

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS
CNPJ: 11.344.038/0001-06



**Proposta Técnica e Econômica para o Gerenciamento,
Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde do
Serviço Móvel de Urgência – SAMU 192.**

CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2019/SMS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO / SP

VOLUME 01
2019

QUEM SOMOS.....	5
INTRODUÇÃO.....	9
OBJETIVO GERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
PERFIL DA POPULAÇÃO BENEFICIADA.....	13
MODELO GERENCIAL / ASSISTENCIAL	21
Organograma	21
Do SAMU 192 Regional Suzano.....	28
Do Funcionamento	29
Dos Serviços de atendimento e comunicação;.....	30
Do Perfil assistencial	32
Do Atendimento primário.....	32
Serviço Médico no SAMU 192.....	33
Serviço de Enfermagem no SAMU 192	34
Serviço da Frota	36
Do Serviço de Farmácia	37
Do Serviço de Odontologia.....	39
Do Núcleo de Educação Permanente – NEP	40
Dos Serviços de apoio logístico e administrativo.	44
Das Bases Descentralizadas.....	44
Administração Geral.....	44
Normas e Rotinas do SAME.....	46
Manual de Desenvolvimento Financeiro	47
Normas e Rotinas do Núcleo de Manutenção Geral	48
Procedimento de Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição de Material..	51
Contratação de Terceiros	54
Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino e Parceria para Desenvolvimento de Pesquisa.....	57
Da Padronização Visual.....	57
Do Faturamento.....	58
Política de Gestão de Pessoas	59

Normas e Rotinas para Seleção de Pessoal.....	60
Do Perfil, Atribuições e Competências dos Profissionais da Central SAMU de acordo com a Portaria Nº. 2048/GM.	63
Gestão de Frequência das Equipes.....	72
Escalas de Trabalho.....	73
Modelo de escalas de trabalho	74
Da Passagem de Plantão	75
Avaliação De Desempenho.....	76
Incentivos De Carreira Com Foco Em Competências.....	78
Controle do Absenteísmo e Estímulo à Produção.....	78
Quadro de Recursos Humanos	80
Protocolos Assistenciais	80
<i>ATIVIDADES VOLTADAS PARA QUALIDADE</i>	<i>82</i>
Serviço de Atendimento ao Usuário.....	82
Pesquisa de Satisfação do Usuário	83
Modelo de Pesquisa de Satisfação:	85
O uso das informações da pesquisa de satisfação dos usuários	86
Pesquisa de Clima Organizacional	86
Pesquisa de Satisfação do Colaborador	88
O Controle Social.....	90
PGRSS	91
Sistema de Gestão da Informação.....	94
Comissões Técnicas	109
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	109
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	110
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPIA	111
COMISSÃO DE PLANO DE GARANTIA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RDC Nº 306/2004 E CONAMA Nº 358/2005	112
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO - CIPA	113

GRUPO DE TRABALHO EM HUMANIZAÇÃO	114
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO.	115
COMISSÃO DE REVISÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ESTATÍSTICA	116
Articulação com as Demais Unidades da Rede de Saúde.....	117
Proposição de projetos assistências e sociais (relacionamento com a atenção primária, comunidades, campanhas educativas para o usuário, etc.)......	119
<i>AVALIAÇÃO DOS INDICADORES</i>	<i>120</i>
Metodologia de Monitoramento dos Indicadores.....	120
Metodologia de Monitoramento de Indicadores de Desempenho Assistencial de Qualidade e de Produtividade e Divulgação das Metas	123
Protocolo de Ações Corretivas	124
<i>PLANO DE TRABALHO</i>	<i>128</i>
<i>DIMENSIONAMENTO DAS EQUIPES</i>.....	<i>137</i>
Profissionais Contratado pelo Regime CLT.....	137
<i>PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAS</i>	<i>139</i>
<i>PREÇO PROPOSTO</i>	<i>140</i>
<i>ANEXOS</i>.....	<i>141</i>
<i>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES</i>.....	

QUEM SOMOS

O Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS, é uma organização Social sem fins lucrativos, certificada pelo Ministério da Justiça como de Utilidade Pública Federal, com foco na pesquisa e inovação das melhores práticas tecnológicas para a gestão pública e operação de unidades na área da Saúde, Educação e da Assistência Social no Brasil.

