte do politraumatizado;

- saber observar sinais diagnósticos, cor da pele, tamanho das pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de movimentação e reação à dor;

- medir e avaliar sinais vitais, pulso e respiração e situar o estado da vítima na escala de trauma e de coma, se for o caso;

- identificar situações de gravidade em que a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada em face da urgência da intervenção hospitalar (exemplo: ferida perfurante de tórax);

- colher informações do paciente e da cena do acidente, procurando evidências de mecanismos de lesão;

- manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e com equipamentos disponíveis no veículo de emergência (cânulas orofaríngeas);

- administrar oxigênio e realizar ventilação artificial utilizando meios naturais e equipamentos disponíveis no veículo de emergência (cânulas, máscaras, ambu, cilindro de oxigênio);

- realizar circulação artificial pela massagem cardíaca externa;

- controlar sangramento externo evidente, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;

- mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna cervical, utilizando tábuas e outros equipamentos de imobilização e transporte;

- reavaliar os sinais vitais e completar o exame do paciente;

- aplicar curativos e bandagens, incluindo-se queimaduras e ferimentos nos olhos;

- imobilizar coluna e membros fraturados, utilizando os equipamentos disponíveis no veículo de emergência;

- oferecer o primeiro atendimento a traumatismos específicos (curativos em três pontos, curativo abdominal, olhos e orelhas, queimaduras, etc.);

- reconhecer os períodos do parto, dar assistência ao parto normal em período expulsivo e prestar os primeiros cuidados ao recém-nato;

- oferecer o primeiro atendimento às gestantes e crianças traumatizadas;

- realizar abordagem inicial (conforme itens anteriores) e oferecer atendimento a pacientes especiais, doentes mentais, alcoólatras e suicidas;

- utilizar instrumentos de monitorização não-invasiva conforme protocolo local autorizado (pressão arterial, cardioscópio, oxímetro de pulso, etc.);
- estabelecer contato com a Central de Comunicação (regulação médica) a fim de repassar dados e seguir obrigatoriamente suas determinações;
- conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;
- ser capaz de preencher os formulários e registros obrigatórios do serviço;
- ser capaz de repassar as informações pertinentes ao atendimento à equipe médica do hospital ou instituição de saúde que receberá o paciente.

3-4. RÁDIO-OPERADOR

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recredenciamento periódico;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: 1º grau completo.

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;
- 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 a todas as áreas do (s) município (s) abrangido (s) pelo sistema de atendimento pré-hospitalar local.

3-5. AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recredenciamento periódico;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade:

- 2º grau completo e curso regular de auxiliar ou técnico de enfermagem com registro profissional competente.

Competências:

- todas as competências e atributos listadas para o socorrista;
- habilitação profissional como auxiliar ou técnico de enfermagem;
- administração de medicamento por via oral e parenteral sob prescrição médica e supervisão de enfermagem.

3-6. ENFERMEIRO**Requisitos gerais:**

- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recredenciamento periódico;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- iniciativa e facilidade de comunicação;
- destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Curso superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- participar da formação dos socorristas e dos técnicos em emergência médica;
- prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;
- avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
- subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- exercer todas as funções previstas para os socorristas e técnicos em emergência médica;
- exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional;
- obedecer ao código de ética de enfermagem.

3-7. MÉDICO

Requisitos gerais:

- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- iniciativa e facilidade de comunicação;
- destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Curso superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

Competências:

- exercer a regulação médica do sistema, compreendendo :
recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor respos-

ta), 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 necessário ao nível pré-hospitalar;

- exercer o controle operacional da equipe assistencial;

- fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;

- avaliar a qualidade profissional dos socorristas e técnicos em emergência médica e subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;

- obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;

- obedecer ao código de ética médica.

4) CONTEÚDO CURRICULAR

O conteúdo técnico-científico referente à capacitação para início das atividades profissionais em nível pré-hospitalar pode ser dividido em módulos comuns. Para todos os profissionais, os módulos são de modo geral os mesmos. Há necessidade, porém, da separação de alguns dos módulos propostos em CONHECIMENTOS BÁSICOS e CONHECIMENTOS AVANÇADOS, a fim de propiciar, especialmente, a diferenciação dos aspectos práticos do treinamento. O conteúdo do treinamento deve seguir a seguinte divisão:

Módulos Básicos: para capacitação de telefonistas, motoristas, socorristas e técnicos em emergências médicas;

Módulos Avançados: para capacitação de enfermeiros e médicos;

Módulos Comuns: para capacitação de todos os profissionais, contendo o mesmo conteúdo e carga horária.

Todos os módulos comportam exposições teóricas e exercícios práticos, sendo sugerido o método didático de problematização (estudo por problemas) como modelo pedagógico a ser adotado. Sendo assim, os cursos de capacitação devem alternar exposições teóricas, estudo de cenários e sessões de treinamento de habilidades práticas.

Os instrutores, de modo geral, são da área de saúde (médicos e enfermeiros), salvo nos capítulos específicos de outras atividades profissionais: radiocomunicação, extricação de ferragens, salvamento terrestre e em altura, direção defensiva e cargas perigosas, capacitação pedagógica e gerencial.

4-1. MÓDULO COMUM - Todos os profissionais

I) Introdução ao atendimento pré-hospitalar – carga horária mínima: 12 horas

- Qualificação pessoal
- Atendimento pré-hospitalar
- Sistema de saúde local
- Radiocomunicação
- Telefonia
- Rotinas operacionais
- Biocinética /cinemática do trauma
- Registros e documentos

4-2. Módulos básicos: (226 horas)

	Telefonis- ta	Motoris- ta	Socorris- ta	Técnico e- mergências médicas	Proposição de carga horária mínima
I – Regulação médica	X	X	X	X	02
II – Abordagem do paciente					52
- Anatomia e fi- siologia			X		
- Abordagem do paciente		X	X	X	
-Abordagem do politraumatizado		X	X	X	
- Manejo de vias aéreas			X	X	
- Ressuscitação cardiopulmonar		X	X	X	
- Oxigenoterapia			X	X	
- Monitorização			X	X	
- Biossegurança		X	X	X	
III – Emergên- cias clínicas					04
-Abordagem de sinais vitais em emergên- cias: Cardiológicas, respiratórias, neuroló- gicas, gastrintestinais, geniturinárias, endro- crinometabólicas, oftal- mo/otorrinolaringológ icas			X	X	
IV – Interven- ções específicas					28
-Intoxicações / envenenamentos			X	X	
- Lesões térmi- cas			X	X	
- Afogamento			X	X	
- Assistência ao parto		X	X	X	
- Emergências psiquiátricas / suicidas / altera- ção comporta- mental		X	X	X	

- Catástrofes / desastres	X	X	X	X	
V – Trauma					44
- Ferimentos / hemorragias / bandagens			X	X	
- Sinais de cho- que			X	X	
- Imobilizações: Coluna Extremi- dades			X	X	
- Manejo de ges- tantes / crianças			X	X	
VI – Remoção de vítimas; remoção / extricação de ferragens ; sal- vamento terres- tre / altura			X	X	28
VII – Estágios práticos	X	X	X	X	40
VIII – Trânsito - Direção defensi- va		X			26
- Cargas perigo- sas		X	X	X	

4-3. Módulos avançados: médicos e enfermeiros: (60 horas)

	CARGA HORÁ- RIA MÍNIMA
I – Regulação médica	03
II – Abordagem do paciente <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de vias aéreas • Manejo da parada cardiopulmonar • Oxigenoterapia • Monitorização 	10
III – Emergências clínicas, Cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrointestinais, geniturinárias, endocrinometabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas	08

IV – Situações especiais • Intoxicações /envenenamentos • Lesões térmicas • Afogamento • Emergências obstétricas • Emergências psiquiátricas • Catástrofes /desastres • Sedação/analgesia • Identificação do óbito	08
V – Trauma • Controle de hemorragias • Manejo do choque hipovolêmico • Manejo do trauma de: tórax, abdômen, raquimedular • Músculo-esquelético, crânio, olhos/ouvidos • Trauma na gestante • Trauma na criança	08
VI –Remoção de vítimas • Remoção /extricação de ferragens • Salvamento terrestre /altura	04
VII – Estágios práticos	12
VIII – Trânsito • Cargas perigosas	01

O conteúdo de cada item dos módulos deve ser adaptado ao nível profissional (médico ou enfermeiro), porém a carga horária e o número de itens são os mesmos.