Com perfil multidisciplinar, o INTS desde a sua criação vem trabalhando de forma integrada com o setor empresarial, promovendo melhores práticas de gestão focada em serviços públicos, oferecendo serviços de mais alto nível para toda a comunidade, atuando de forma sustentável e duradoura.

Tem como missão prover uma sociedade justa e igualitária, através de instrumentos eficientes que assegurem o funcionamento excelente da Administração Pública Brasileira, sendo fidedigna ao cumprimento das determinações da Constituição Federal e suas respectivas leis regulamentadoras. Busca com suas ações aprimorar e modernizar os serviços de Saúde, Assistência Social e Educação do Brasil, em todas as esferas de atuação do Poder Público, trazendo como prática de sustentabilidade a pesquisa científica e a tecnologia, tornando-se referência na satisfação popular e no desenvolvimento social.

O INTS concentra sua base de atendimentos e operações na cidade de Salvador - BA, onde conta com uma equipe extremamente qualificada para atender as necessidades do setor público brasileiro nas áreas da Saúde, Educação e da Assistência Social. Além da estrutura administrativa, o INTS é registrado em todos os conselhos de classes de suas áreas de atuação.

Foi certificado, no ano de 2014, com a certificação ISO 9001:2008 o que permitiu que a instituição demonstrasse seus elevados níveis de qualidade nos serviços e que segue os princípios de gestão da qualidade internacionalmente reconhecidos. Esta certificação foi renovada nos anos de 2015 e 2016, desta vez conduzida pelo órgão certificador Bureau *Veritas Certification* – líder mundial em serviços de certificação.

Em 2017, o INTS passou pelo processo de transição para implementação dos novos requisitos da Norma ISO 9001:2015. Os ganhos com a nova versão da Norma são enormes e trarão ao INTS uma ferramenta de gestão robusta para o Sistema de Gestão da Qualidade em consonância ao direcionamento estratégico da organização.

Atualmente, o INTS está qualificado como Organização Social em três estados (Bahia, Goiás e Rondônia) e em mais de 20 cidades brasileiras estando assim, apto a participar de projetos de utilidade pública, visando o benefício nas áreas da Saúde, da Educação e da Assistência Social nas esferas municipal, estadual e federal tendo, com isto, participado das diferentes modalidades de contratação: Seleção de Organizações Sociais, as Licitações, os Convênios, os Contratos de Emergência e a Dispensa, ou Inexigibilidade de Licitação.

Atualmente, o INTS está gerenciando serviços de saúde:

- UPA Brotas: unidade localizada no município de Salvador - BA, composta com 24 leitos, porte III e Tipo VIII, com equipe médica na área de clínica médica, pediatria e ortopedia, habilitada e qualificada pelo Ministério da Saúde durante a gestão do INTS;
- UPA Feira de Santana: unidade localizada no município de Feira de Santana - BA, com porte III, composta por 24 leitos sendo 04 leitos de estabilização, com equipe médica na área de clínica médica, pediatria e ortopedia,;
- Serviços médicos: em unidades hospitalares do Governo do estado da Bahia, como a gestão técnica e administrativa de profissionais médicos nas especialidades de anestesiologia, neonatologia e obstetrícia do Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Tsylla Balbino, Instituto de Perinatologia da Bahia e Maternidade Alberto Sabin;
- Serviços médicos: responsável pela gestão técnica e administrativa de profissionais médicos do Hospital Geral do estado, com 432 leitos, nas especialidades anestesista, broncoscopista, cardiologista, cirurgião geral, cirurgião plástico, cirurgião torácico, coordenador de UTI pediátrica, coordenador UAC/CTQ, coordenador UI, coordenador UTI, diaristas, ecocardiografista, hematologista, infectologista, intensivista, neurologista, nutrólogo, ortopedista, otorrinolaringologista, pediatra intensivista, plantonista e ultrassonografista
- Pronto Socorro, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT e Hospital Municipal e Maternidade de Bertiooga: serviços localizados no município de Bertiooga-SP, no qual: o Pronto Socorro conta com equipe médica 24 horas de

ortopedia, cirurgia geral, clínica médica e pediatria, com 15 leitos de observação (sendo 03 leitos de estabilização) e 10 poltronas de medicação; oferta de exames de apoio diagnóstico para o Pronto Socorro, rede municipal de Atenção Básica e Hospital Municipal nos exames de laboratório, imagem (raio X, tomografia, ressonância magnética, mamografia), métodos gráficos (eletrocardiograma), endoscopia e colonoscopia; e o Hospital Municipal e Maternidade que conta com 54 leitos de internamento (sendo 05 semicríticos) na especialidades de clínica médica, obstetrícia, pediatria, cirurgia, ortopedia, psiquiatria e infectologia, centro cirúrgico com 03 salas com a realização de cirurgias eletivas na área de ginecologia, ortopedia, oftalmologia, urologia, cirurgia plástica, cirurgia geral.

- SAMU de Bertioga: no município de Bertioga com a gestão de 03 ambulâncias básica e 03 bases descentralizadas, com médicos reguladores cedidos a Central de Regulação do SAMU Regional de Santos, ao qual está vinculado;
- Unidades de Saúde da Família da Rede de Atenção Básica e do SAMU de Suzano; com a gestão completas de 10 unidades básicas de saúde com 20 equipes de saúde da família e da frotas e Central de Regulação do SAMU de Suzano;
- SAMU 192 – Regional Suzano: gerindo 24 horas, de domingo a domingo, Central de Regulação Médica das Urgências, 08 bases distribuídas entre os municípios de Suzano (03), Guararema (01), Santa Isabel (01), Biritiba Mirim (01), Arujá (01) e Salesópolis (01), 10 ambulâncias de Suporte Básico de Vida e 02 ambulâncias de Suporte Avançado de Vida
- Da UPA OROPÓ : unidade localizada no município de Suzano – SP, com porte III, conta com uma área para Observação de Emergência (Sala Vermelha) com 03 (três) leitos e 01 (uma) áreas para Observação de Urgências (Sala Amarela) com 06 (seis) leitos e 03 (três) leitos pediátricos, mais 20 poltronas de aplicação de medicamento e inalação.
- Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) unidade localizada em na capital de Goiás que é referência em traumatologia e presta atendimento em caráter de urgência e emergência de média e alta complexidade. O HUGO é o segundo maior hospital de urgência e emergência de Goiás, e além

da assistência, também é um hospital de ensino, pesquisa e extensão universitária. O hospital tem programas como o de microcirurgia, que realiza procedimentos como reconstituição de órgãos, reparação cirúrgica e reconstrução de membros inferiores, superiores, da face e até reimplantes. O HUGO possui 407 leitos para internação, dos quais 58 são de terapia intensiva, e centro cirúrgico com 10 salas em funcionamento.

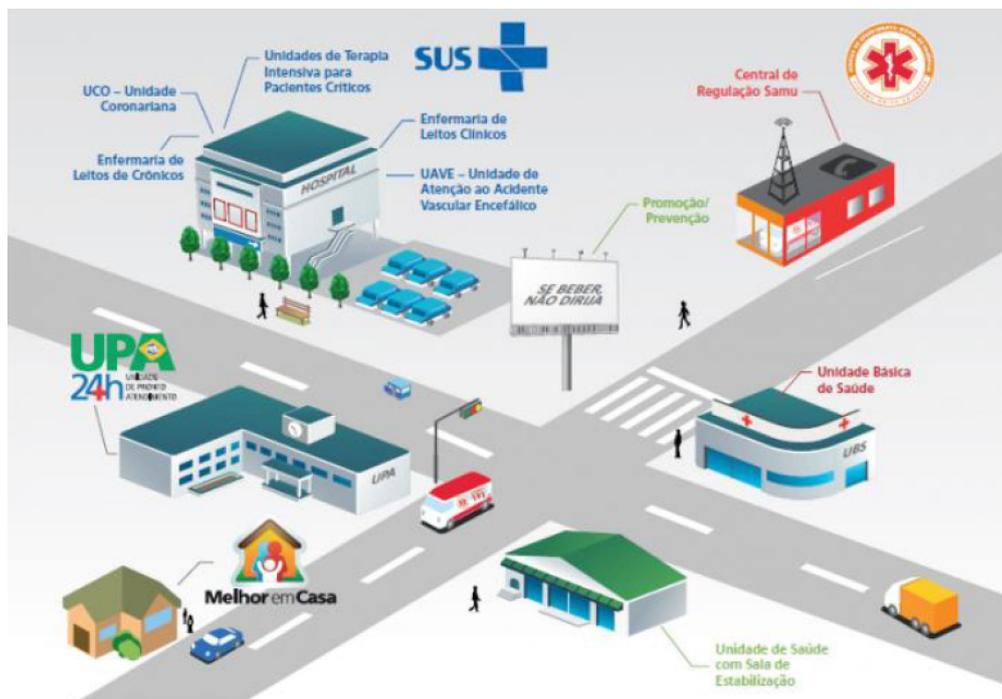
O INTS tem como princípios éticos a legalidade, a transparência de seus atos, o desenvolvimento de recursos de utilidade pública e a reforma social em busca de qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção às Urgências que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência /emergência. Busca melhorar a articulação e a comunicação entre as centrais de regulação do SAMU 192, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento - UPAs 24h, as Unidades Básicas de Saúde – UBS e as unidades hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, reduzindo mortes ou sequelas ao paciente.