5) AVALIAÇÃO

A avaliação dos profissionais submetidos aos cursos de capacitação deve ser formalizada de modo a permitir o uso de critérios objetivos. Deve-se priorizar o desempenho prático do aluno como critério fundamental, sem, porém, subvalorizar a avaliação teórica. Os agentes que realizarão a avaliação devem ter vivência prática no sistema pré-hospitalar.

6) CERTIFICAÇÃO

A certificação / recertificação dos profissionais atuantes no sistema pré-hospitalar deve ser obtida por intermédio de Centros de Capacitação, constituídos sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais.

6-1. OS CENTROS DE CAPACITAÇÃO DEVEM PROVER

- cursos regulares de habilitação integral de novos profissionais (certificação);
- cursos modulares para habilitação progressiva dos profissionais já atuantes em sistemas pré-hospitalares e que não possuem ainda a certificação formal;
- cursos de reciclagem dos profissionais, com o intuito recertificação periódica;
- mecanismos de educação continuada, estabelecidos em conjunto com os serviços pré-hospitalares atuantes na área de sua abrangência, incluindo atividades de supervisão em serviço e treinamento em serviço;

- desenvolvimento obrigatório do currículo mínimo de capacitação;
- aceitação exclusiva de candidatos enquadrados ao perfil profissional preestabelecido;
- formalização de convênios interinstitucionais para o desempenho de suas funções, com o aval do gestor de saúde local e/ou regional.

6-2. Os serviços pré-hospitalares devem prover condições para a recapacitação, na periodicidade abaixo, desenvolvida junto aos Centros de Capacitação:

- médicos - 4 (quatro) anos
- enfermeiros - 4(quatro) anos
- auxiliar de enfermagem em emergências médicas (ou técnico em enfermagem) - 2 (dois) anos
- socorristas - 2 (dois) anos
- motoristas - 2 (dois) anos

NORMAS PARA VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES

1. AMBULÂNCIAS

1.1. Conceito e definições

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

1.1.2. As dimensões e outras especificações do veículo deverão obedecer às normas da ABNT.

1.2. Classificação das Ambulâncias

As ambulâncias são classificadas em :

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

Tipo B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e inter-hospitalar de pacientes, contendo apenas equipamentos mínimos para a manutenção de vida.

Tipo C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de paciente com risco de vida desconhecido, contendo equipamentos necessários à manutenção da vida e de salvamento.

Tipo D - Ambulância de Suporte Avançado (ASA): veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e de transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

Tipo E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes.

Tipo F - Nave de Transporte Médico: veículo motorizado hidroviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

2. OUTROS VEÍCULOS

2.1. Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco sentados (ex. pacientes crônicos, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

2.2. Veículos de intervenção rápida (veículos leves) para transporte de médicos e/ou equipamentos especiais para ajuda no atendimento de campo.

3. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

3.1. As ambulâncias deverão dispor com o mínimo dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

3.1.1. Ambulância de Transporte (Classe A): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (obrigatório apenas para ambulâncias que façam parte do sistema de atendimento pré-hospitalar); maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

3.1.2. Ambulância de Suporte Básico (Classe B): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); pranchas curtas e longas para imobilização de coluna, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas oro-faríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; catéteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; talas para imobilização e conjunto de colares cervicais; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cor-

dão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gazes estéreis e braceletes de identificação.

3.1.3. Ambulância de Resgate (Classe C): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio como descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha curta ou colete imobilizador; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; maleta de emergência como descrita no item anterior, acrescida de protetores para queimados ou eviscerados; maleta de parto como descrito no item anterior; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material de resgate constando de todo o material necessário para resgate de acordo com as especificações do Corpo de Bombeiros; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

3.1.4. Ambulância de Suporte Avançado (Classe D): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; catéteres de aspiração; adaptadores para cânulas; catéteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o “cuf”; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil; fios; cânulas oro-faríngeas

adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; drenos para tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; catéteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; frascos de drenagem de tórax; extensões para drenos torácicos; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotosensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

3.1.5. Aeronave de Transporte Médico (Classe E): deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, com as adaptações necessárias para o uso em ambientes hipobáricos, homologados pelos órgãos competentes.

3.1.6. Nave de Transporte (Classe F): poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de classes A,B, ou D, dependendo da finalidade de emprego.

3.2. Transporte neonatal: deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a. Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b. Respirador de transporte neonatal;

c. Nos demais itens deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

4. Medicamentos

4.1. Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (Classes D, E e F).

4.1.1. Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;

4.1.2. Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%;

4.1.3. Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolan;

4.1.4. Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; nifedipina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

5. Identificação

5.1. As ambulâncias do tipo B, C, D e E serão identificadas com símbolo próprio indicativo dos Serviços de Resgate e Emergências.

6. Tripulação

6.1. Ambulância do tipo A: motorista apenas, quando o paciente for estável, sem risco. Se o paciente estiver recebendo soro e/ou oxigênio, deve estar acompanhado de auxiliar de enfermagem.

6.2. Ambulância do tipo B: motorista – socorrista e necessariamente pelo menos um auxiliar de enfermagem com treinamento em emergências médicas.

6.3. Ambulância do tipo C: dois socorristas com treinamento em resgate. É aconselhável que o motorista seja também socorrista.

6.4. Ambulância do tipo D: motorista, enfermeira e médico.

6.5. Aeronaves e naves devem ter tripulação equivalente, conforme a gravidade do paciente a ser resgatado ou transportado.

7. Requisitos Gerais

7.1. Cada veículo deverá ser mantido em bom estado de conservação e em condições de operação.

7.2. O uso de sinalizador sonoro e luminoso somente será permitido durante a resposta aos chamados de emergência e durante o transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor.

7.3. A maca deverá ter um sistema de fixação no veículo e cintos de segurança em condições de uso. Os cintos de segurança são também obrigatórios para todos os passageiros.

7.4. É obrigatória a desinfecção do veículo após o transporte de pacientes portadores de moléstia infecto-contagiosa, antes de sua próxima utilização, de acordo com a Portaria MS nº 930/92.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

I. Pacientes em risco de vida iminente não podem ser removidos, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico e realização de outras medidas urgentes e específicas para o caso;

II. Pacientes graves ou de risco só podem ser removidos acompanhados de equipe completa, incluindo médico, em Ambulância de Suporte Avançado;

III. Antes de decidir a remoção, é necessário realizar contato com o hospital de destino;

IV. Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, legível e assinado com CRM (independente de contatos prévios telefônicos ou verbais), que passará a integrar o prontuário do mesmo, no destino. Este relatório deve ser também assinado pelo médico que recebeu o paciente, no destino;

V. Para o transporte, é necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou responsável. Isto pode ser dispensado quando houver risco de vida e não for possível a localização de responsáveis. Neste caso, pode o médico solicitante autorizar o transporte, documentando devidamente essa situação no prontuário;

VI. A responsabilidade inicial de indicação de transporte/transferência é do médico transferente, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor ou pelo médico que acompanhará no transporte, se for o caso. As providências para o transporte são de mútua responsabilidade entre os médicos, aquele que indica o transporte e o que recebe o paciente no Hospital de destino.

DISCRIMINAÇÃO DO MATERIAL

De la Torre, Maria Cecília e Cardoso, Margareth de Mattos

* Modificado por Cesar Augusto Soares Nitschke

(PARA MONTAGEM DE CENTRAL DE REGULAÇÃO, 02 UTI MÓVEIS
E UMA UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO)

Material Permanente

A - EQUIPAMENTOS

ESPECIFICAÇÃO	QTE
1. Aspirador de secreções, portátil, com bateria e instalação elétrica compatível 220 volts (uso em ambulância) (DESCRIÇÃO EM ANEXO)	3
2. Bolsa de nylon de tamanho 50 x 30 x 30 cm, com 2 repartições, na cor azul	3
3. Bolsa de nylon de tamanho 50 x 30 x 30 cm, com 2 repartições, na cor vermelha	3
4. Bolsa de nylon de tamanho 50 x 30 x 30 cm, com 2 repartições, na cor amarela	3
5. Bolsa de nylon de tamanho 50 x 30 x 30 cm, com 2 repartições, na cor laranja	8
6. Bomba de infusão para duas seringas de 20 ml, com Bateria e Equipo, portátil	5
7. Cabo de Bisturi nº 3, aço inox	12
8. Cadeiras de roda dobrável com encosto de corvin, com apoio para braço, costas e pés	2
9. Cilindro de O ₂ fixo com válvula, manômetro, fluxômetro, máscara e chicote para oxigenação, com capacidade para 3 m ³ , com régua tripla para permitir alimentação de respirador	4
10. Cilindro de O ₂ portátil com válvula, manômetro, fluxômetro, máscara e chicote para oxigenação, com capacidade para 0,5 m ³ , com régua tripla para permitir alimentação de respirador	4
11. Cilindro de ar comprimido fixo com válvula, manômetro, fluxômetro, máscara e chicote para oxigenação, com capacidade para 3 m ³ litros, com régua tripla para permitir alimentação de respirador	4
12. Colete imobilizador de coluna tipo K.E.D.	2
13. Concha de corpo inteiro (1)	2
14. Condicionador de ar para ambulância	2
15. Cone de sinalização de trânsito	10
16. Eletrocardiógrafo portátil, para atendimento externo, revestido em carcaça de alumínio e pintura epoxi ou diBtal com derivações selecionáveis de D1 a V e Standard, com entrada saída auxiliares e gabinete de alumínio plástico, com acessórios de uso e malas para transporte	2
17. Esfigmomanômetro aneróide adulto, portátil acondicionado em bolsa de proteção	8
18. Esfigmomanômetro aneróide infantil, portátil acondicionado em bolsa de proteção	8
19. Esfigmomanômetro de recém-nascido	8

20. Estetoscópio adulto	8
21. Estetoscópio infantil	
22. Incubadora de transporte de recém-nascido, com bateria e ligação à tomada de veículo (12v), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de O ₂ e ar comprimido, controle de temperatura com alarme; a incubadora deve estar apoiada sobre carro com rodas devidamente fixados quando dentro da ambulância (DESCRIÇÃO EM ANEXO)	1
23. Lanterna de bolso tipo lapiseira, de uso médico, com duas pilhas de 1,5v	5
24. Lanterna de mão, com 3 pilhas grandes, com alça	10
25. Laringoscópio em aço inoxidável adulto, com lâminas curvas e retas 1, 2, 3 e 4	2
26. Laringoscópio em aço inoxidável infantil	2
27. Maca à vácuo, uso em ambulância e helicóptero, com bomba manual	1
28. Maca com rodas para ambulância com pernas retráteis	2
29. Maca rígida de madeira para imobilização de coluna, em compensado naval de 15 mm com 180x60 cm	3
30. Maleta em plástico duro para medicação de mais ou menos 50 X 30 X 30 cm, com divisórias tipo gavetas (modelo ex. pescaria)	2
31. Mandril(guia) de entubação (1)	4
32. Marmitta em aço inoxidável 20 X 10 X 5 cm, com tampa	6
33. Martelo para reflexos (1)	2
34. Máscara adulta com conexão para oxigênio + nebulizador	4
35. Máscara pediátrica com conexão para oxigênio + nebulizador	4
36. Minervas Stiffneck® (1 jogo)	2
37. Monitor multiparâmetros e cardioversor com bateria e instalação elétrica compatível, portátil, com maleta para acondicionamento e com marcapasso externo não invasivo (uso em ambulância) (DESCRIÇÃO EM ANEXO)	3
38. Oto-Rino-oftalmoscópio em aço inoxidável (DESCRIÇÃO EM ANEXO)	3
39. Oxímetro de pulso manual para uso em ambulância	2
40. Pinça anatômica 16 cm	14
41. Pinça de Magyl 25 cm	3
42. Pinça dente de rato 16 cm (1x2 dentes)	14
43. Pinça hemostática Kelly 14 cm, curva	28
44. Pinça hemostática Kelly 16 cm, curva	28
45. Pinça hemostática Kocher reta, 16 cm	14
46. Porta agulha de Mayo-Hegar, 14 cm	6
47. Recarregador de 2 baterias	4
48. Rede de Oxigênio com cilindro, válvula, manômetro, régua com dupla saída, para instalação em ambulância	2
49. Respirador ciclado a volume portátil (DESCRIÇÃO EM ANEXO)	2
50. Tesoura Cirúrgica Romba Fina 15 cm, curva	8
51. Tesoura Cirúrgica Romba Fina 17 cm, curva	8

B - MOBILIÁRIO

ESPECIFICAÇÃO	QTE
52. Mesa para máquina de escrever de melamine, medindo 1m por 0,6m	1
53. Mesa retangular para reunião de melamine, medindo aproximadamente 2m por 1 m, com 6 cadeiras	1
54. Mesa para microcomputador	1
55. Quadro de avisos tipo lousa branca para uso de pincel atômico medindo aproximadamente 2,4 x 1,0 m, para ser fixado na parede	1
56. Suporte de Hamper para roupa suja	1
57. Sofá em corvin preto, 3 lugares, com encosto, sem braço	2
58. Televisão colorida, 20 polegadas com controle remoto	1
59. Beliche imbuia com 2 camas	2
60. Cadeira fixa estofada com corvin preto	10
61. Cadeira tipo caixa giratória com regulagem anel, apoio para 4 pés, encosto flexível em corvin preto com descanso dos pés	4
62. Colchão solteiro espuma	4
63. Chuveiro elétrico ou ducha, 220v	2
64. Estante de aço tipo prateleira s/porta, com 6 prateleiras	1
65. Geladeira	1

C - EQUIPAMENTOS DE RÁDIO-COMUNICAÇÃO VHF/FM MÓVEL
(VTR)

ESPECIFICAÇÃO	QTE
66. Console de comando remoto por corrente, completa de monofone e tecla PTT, alto falante, intercom, chave monitor, controle de volume, led luminoso, com indicação de transmissão e microfone inferno tipo Viva Voz, acompanhado de adaptador de linha para controle de comando por corrente, com manual de instruções, fonte de alimentação chaveada com tensão de saída de 13,8 Vcc, com 12 ampères	1
67. Transceptor fixo, modelo GM300, para VHF-FM, com faixa de frequência de 148 a 174 MHz, operando em 16 KOF3EJN, com 45 watts de potência de saída em RF, totalmente transistorizado, com até 8 canais programáveis em memória EEPROM, dotado de controle no painel frontal e alto falante embutido, acompanhado base para transceptor; microfone de mão; fonte de alimentação.	1
68. Transceptor móvel modelo GM-300, para VHF-FM, com faixa de frequência de 148 a 174 MHz, com 45 watts de potência de saída em RF, totalmente transistorizado, com até 8(oito) canais programáveis em memória EEPROM, códigos silenciadores, potência de saída de áudio mínima de 1,5 Watts, com funções programáveis (scan, bloqueio de canal ocupado, temporizador de transmissão dotado de controles e alto-falante incorporados no painel frontal, acompanhado de microfone de mão cabo de alimentação , antena móvel com gancho unitário e manual de operação	8
69. Transceptor Portátil modelo P-110, para VHF-FM, com faixa de frequência de 148 a 174 MHz, operando com 16 KOF3EJN, com 5,0 watts de potência de saída em RF, com até 02 canais programáveis em memória EEPROM, espaçamento de 28 MHz, entre frequência dotado do seguintes recursos programáveis: codificador por sub tom(PL) e digital (DPL), temporizador de TX, indicação luminosa de TX ativado, canal ocupado, carga de bateria, acompanhado de bateria recarregável de Níquel-Cádmio, Cada transceptor deve acompanhar Antena tipo Wip, ¼ onda, com 5 metros de cabo coaxial e conectores compatíveis com rádio. 01 Kit de suporte e fiação para instalação em automóveis. 01 Kit de programação compatível com o rádio (software, interface, cabos e conexões), por lote de rádio escritos em Português antena heliflex, estojo de couro e carregador de baterias	5
70. Aparelhos celulares Motorola Lite II, com recarregador rápido, baterias com duração mínima real de 18 horas	6
71. Lin	4
72. Aparelhos telefônicos convencionais	4
73. Central PABX para 15 ramais, com bloqueio de chamada e mensagem de espera	1
74. Fones de ouvido para telefonista	2
75. Aparelho de fax trabalhando com papel A4	1
76. Sistema de Gravação de Chamada	1

D - EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA

ESPECIFICAÇÃO	QTE
<p>77. Microcomputador tipo PENTIUM II 266 Microcomputador baseado no microprocessador Pentium II, 300 Mhz; - SDRAM de 32 Mbytes; 512 KB de memória cache; - Uma unidade de disco 3 1/2 de 1,44 Mbytes; - Unidade de disco rígido de 4.0 Gb EIDE; - Controladora de periféricos 32 Bits EIDE; - Interface paralela padrão Centronics, interface serial com conector DB9 e interface serial com conector din ou mini-din, integradas a placa mãe; - Teclado enhanced tipo US, 12 teclas de funções; - Interface padrão IEEE 802.3, 10 Baset 32 Bits; - Mouse com resolução mínima de 300X300 dpi, 02 botões; - Monitor de vídeo SVGA 15" policromático, dot pitch 0,28 mm, não entrelaçado e controladora aceleradora de vídeo de 2 Mbytes e 32 Bits; - Placa de fax/modem interna de 33.600 bps com voice; - certificado iso 9000/9001 para todo o equipamento; - Sistema Operacional MS-Windows 95, com mídia magnética, licença de uso e manuais em português; ' - Fonte de alimentação operando entre 100 a 125 VAC e 200 a 240 -VAC de entrada, monofásica fase/neutro/terra, 60 Hz -Placa de rede com as seguintes características: *compatível com sistema operacional Novell Netware 3.1 xIPX/SPX *padrão Ethernet CSMA /CD, IEEE 802.3 *com uma porta T.p.(10 Base T) e uma BNC (10 Base 5) *barramento de dados de no mínimo 32 bits *velocidade de transmissão igual a 10 Mbits/seg *com EPROM de Boot MS-Windows NT95, com licença de uso, mídia magnética compatível com o equipamento cotado e manuais em português Homologação Novell Inc, para todo o equipamento BIOS plug and play</p>	4
<p>78. Estabilizadores Voltagem para Microcomputador, 1,2 Kva, com circuito eletrônico, filtro de linha, , entrada 220 e 110V - saída de 110V com tomada bipolar e 3 saídas tripolares</p>	
<p>79. Nobreak Potência de no mínimo 3.0 KVA Tensão saída de 110 volts; Variação de 15% sobre a tensão normal; Mínimo 04 (quatro) tomadas tri-polares aterradas no painel traseiro; Led de estado (ligado, bateria e recarregando); Chave de liga-desliga no painel frontal; Acesso ao fusível e a chave de troca da tensão de entrada externo; Kit UPS para Windows NT v4.0; Todos os manuais para instalação e utilização.; Tensão de entrada de 110 e 220 volts;</p>	

<p>80. Impressora de tecnologia laser,</p> <ul style="list-style-type: none"> •Interface Ethernet padrão 802.3, 101100 Base T/TX; •Velocidade de 08 (oito) ppm no tamanho A4; <p>Memória Ram de 16 (dezesseis) Mbytes; Emulação do padrão HP LaserJet Series e PostScript entre outros; Resolução selecionável de 600 (seiscentos) DPI;</p> <p>Alimentador de folhas soltas com tamanho ABNT A4, com bandeja de alimentação com capacidade de 100 folhas;</p> <p>Drivers para funcionamento em MS-Windows/95 e Software para configuração em ambiente Microsoft-Windows NT 4.x e em Novell NetWare 4.x;</p> <p>Fonte de alimentação operando em 110(±10%) e 220(±10%)VAC de entrada, 60Hz;</p> <p>Condições de operar em ambiente típico de escritório;</p>	1
<p>81. Impressora com tecnologia jato de tinta que permite a impressão de 16 cores simultaneamente, com cartuchos de tinta nas cores preto, magenta, amarelo e ciano. Velocidade de impressão de 8 (cinco) páginas por minuto a 10 ccp em preto; Resolução de impressão de 600X600 dpi em preto e 300 X 300 dpi em color; Buffers de impressão de 512 Kb; Capacidade de impressão de folhas em formato A4 e carta; Dispositivo de alimentação automático e recepção, com capacidade de 100 folhas soltas e de impressão em formulário contínuo; Conjunto de caracteres internacionais e drivers da impressora para ambiente Windows 95; Interface paralela padrão Centronics e cabo paralelo para ligação impressora-micro; Fonte de alimentação operando em 220 V (+ ou - 20%) VAC de entrada, 60 MHz.</p>	1
<p>82. Kit multimídia 24X</p>	2

Materiais de consumo**E – AMBULÂNCIAS**

ESPECIFICAÇÃO	QTE
83. Abaixador de língua (pacote ou caixa c/100)	
84. Abbocath n° 16	
85. Abbocath n° 18	
86. Abbocath n° 20	
87. Abbocath n° 22	
88. Absorvente higiênico médio	
89. Adaptador intermediário para cânula endotraqueal (n° 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10)	
90. Agulha descartável 25X7 (cx. Com 100 unid.)	
91. Agulha descartável 25X8 (cx. Com 100 unid.)	
92. Agulha descartável 40X12 (cx. Com 100 unid)	
93. Algodão hidrófilo (pct 500g)	
94. Almotolias plásticas 250 ml (Povidine Tópico/ Álcool/Sabão Líquido)	
95. Atadura elástica 10 cm	
96. Atadura elástica 15 cm	
97. Atadura elástica 5 cm	
98. Avental cirúrgico descartável grande	
99. Avental cirúrgico descartável médio	
100. Bandagem protetora, em algodão cru, medindo 23,5 x 8,25 cm	
101. Barbeador descartável	
102. Bico de aspirador descartável (pct 100 unid)	
103. Cadarço n° 12 (peça com 10 m)	
104. Caixa coletora de artigos descartáveis e cortantes de 3 litros	
105. Campo cirúrgico adesivo	
106. Campo cirúrgico fenestrado 40 X 40 cm	
107. Campo cirúrgico P 30 X 30 cm ou 40 X 40 cm	
108. Cânula de Guedel grande	
109. Cânula de Guedel média	
110. Cânula de Guedel pequena	
111. Cânulas para traqueostomia sintética, com cuff, tamanho 6	
112. Cânulas para traqueostomia sintética, com cuff, tamanho 7,5	
113. Cobertor adulto (solteiro)	
114. Cobertor para RN	
115. Colar cervical em polietileno (G)	
116. Colar cervical em polietileno (M)	
117. Colar cervical em polietileno (P)	
118. Colchonete para maca de rodas (180 X 50 X 4 cm)	
119. Coletor de urina sistema fechado	
120. Compressas abdominais estéreis 23X25 cm	
121. Compressas de gaze 7,5X7,5 cm (pct c/ 500 unid)	
122. Curativo transparente	
123. Dispositivo intravenoso (escalpe) n° 19	
124. Dispositivo intravenoso (escalpe) n° 21	
125. Dispositivo intravenoso (escalpe) n° 23	
126. Dispositivo intravenoso (escalpe) n° 25	
127. Dispositivo intravenoso (escalpe) n° 27	