A implantação da Rede de Atenção as Urgências e Emergências, conforme preconiza o Ministério da Saúde, deve estabelecer uma atenção integrada com encaminhamento correto dos pacientes considerando a unidade adequada para o caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível, envolvendo todos seus componentes (Figura 01).

Figura 01



Fonte <http://redehumanizasisus.net/94878-rede-de-urgencia-e-emergencia/>

Desenho da Rede Assistencial com a Política Nacional de Urgência e Emergência.

No Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências a rede própria de urgência e emergência dever ser estruturado contando como equipamentos de saúde as unidades

básicas de saúde, o SAMU192, Unidade de Pronto Atendimento – UPA24h e todo serviço que possa acolher o usuário em situação de urgência e emergência.

O SAMU 192 é um serviço territorializado e móvel. As ambulâncias são distribuídas estrategicamente na região, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é possibilitar a cada vítima um atendimento no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias, ambulanchas ou aero médicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível.

O SAMU é um programa nacional que trabalha com atendimentos associados a salvamento, buscando com isso, implantar sistemas resolutivos para os problemas existentes, principalmente, no que diz respeito ao atendimento extra hospitalar a quadros agudos de natureza traumática e clínica, bem como, o de organizar o fluxo de pacientes dentro da rede hospitalar, melhorar e qualificar o atendimento às urgências, e, diminuir o tempo de permanência hospitalar, reduzindo sequelas e mortalidade.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel tem por missão diminuir o intervalo terapêutico para os pacientes vítimas do trauma e urgências clínicas, possibilitando maiores chances de sobrevivência, diminuição das sequelas, e garantir a continuidade do tratamento encaminhando os pacientes nos diferentes serviços de saúde de acordo com a complexidade de cada caso, de forma racional e equânime.

Nesta organização administrativa-assistencial e de acordo com a análise e avaliação realizada no perfil sócio demográfico, epidemiológico e da rede serviços da região, o INTS vem, por meio desta Proposta de Trabalho, se comprometer a prestar uma gestão com excelência no SAMU 192 – Regional Suzano, inovando e adaptando as estruturas físicas e frota para melhor acolher aos usuários com atendimento de qualidade e estratégias de gestão baseadas em economicidade e agilidade, preservando a saúde, zelando pela segurança e a qualidade de vida das pessoas.

OBJETIVO GERAL

Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde em regime de 24 horas/dia, ininterruptamente, que assegure a assistência universal e gratuita as pessoas, que busquem o atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 da Regional de Suzano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prestar assistência gratuita à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Ofertar aos usuários do SUS dos municípios de Suzano os atendimentos em urgência e emergência pré-hospitalar móvel conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento ao usuário do SAMU 192 da Regional de Suzano;
- Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços do SAMU 192 da Regional de Suzano, sem se descuidar dos princípios que regem a Administração Pública;
- Apoiar a capacidade decisória da equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Suzano apresentando todas as informações técnicas, administrativas e financeiras do SAMU 192, bem como cumprindo com as suas determinações e resoluções técnicas;
- Cumprir com todas as Portarias Ministeriais GM/MS nº 2048/2002, nº 2657/2004, nº 1010/2012, de Consolidação nº 03/2017, bem como todas as legislações relacionadas ou que vierem a ser publicadas que esteja relacionadas com o objeto do serviço a ser prestado;
- Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;

- Garantir a humanização da assistência prestada pelas equipes do SAMU 192 da Regional de Suzano em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- Implantar e implementar as Comissões Técnicas do SAMU 192 da Regional de Suzano;
- Implantar e promover as atividades relacionadas ao Plano de Educação Permanente com os profissionais que compõem as equipes do SAMU 192 da Regional de Suzano;
- Realizar atividades de integração e publicação dos serviços prestados pela equipe do SAMU 192 da Regional de Suzano para a população dos municípios envolvidos no SECRETARIA DE SAÚDE e comunidade acadêmica;
- Cumprir com todas as obrigações contratuais e todas as ações propostas nesta Proposta Técnica.

PERFIL DA POPULAÇÃO BENEFICIADA

Suzano possui um potencial produtivo que, hoje formado por empresas de grande porte, reconhecidas nos mercados internacional e nacional, dispõe de infraestrutura e logística para receber novas indústrias.

Os dados do IBGE 2017 apresentam 89.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 75.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e respectivamente mostram que a taxa de urbanização do município corresponde a 96,8%.

A cidade ocupa um território de 206 km², sendo que 73% dele estão localizados dentro da área de mananciais e 8% fazem parte da várzea do Rio Tietê. Por este motivo a região central (urbana) caracteriza-se pela topografia muito plana, favorecendo assim o acúmulo de água.

Limita-se ao norte com Itaquaquecetuba, ao sul com Santo André e Rio Grande da Serra, a leste com Mogi das Cruzes e a Oeste com Poá, Ferraz de Vasconcelos e Ribeirão Pires. Como todos os municípios da região, Suzano apresenta alta taxa de migração, principalmente nos bairros limítrofes.

A população em (2017) é de 282.428 pessoas, o número de população do último censo (2010) 262.480 pessoas, de acordo com o DATASUS/IBGE, 51,01% corresponde à população feminina e 48,99% de corresponde a população masculina, com predominância de 47,55% de adultos jovens, na faixa etária entre 20 e 49 anos.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1. Natalidade

Municípios	População Residente	Nascidos Vivos	Óbitos Infantis	Taxa de Mortalidade Infantil
Poá	112.8230	1.655	28	16,9%
Itaquaquecetuba	355.502	5.920	76	12,8%
Guararema	28.330	410	5	12,2%
Ferraz Vasconcelos	185.584	2.762	33	12%
Suzano	282.428	4.558	49	11%
ARUJÁ	85.286	1.383	22	10,7%
MOGI DAS CRUZES	419.486	6.250	64	10,2%
SANTA ISABEL	53.748	715	7	9,8%
BIRITIBA MIRIM	31.195	415	4	9,6%
SALESÓPOLIS	16.468	202	1	5%

A Fundação Seade atualizou em 04/12/2018 em seu site o Painel Saúde – Indicadores de Monitoramento e Avaliação referente ao ano 2017. Trata-se de um sistema estruturado de informações que permite acompanhar um conjunto de indicadores estratégicos sobre a situação da saúde nos municípios do Estado de São Paulo.

Em 2017, dos 645 municípios, 182 não registraram nenhum óbito infantil, enquanto 273 tiveram taxas superiores à do Estado e 163 municípios tiveram taxas com apenas um dígito, ou seja, inferiores a 10 óbitos por mil nascidos vivos.

O Município de Salesópolis é o que alcançou o menor índice de mortalidade neonatal precoce (1 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente) e também é o que têm menor taxa de mortalidade infantil.

Quanto aos nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2.500g), a proporção mantém-se estável ao longo dos anos e, com exceção do DRS de Registro, que registra o menor valor (6,66%) do Estado, nas demais regiões não se observam grandes alterações.

De acordo com o DATASUS/SINASC, em Suzano, nasceram 4.558 crianças em 2017. Ao analisar os dados de nascimentos, o município apresentou, em 2017, o índice de 13% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, porcentagem maior que a média do município de São Paulo comparado à região zona Leste e da Região Metropolitana, que atingiram neste mesmo ano os índices de 7% e 12,2% de nascimentos de baixo peso, a ocorrência de baixo peso está geralmente associada à duração de gestação, respectivamente, segundo dados do DATASUS/SINASC.

A porcentagem de nascimentos por partos cesáreos em Suzano vem apresentando tendência de aumento nos últimos anos, passando de 50,33%, em 2004, para 56,73% em 2008, havendo pequena redução em 2011 para 55,24% e 2016 46,34% contudo houve acréscimo em 2017 para 49,51%.