128.	cartável para ECG adulto	Eletrodo des-	
129.	cartável para ECG neonatal	Eletrodo des-	
130.	vias (intermediário em Y)	Equipo duas	
131.	administração exata de pequenos volumes	Equipo para	
132.	soluções fotossensíveis	Equipo para	
133.	soro (gotas)	Equipo para	
134.	soro (microgotas)	Equipo para	
135.	comum	Esparadrapo	
136.	Micropore largo	Esparadrapo	
137.	Micropore médio	Esparadrapo	
138.	Micropore pequeno	Esparadrapo	
139.	Tensoplast	Esparadrapo	
140.	dreno torácico de látex ou silicone	Extensão para	
141.	algodão 3-0, sem agulha, fio 15 X 45, branco	Fio de sutura:	
142.	catagute simples 2-0, agulha de 2 cm, 3/8 círculo, cilíndrico, fio c? 70 cm (cx. c/ 20)	Fio de sutura:	
143.	catagute simples 3-0, agulha de 2 cm, 3/8 círculo, cilíndrico, fio c? 70 cm (cx. c/ 20)	Fio de sutura:	
144.	Mononylon 2-0, agulha de 3 cm, 3/8 círculo, triangular, fio 45 cm, preto (cx. c/ 20)	Fio de sutura:	
145.	Mononylon 3-0, agulha de 3 cm, 3/8 círculo, triangular, fio 45 cm, preto (cx. c/ 20)	Fio de sutura:	
146.	Mononylon 4-0, agulha de 3 cm, 3/8 círculo, triangular, fio 45 cm, preto (cx. c/ 20)	Fio de sutura:	
147.	entubação 2 X 3,5 mm	Fio guia para	
148.	entubação 4 X 6,5 mm	Fio guia para	
149.	entubação 7 X 10 mm	Fio guia para	
150.	branca	Fita adesiva	
151.	para drenagem de tórax, em vidro, capac. 5000 ml	Frasco coletor	

152.	Fronhas descartáveis	
153.	Garrote para acesso venoso em borracha de látex finas sem pinça	
154.	Grampo descartável para cordão umbilical	
155.	Inalador medicinal com máscara adulto e infantil	
156.	Intracath adulto	
157.	Intracath infantil	
158.	Lâmina de bisturi n° 15	
159.	Lâmina de bisturi n° 23	
160.	Lâmina de bisturi n° 23	
161.	Lençol de papel descartável 50 cm X 50 m	
162.	Luvas anti-derrapante tamanho G	
163.	Luvas cirúrgica estéreis n° 7	
164.	Luvas cirúrgica estéreis n° 8	
165.	Luvas cirúrgicas estéreis n° 6,5	
166.	Luvas cirúrgicas estéreis n° 7,5	
167.	Luvas de procedimento tamanho G em látex (cx. c/ 100 unid)	
168.	Luvas de procedimento tamanho M em látex (cx. c/ 100 unid)	
169.	Máscara cirúrgica descartável	
170.	Máscara para inalação adulto	
171.	Máscara para inalação infantil	
172.	Nebulizador	
173.	Óculos de acrílico para proteção contra fluidos corporais	
174.	Papel para ECG	
175.	Plástico estéril protetor para eviscerações e queimaduras tamanho 50 X 50 cm	
176.	Ressuscitador Manual (ambu) adulto + válvula + máscaras n° 3, n° 4 e n° 5	
177.	Ressuscitador Manual (ambu) neonatal + válvula + máscaras	
178.	Ressuscitador Manual (ambu) pediátrico + válvula + máscaras n° 1 e n° 2	
179.	Seringa descartável 10 ml	
180.	Seringa descartável 20 ml	
181.	Seringa descartável 5 ml	

182.	Seringa descartável para insulina 100 UI sem agulha	
183.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário 3 1/2, n° 16	
184.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário 4 1/2, n° 20	
185.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário 5 1/2, n° 24	
186.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário 6 1/2, n° 28	
187.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário 7 1/2, n° 32	
188.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário 8 1/2, n° 36	
189.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário n° 6,5	
190.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário n° 7	
191.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário n° 7,5	
192.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário n° 8	
193.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário n° 8,5	
194.	Sonda Endotraqueal c/ cuff, com intermediário n° 9	
195.	Sonda Endotraqueal s/ cuff, com intermediário n° 3	
196.	Sonda Endotraqueal s/ cuff, com intermediário n° 4	
197.	Sonda Endotraqueal s/ cuff, com intermediário n° 5,5	
198.	Sonda Foley 3 vias n°22	
199.	Sonda Foley 3 vias n°24	
200.	Sonda Foley n°12 a 18 (adulto) 12 - 14 - 16 - 18	
201.	Sonda Foley n°6 a 10 (infantil) 6 - 8 - 10	
202.	Sonda Levine (SNG) n° 4-6-8-10-14-16-20-22	
203.	Sonda Retal n° 24	
204.	Sonda Retal n° 30	
205.	Sonda Uretral n° 4-6-8-10-12-14-16	
206.	T de luz	
207.	Tala de estrutura de alumínio maleável com revestimento em polivinil (alfa gesso), medindo 91 X 11,5 cm X 5 mm	

208.	Tala de madeira para imobilização de membros, medindo 132 X 12 X 0,5 cm	
209.	Tala de madeira para imobilização de membros, medindo 54 X 10 X 0,5 cm	
210.	Tala maleável, aramada com revestimento em espuma para imobilização de membros, medindo 86 X 9 X 3 cm	
211.	Tala maleável, aramada com revestimento em espuma para imobilização de membros, medindo 64 X 9 X 3 cm	
212.	Tala maleável, aramada com revestimento em espuma para imobilização de membros, medindo 54 X 9 X 3 cm	
213.	Tala maleável, aramada com revestimento em espuma para imobilização de membros, medindo 31 X 9 X 3 cm	
214.	Talas para imobilizações de membros, infláveis, de plástico, com zipper (jogo com 6 contendo: mão, mão+antebraço, mão+antebraço+braço, pé, pé+perna, pé+perna+coxa (Conjuntos com 06 talas infláveis)	
215.	Termômetro axilar	
216.	Torneira de três vias	
217.	Travesseiro pediátrico	
218.	Tubo a vácuo para coleta de sangue (tampa azul)	
219.	Tubo a vácuo para coleta de sangue (tampa cinza)- 5 ml	
220.	Tubo a vácuo para coleta de sangue (tampa roxa) - 5 ml	
221.	Tubo a vácuo para coleta de sangue (tampa verde)- 5 ml	
222.	Tubo a vácuo para coleta de sangue (tampa vermelha)- 5 ml	

F - MEDICAMENTOS

ESPECIFICAÇÃO		QTE
223.	Cloridrato 1 mg	Adrenalina
224.	Água destilada para injeção de 10 ml	
225.	da 10 vol	Água oxigena-
226.		Álcool iodado
227.	mg/ml – ampola de 10ml	Aminofilina 24
228.	Cloridrato 150 mg/ml	Amiodarona
229.	to 0,25 mg/ml	Atropina Sulfa-
230.	Lactato 5 mg/ml – amp 1 ml	Biperideno
231.	nato 10% 0 ampola 10ml	Cálcio Gluco-
232.	mg comprimido	Captopril 25
233.	Cefazolina 500 mg inj	
234.	300mg sol inj	Cimetidina
235.	Cloridrato 5 mg/ml – ampola 5 ml	Clorpromazina
236.	Deslanosídeo 0,2 mg/ml - ampola	
237.	Dexametasona Acetato 8 mg/ml ampola 2 ml	
238.	Amido hidroxietílico fr/bolsa 500ml	
239.	Gelatina Degradada polimerizada 3,5% frasco 500ml	
240.	Dextrostix- Pesquisa de glicose no sangue	
241.	Diazepam 5 mg/ml – ampola 2ml	
242.	Sódico 75 mg – ampola 3ml	Diclofenaco
243.	Dimenidrato + piridoxina + vit B6 – 50 mg - comprimido	
244.	Dipirona sódica 500 mg/ml – ampola 2ml	
245.	Dobutamina 12,5 mg/ml ampola 20ml	
246.	mg/ml – ampola 20 ml	Dopamina 12,5
247.	Efedrina Sulfato 50 mg/ml – ampola 1ml	
248.	n-butyl 20 mg + Dipirona 2500mg – ampola 5ml	Escopolamina
249.	ca 50 mg/ml – ampola 5ml	Fenitoína sódi-
250.	Sódico 100 mg/ml - ampola	Fenobarbital
251.	midrato 5 mg/ml - gotas	Fenoterol Bro-
252.	Citrato 0,05 mg/ml – frasco 10 ml	Fentanila
253.	(vit. K) – 10 mg/ml – ampola 1 ml	Fitomenadiona