Quanto à taxa de natalidade 2017 é de 16,30% em relação aos nascidos e o número de habitantes em que se nota também a taxa fecundidade geral no mesmo período entre mulheres de 15 a 49 anos é de 57,48%, também os nascidos vivos de mães com menos de 18 anos é de 5,61%.

2. Mortalidade

Observe o gráfico 1 e 2 a seguir, fonte: Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) e DATASUS, atualizado out. 2018. Nesta amostragem obteve 956 óbitos sexo masculino e 750 óbitos sexo feminino, dentre as causas de mortes mais presentes foram do aparelho circulatório 217 mortes entre sexo feminino e 228 do sexo masculino, neoplasia (Tumor) 136 para sexo feminino e 134 do sexo masculino, aparelho respiratório 95 para sexo feminino e 116 sexo masculino e por último doenças cérebro vasculares 70 óbitos do sexo feminino e 75 do sexo masculino.

Gráfico 01

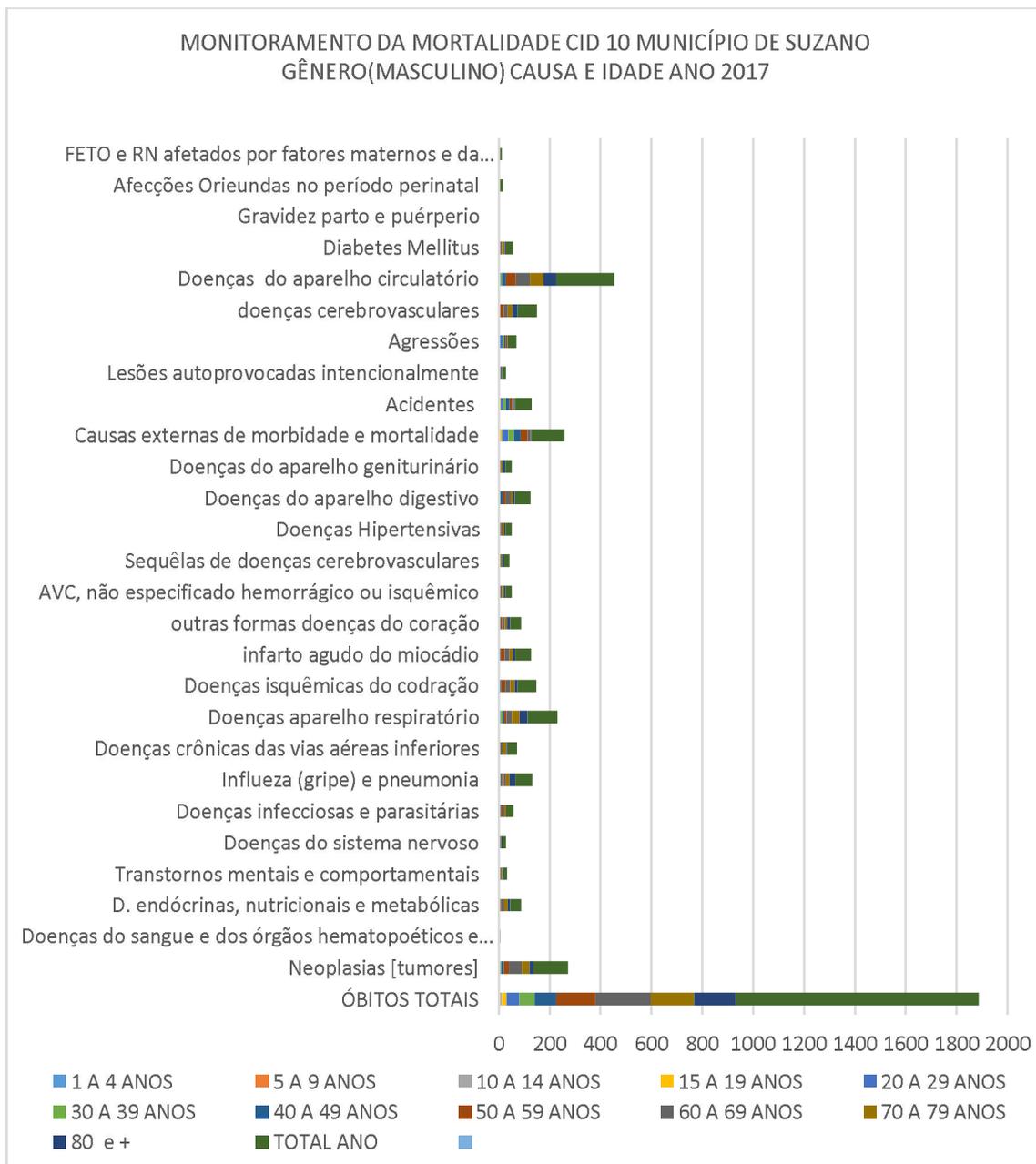
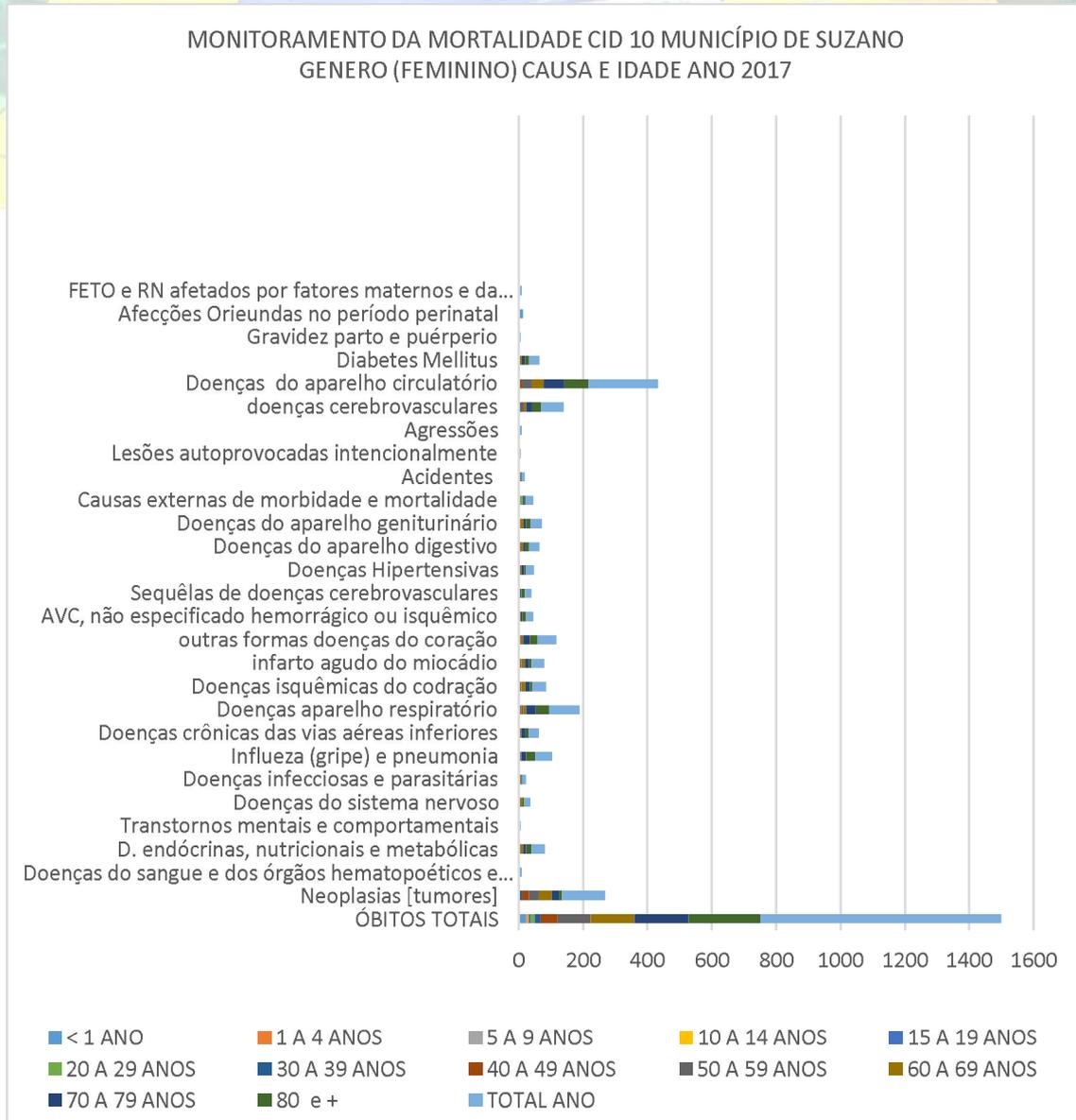


Gráfico 02



O perfil de mortalidade demonstra a relação com as doenças crônico-degenerativas, que estão, geralmente, relacionadas aos problemas decorrentes do envelhecimento dos indivíduos.