254.	Furosemida 10	
mg/ml – ampola 2ml		
255.	Glicose 25% -	
ampola 10ml		
256.	Glicose 50% -	
ampola 10ml		
257.		
Glicose sol 5% frasco com 250 ml		
258.		
Glicose sol 5% frasco com 500 ml		
259.	Haloperidol 5	
mg/ml – ampola 1ml		
260.	Hidrocortisona	
500 mg fr/amp		
261.	Hidróxido de	
Alumínio + Hidróxido de Magnésio + Dimeticona – susp – frasco de 150 a 240ml		
262.	Isossorbida	
Dinitrato 5 mg comprimido sub-lingual		
263.	Isossorbida	
Mononitrato 10 mg/ml - ampola 1 ml		
264.	Lidocaína 1%	
sem epinefrina – 10 mg/ml - fr/amp 20 ml		
265.	Lidocaína 2%	
sem epinefrina – fr/amp 20ml		
266.	Lidocaína Clo-	
ridrato 10% - 10 mg spray		
267.		
Magnésio Sulfato 10% ampola 10ml		
268.		
Manitol 20% fr/amp 250 ml		
269.		
Petidina/Meperidina 50 mg/ml ampola 2ml		
270.		
Metilprednisolona Succinato sódico 500 mg fr/amp 8ml		
271.		
Metoclopramida Cloridrato 5mg/ml ampola 2ml		
272.	Morfina Sulfa-	
to 10mg/ml		
273.	Nalbufina Clo-	
ridrato 10 mg – ampola 1ml		
274.	Naloxone Hi-	
drocloreto 0,4 mg/ml ampola 1ml		
275.		
Nifedipina 10mg cápsula		
276.		
Pancurônio 4 mg (Pavulon)		
277.	Polivinil-	
pirrolidona-iodo + lauril-ester sulfato de sódio		
278.	Polivinil-	
pirrolidona-iodo aquoso		
279.		
Potássio Cloreto 19,1% - ampola 10ml		
280.		
Prometazina Cloridrato 25mg/ml ampola 2ml		
281.		
Ringer lactato sol frasco com 500 ml		
282.	Sódio Bicarbo-	
nato 8,4% - ampola 10ml		
283.	Sódio Bicarbo-	
nato 8,4% - frasco 250ml		
284.		
Sódio Cloreto 0,9% frasco com 250 ml		
285.		
Sódio Cloreto 0,9% frasco com 500 ml		
286.		
Sódio Cloreto 20% - ampola 10ml		
287.	Suxametônio	
(Succinilcolina) 10mg/ml fr/a,p 10ml		

288.	Sulfato 0,5 mg/ml ampola	Terbutalina	
289.	ridrato 10 mg + Fenilefrina 1mg + Ác. Bórico 15 mg - colírio	Tetracaína Clo-	
290.	Tiopental sódico pó1g fr/amp		
291.	Tramadol Cloridrato 50 mg/ml ampola		
292.	quida frasco 1000ml	Vaselina	Lí-
293.	Verapamil Cloridrato 2,5 mg/ml ampola 2ml		

G – ESCRITÓRIO

ESPECIFICAÇÃO	QTE
294. racha para lápis VA-40(unid)	Bor
295. Caneta azul (unid)	
296. Caneta preta	
297. Caneta vermelha	
298. pes 2.0 com 100 unidades	Cli
299. la 90 g	Co-
300. Corretivo líquido	
301. Diluente para corretivo	
302. rex 12 mm X 33 m	Du
303. rorex	Er-
304. tiqueta auto-adesiva re. 38X51 mm	E-
305. branco	Giz
306. mpeador	Gra
307. mpo 26 X 6	Gra
308. pis preto	Lá-
309. vro de ata com 200 folhas	Li-
310. vro caixa 200 folhas capa dura	Li-
311. pel carbono azul com 100 unid	pa-
312. pel jornal com 500 folhas	Pa-
313. pel sulfite A\$ com 500 folhas	Pa-
314. Pasta com elástico	
315. Pasta AZ lombo largo	
316. Pasta suspensa	
317. cevejos	Per
318. furador de papel	Per
319. Pilhas alcalinas pequenas	
320. Pilhas alcalinas médias	
321. Pilhas alcalinas grandes	
322. Pincel atômico azul	
323. Pincel atômico preto	
324. Pincel atômico vermelho	
325. Prancheta de madeira	
326. Régua de 30 cm	
327. Tinta azul para almofada de carimbo	

328.	Tinta azul para pincel atômico	
329.	Tinta preta para pincel atômico	
330.	Tinta vermelha para pincel atômico	

H - LIMPEZA

ESPECIFICAÇÃO	QTE
331. alde para limpeza	1
332. Vassoura de pelo	
333. Flanela	
334. Panos de chão	
335. alão para desinfecção do chão	0
336. era para carro	0
337. Saco de estopa	
338. Luvas para lavagem	
339. aço de papel toalha	1
340. acos de lixo 40 l	5
341. acos de lixo 100l	5
342. anterna de mão com pilha	1
343. apólio em pó	5

DETALHAMENTOS DE ALGUNS EQUIPAMENTOS

VENTILADOR PULMONAR PARA AMBULÂNCIA

1. Generalidades:

Ventilador pulmonar para utilização em ambulância e em transporte de pacientes adultos, pediátricos e neonatos. Deve ser ciclado ou limitado a volume e permitir ajuste de pressão de PEEP. Deve permitir controle da quantidade de oxigênio no ar inspirado.

2. Especificações Técnicas Mínimas:

2.1. Deve possuir os seguintes controles:

Percentagem de oxigênio: entre 21 e 100 %

Pressão de PEEP: 5 a 20 cmH₂O

Volume corrente: 0,1 a 2,1 litros ou volume minuto: 4 a 20 litros/min

Frequência respiratória: 10 a 40 rpm

2.2. Deve possuir as seguintes monitorizações:

Pressão das vias aéreas: pressão de pico inspiratório, pressão de platô, pressão média das vias aéreas e PEEP.

2.3. Deve possuir os seguintes modos de ventilação:

Controlado + PEEP + CMV + VC + SIMV + Pressão de Suporte

2.4. Deve possuir os seguintes alarmes:

Pressão das vias aéreas alta e baixa

Falha da alimentação elétrica ou de gases

2.5. A alimentação pode ser de uma das duas formas:

Pneumática: ar comprimido e/ou oxigênio ou

Elétrica: 12 VDC (bateria da ambulância)

3. Acessórios:

2 (dois) circuitos de paciente adulto

2 (dois) circuitos de paciente pediátrico

2 (dois) nebulizadores

Mangueiras para ligação com circuitos de ar e de oxigênio - Válvulas reguladoras para ar e oxigênio

OTO-RINO-OFTALMOSCÓPIO**Características técnicas mínimas:**

Cabo médio (metálico) para duas pilhas médias, tamanho "C";

Lupa redonda;

Iluminação halógena com lâmpada de 2,5 V ;

Controle de intensidade de luz;

Acessórios

Estojo

Conjunto de 05 (cinco) espéculos de ouvido permanentes, nos diâmetros de (2, 3, 4, 5, 9) mm, adaptável ao cabo;

Ocular com ajuste individual para exame de fundo de olho, adaptável ao cabo, com filtros de segurança (IV e UV);

Espéculo nasal

Lâmpada halógena de reserva

MONITOR MULTI-PARÂMETROS E DEFIBRILADOR

(Monitoração de ECG, Monitoração de pressão não invasiva, Oximetria de pulso, Registrador, Marca-passo externo e Desfibrilador)

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Para uso em pacientes adultos e pediátricos, portátil com bateria interna recarregável e entrada de alimentação de 12 volts (corrente contínua), para instalação em ambulância.

O equipamento deve conter a monitoração de ECG, monitoração de pressão não invasiva (MPM), oximetria de pulso, marca-passo externo e o Desfibrilador num mesmo gabinete, ou seja, todos os parâmetros mencionados devem fazer parte de um único equipamento. O equipamento também deve possuir registrador térmico que possibilite a impressão dos parâmetros medidos.

As entradas do circuito de ECG, oximetria de pulso, monitoração de pressão não invasiva e marca-passo externo devem ser isoladas da rede elétrica (flutuante) e possuir proteção contra descarga de desfibrilador. As entradas do circuito do desfibrilador também devem ser isoladas da rede elétrica (flutuante).

O equipamento deve possuir placa de modem e deve acompanhá-lo o software de gerenciamento dos sinais transmitidos.

O peso do equipamento não deve exceder a 14 Kg (quilos).

O equipamento será utilizado tanto dentro da ambulâncias, quanto em atendimentos de urgência fora da mesma, ou seja, o aparelho deve ser instalado de forma que possibilite a sua fácil retirada do veículo, desconectando-se o cabo de alimentação de 12 volts (c.c.).

2. INDICAÇÕES:

O equipamento deve indicar:

2.1. DE FORMA VISUAL

A forma de onda do ECG;

Mensagem de carga;

A frequência cardíaca;
 Eletrodo de ECG desconectado;
 As falhas ocorridas com o sistema através do display ;
 A sístole (batimento cardíaco).
 O acionamento de sincronismo (desfibrilação sincronizada);
 Nível baixo da bateria;
 Bateria em carga;
 Alimentação da rede elétrica.

2.2. DE FORMA SONORA

A Carga;
 A Sístole (batimento cardíaco);
 Alarmes (especificados no item 8).

3. MONITORAÇÃO DE ECG:

O monitor de ECG do Cardioversor deve possuir as seguintes características:

1 (um) canal que possibilite a visualização das três derivações bipolares sem o deslocamento de eletrodos de ECG sobre o tórax do paciente (D1, D2 e D3);

Sensibilidade: 5 mm/mv (N/2), 10 mm/mv (N), 20 mm/mv (2N);

Velocidade: 25 mm/s e 50 mm/s.

Faixa de medição: 25 a 250 batimentos por minuto;

Entrada flutuante e com proteção contra descargas de desfibrilador.

4. DESFIBRILAÇÃO E CARDIOVERSÃO

4.1. DESFIBRILAÇÃO

O Desfibrilador deve possuir modo de operação em sincronismo com ECG (Cardioversão) e as seguintes características:

A energia armazenada, no caso de desfibrilação externa, deve possuir no mínimo seis valores disponíveis de energia entre 5 e 360 Joules;

Tempo de carga máxima(360 Joules): inferior a 12 segundos;

Descarga interna automática quando o equipamento é desligado;

Possibilitar a carga através dos eletrodos de desfibrilação (pás);

Acionamento da descarga pelos eletrodos de desfibrilação (pás).

4.2. CARDIOVERSÃO

O Desfibrilador quando utilizado na opção de sincronismo (Cardioversão) deve possuir as seguintes características:

As mesmas indicadas no item 4. 1.

Disparo sincronizado com o complexo QRS;

O tempo entre a sincronização com o complexo QRS e a descarga não deve exceder a 50 ms.

5. MONITORAÇÃO DE PRESSÃO NÃO INVASIVA

O monitor de pressão não invasiva deve utilizar o método oscilométrico para realização das medições e possuir as seguintes características:

modo de operação manual e automático;

indicação visual das pressões sistólica, diastólica e média;

ajuste do intervalo do tempo entre medições (em modo automático).

6. OXIMETRIA DE PULSO:

Deve medir a saturação de oxigênio;

Faixa de medida: 0 a 99 %;

Erro máximo: 2 % (de 70 a 99 %).

7. MARCA-PASSO EXTERNO

O marca-passo externo deve possuir:

modo de estimulação: Síncrono (Demanda) e Assíncrono (Frequência fixa);

ajuste de frequência: 40 a 160 batimentos por segundo;

ajuste de amplitude: 15 a 150 mA.

8. BATERIA

A bateria interna do equipamento deve :

Ser recarregável;

Possibilitar no mínimo 50 descargas de 360 joules ou 1 (uma) hora de monitoração contínua (ECG).

9. REGISTRADOR:

O registrador do equipamento deve possuir as seguintes características:

O relatório deverá conter: data, hora, frequência cardíaca, derivação e indicação da energia dissipada no paciente;

Quando acionado um alarme, o mesmo deverá ser registrado de forma automática.

10. ACESSÓRIOS:

(O1) Um cabo de alimentação para rede elétrica (tipo 2P + T) segundo padrões ABNT;

(O1) Um cabo de alimentação para instalação em ambulância; - (O2) Dois cabos de paciente (ECG);

(O2) Dois jogos de eletrodos de desfibrilação externa (pás externas), uso adulto;

(O2) Dois jogos de eletrodos de desfibrilação externa (pás externas), uso pediátrico;

(O1) Uma braçadeira adulto;

(O1) Uma braçadeira pediátrica;

(O2) Dois eletrodos bipolares reutilizáveis para marca-passo com comprimento de mínimo 100 mm;

(50) Eletrodos descartáveis para ECG.

11. PROTEÇÃO E ALARMES:

Proteção do circuito de ECG contra descarga de desfibrilador. - Saída do desfibrilador deve ser eletricamente isolada;

Alarme de bradicardia e taquicardia; - Alarme para eletrodo solto de ECG;

Alarme para alta e baixa saturação de Oxigênio; - Alarme para alta e baixa pressão média.

12. ALIMENTAÇÃO:

220 volts/ 60 Hertz;

12 volts (corrente contínua) para instalação em ambulância.

Bateria interna

BOMBA DE INFUSÃO PARA SERINGA

1. Especificações Técnicas Mínimas:

Portátil com bateria recarregável.

Alimentação por fonte de corrente contínua de 12Volts.

Alimentação por tensão de rede 220 Volts/60 Hz e por bateria de 12 volts.

Possibilidade de utilizar diversos tamanhos de seringa (10, 20, 50 e 100ml)

Programação e regulagem individual de fluxo para cada seringa

Peso máximo com bateria 4 Kg.

Alarmes sonoros e luminosos de erro de seringa, parada ou fim de perfusão, supressão ou defeito de programação, bateria baixa

Fluxo com um mínimo de 0,1 ml/hora

Erro máximo de 3% com a seringa

2. Alimentação

2.1. Alimentação externa 220 V / 60 Hz e 12 V (via acendedor de cigarros de ambulância)

2.2. Alimentação interna via bateria de 12 V gelatinosa selada

2.3. Autonomia mínima 1,5 horas no regime de carga total

Autonomia de bateria mínima de 2 horas

Recarregador de carga lenta e rápida para 1 a 4 baterias, com alimentação por tensão de rede 220V e 60Hz

ASPIRADOR DE SECREÇÕES PARA AMBULÂNCIA**Especificações Técnicas Mínimas:**

Portátil, com bateria recarregável.

Alimentação por fonte de corrente contínua de 12Volts.

Alimentação por tensão de rede 220 Volts e 60 Hz.

Pressão de sucção de 0 à 700 mbar.

Fluxo de 20 L/min.

Vidro coletor com capacidade para 1000 ml.

Alça para facilitar o transporte.

Peso máximo com bateria 5 Kg.

INCUBADORA DE TRANSPORTE

Cúpula

Cúpula de acrílico com visão frontal, lateral e posterior

Porta frontal rebatível e portinholas (ou manga íris) na porta frontal e nas laterais da cúpula

A cúpula deverá possuir orifícios especiais para os seguintes casos:

Tubos de infusão

Ventiladores

Nebulizadores

Leito e colchonete removíveis, impermeáveis e de material atóxico

Deverá possuir dispositivo para rápido desengate da estrutura.

Unidade de Controle

Controlador de temperatura microprocessado

Ajuste de temperatura do ar na faixa de 30 °C a 39 °C

Leitura da temperatura com indicação digital

Incerteza da medição de temperatura inferior a 0,5 °C

Ruído interno menor que 60 dbA

Alarme de temperatura alta acionado quando a temperatura estiver superior em 1 °C à temperatura ajustada

Alarme de temperatura baixa quando a temperatura estiver inferior em 1°C à temperatura ajustada

Alarme de falta de circulação de ar

Alarme de falta de energia

Inibidor de alarmes com duração máxima de 10 minutos.

Estrutura

Estrutura de sustentação da cúpula montada sobre rodízios (com dispositivos de travas)

A estrutura deverá ter altura ajustável de forma a proporcionar à incubadora uma variação de aproximadamente 90 a 120 cm. O ajuste de altura deverá ser do tipo "engate rápido" pneumático.

A estrutura da cúpula deverá possibilitar a fixação à uma maca por meio de cintos

Alimentação

Alimentação externa 220 V / 60 Hz e 12 V (via acendedor de cigarros de ambulância)

Alimentação interna via bateria de 12 V gelatinosa selada

Autonomia mínima 1,5 horas no regime de carga total

Corrente de fuga para o gabinete menor que 200 μ A.

Acessórios

Um kit de filtros de ar

Dois cilindros de O₂ com válvula de fluxômetro

Um suporte de soro.

CENTRAL TELEFÔNICA E SISTEMA DE GRAVAÇÃO DIGITAL DE CHAMADA

Sistema de Gravação Digital de Chamada fornecido com a Central Telefônica:

- Equipamento para gravação e monitoração de Conversações Telefônicas em canais simultâneos de central de atendimento;
- Possibilidade de recuperação imediata dos dados das chamadas;
- Manutenção de arquivos referentes às chamadas.

Indicações:

- Identificar o chamador;
- Gravar dia e hora do chamado, duração da chamada, canal utilizado e dígitos discados;
- Monitorizar silenciosamente com gravação, através da digitalização de voz;
- Ter canal de gravação que acompanha o agente mesmo que mude ramal;
- Relatórios de utilização do sistema;
- Software com interface com o usuário em Português;
- Integração com PABX, DACs, Call Centers, software para Help Desk e bancos de dados corporativos;

- Messaging, conectividade e controles via redes remotas;
- Trabalhar com fita DAT.

Conexão:

- Através de Sistema Operacional Novell (Novel Netware)

1) Especificação dos equipamentos:

1.2) Capacidade inicial dos equipamentos:

Equipamento telefônico digital, temporal, CPCT - CPA - T, inicialmente equipado com:

- 12 Troncos Bidirecionais,
- 06 Ramais Digitais,
- 16 Ramais Analógicos,
- 01 Console para telefonista com fone de cabeça,
- 01 Sistema de falta de força,
- 12 Aparelhos telefônicos,
- 05 Aparelhos telefônicos digitais,
- 01 Sistema de gerenciamento e tarifação,
- 01 Conjunto de materiais de montagem necessários, Mão de obra para instalação equipamentos fornecido.

0 equipamento obrigatoriamente devesse permitir futuro entroncamento digital à rede pública das seguintes maneiras:

Entroncamento digital em fluxo de 2Mbps (0), com possibilidade mínima de comportar 2 fluxos digitais.

Entroncamento digital ISDN (SO), com possibilidade mínima de comportar 50 troncos ISDN. (tanto em acesso básico, como acesso primário)

Ampliação mínima em 300 portas, com a simples adição de módulos ou bastidores adicionais, sem a necessidade de substituição por completo do bastidor inicialmente fornecido.

1.2) Facilidades mínimas exigidas para a central de comutação:

Facilidades da Central / Ramais:

- Intercomunicação inter. ramais,
- Agenda abreviada com no mínimo 100 endereços,
- Categorização de ramais como restritos, semi-restritos, privilegiados, semi-privilegiados,
- Rediscagem do último número discado,
- Captura de ligações, em grupo, ou individual,
- Reserva de linha tronco,
- Não perturbe para ramais analógicos e digitais,
- Rechamada interna para ramais ocupados,
- Sinalização de campanha diferenciada para chamadas, internas, externos e rechamadas,
- Conferência com no mínimo 3 participantes, sendo variavelmente escolhidos entre participantes internos ao sistema, e externos (troncos externos),
- Pêndulo entre ligações internas e externas,
- Serviço noturno,
- Plano de numeração flexível em até 6 dígitos,
- Cadeado eletrônico simples (para utilização somente em ramal específico)
- Cadeado eletrônico especial (permitindo que o usuário efetue ligações de qualquer ramal do sistema com sua senha. O custo da ligação para a rede pública de telefonia deverá ser contabilizado no ramal de origem da senha.
- Sinalização dos troncos e ramais multifrequencial,
- Interface para música em espera (para posterior conexão de fonte externa de música),
- Despertador automático,
- Estacionamento de chamadas,

Classe de serviços diferenciadas para ramais,
Retorno de chamadas automático,

1.3) Especificação e facilidades mínimas da mesa operadora da telefonista

A mesa operadora para telefonista devera obrigatoriamente conter:

•Display com no mínimo 5 linhas e 24 caracteres (cada linha), sendo que o display devera fornecer os seguintes recursos a telefonista:

- Número do ramal chamador
- Controle de tonalidade de display e volume,

1.4) Facilidades mínimas exigidas para os telefones de mesa.

- Teclado multifrequencial
- Tecla mute,
- Tecla flash,
- Dupla opção para instalação em mesa ou parede,
- Regulagem de tom. volume e campainha,
- Cordão liso de, pelo menos, 2 metros.

1.5) Facilidades mínimas dos aparelhos telefônicos digitais

Alta voz e viva voz, (12)

12 teclas de função com leds, com possibilidade de fazer função de gancho através de teclas para uso de fone de ouvido.

Possibilidade para conexão de até 2 terminais telefônicos, utilizando o mesmo barramento, por intermédio de adaptadores

Possibilidade para interligação com microcomputador, através de interface que deverá obrigatoriamente ser discriminada, para futura aplicação de discagem através de microcomputador.

1.6) Descrição dos sistema para falta de força

Deverá ser fornecido sistema de alimentação com retificador com baterias, para autonomia mínima de 8 horas.

1.7) Sistema de gerenciamento e tarifação

O sistema de gerenciamento e tarifação da CPCT CPA - T será constituído de dois Modulos de Software e Hardware

É obrigatório que as tarefas a serem executadas referentes ao gerenciamento da plataforma (programações, reconfigurações de programações e acesso a base de dados dos equipamentos) e tarifação possam ser executadas pelo mesmo Hardware (mesmo microcomputador)

O módulo de gerenciamento e manutenção deverá permitir acesso aos arquivos de alarmes e falhas, através de lógicas de operação de segurança de modo a manter a disponibilidade do sistema.

O módulo de gerenciamento da plataforma deverá permitir pelo menos, as seguintes funções:

- a) Diagnósticos internos dos módulos;
- b) verificação e alteração de dados tais como: alteração de categoria de ramais, liberação ou bloqueios de ramais;
- c) reprogramação da base de dados do sistema.

O Software de tarifação deve identificar os seguintes parâmetros; das chamadas de saída efetuadas através do entroncamento bidirecional, da emissão de relatórios programáveis:

- a) Número do assinante chamado em ligações, DDD, DDI,
- b) Número do ramal que originou a chamada,
- c) Data e hora de início da chamada
- d) Data e hora do término da chamada
- e) Duração média da chamada.

O software de tarifação deve, a partir dos parâmetros obtidos das ligações, emitir no mínimo relatórios com os custos:

- a) Pôr ramal,
- b) Pôr departamento,
- c) Pôr centro de custo,
- d) Pôr código de projeto,
- e) Pôr senha individual (Número de identificação pessoal)

O sistema deverá permitir que os relatórios sejam:

- a) Consultados através do monitor

b) Impressos em contas individuais já com a somatória totalizada dos custos pertinentes a cada ramal ou centro de custo a qual pertenceu a chamada telefônica.

c) Armazenados em arquivos magnéticos exportáveis para planilhas eletrônicas ou como back - up

O sistema de gerenciamento e tarifação deve registrar dados de tráfego, gerando registros diários em forma de relatórios específicos para análise de ocupação dos troncos e ramais, mesa operadora, tempo de atendimento, avaliação da carga de serviço em períodos pré determinados, além,- de relatórios estatísticos que apresentem o índice de ocupação dos ramais internos

O software para tarifação deve obrigatoriamente registrar o número das chamadas de entrada (número de A), quando da futura implantação de entroncamento digital, e gerar relatórios específicos pertinentes a esta facilidade.