Já os óbitos por neoplasias (tumores) representam o segundo maior índice de óbitos no período, e podem ter sido provocados, principalmente pelos hábitos de vida dos tempos modernos (alimentação com conservantes químicos, agrotóxicos, poluição do ar, vida sedentária, entre outros).

Outro importante grupo de causas é o de causas externas, que atinge principalmente a população jovem, devido ao elevado índice de acidentes automobilísticos e a violência urbana, que são uma realidade da atualidade.

Os dados demonstram a necessidade de ampliar as ações de prevenção e promoção de saúde na Rede Básica de Saúde Municipal, a fim de evitar óbitos e/ou internações, bem como para possibilitar o diagnóstico e início de tratamento em tempo oportuno.

3. Morbidade

Os dados relacionados a morbidade têm o mesmo perfil dos dados de mortalidade, com destaque às internações por gravidez, parto e puerpério, que representam aproximadamente 30% do total de internações, sendo este índice esperado, já que a estimativa de crescimento populacional anual é na média de 1,5%.

Outros fatores com elevado índice referem-se às doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças respiratórias, aparelho digestivo e neoplasias. No caso das causas externas (lesões, envenenamentos e outras causas) que atingem em maior índice, a população jovem, destacam-se os acidentes de trânsito, que geram danos em diversos níveis: mutilação, ocupação de leitos hospitalares por um longo período, além do custos tangíveis, que oneram o SUS e o setor produtivo, e os custos intangíveis que afetam diretamente o próprio paciente (dor, sofrimento, longos afastamentos do trabalho, entre outros).

As doenças do aparelho circulatório e respiratório também merecem destaque pelo elevado número de internações que, possivelmente, poderiam ser evitadas a partir da ampliação de acesso aos serviços de prevenção e promoção de saúde, bem como o adequado tratamento das doenças.

Todos os dados demonstram a necessidade de facilitar o acesso aos serviços de saúde, bem como qualificar a estratégia de captação, a fim de garantir o diagnóstico das doenças e o início do tratamento em tempo oportuno.

SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Município de Suzano está localizado na região metropolitana de São Paulo. De acordo com a caracterização dos municípios, no Monitoramento da Atenção Básica no Estado de

São Paulo, Suzano está classificado no Grupo 2, sendo: porte populacional e riqueza acima da média; baixa longevidade e média escolaridade e vigilância epidemiológica e programa de imunização com bom desempenho. O quadro abaixo demonstra os indicadores do Monitoramento. (Fonte: Fundação Seade). Disponível em (www.seade.gov.br)

Município: Suzano – Grupo 2	
População	267.953
IPRS-2012 Riqueza	42
PIB per Capita	20.392
Taxa de mortalidade infantil	12,2
Taxa de mortalidade perinatal	14,0
Taxa de mortalidade das pessoas de 15 a 39 anos	1,4
Taxa de mortalidade das pessoas de 60 a 69 anos	18,5
IPRS-2012 Escolaridade	46
Taxa de atendimento escolar de crianças de crianças de 4 a 5 anos aumentou	100,0%;
Proporção de alunos do 5º ano do ensino fundamental da rede pública, que nas provas de português e matemática elevou-se.	42,3%
Proporção de alunos do 9º ano do ensino fundamental da rede pública	14,8%
Porcentual de alunos com atraso escolar no ensino médio	13,0%

Suzano registrou estabilidade no indicador agregado de riqueza e encontra-se abaixo da média estadual. Sua posição relativa no conjunto dos municípios piorou nesta dimensão.

Longevidade as taxas de mortalidade realizou avanços nesta dimensão, somando pontos no score, mas situa-se abaixo da média estadual. Com esse desempenho, o município conquistou posições no ranking.

No âmbito do IPRS, o município registrou avanços nos indicadores de longevidade e escolaridade e manteve estável seu escore de riqueza. Em termos de dimensões sociais, o nível de longevidade é inferior à média do Estado, enquanto o de escolaridade é igual ao valor médio estadual.

No requisito escolaridade o município realizou avanços nesta dimensão, ganhando posições no ranking no último período. O indicador sintético de escolaridade é igual à média estadual.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		2011	2012	2013	2018
População Total	nº	265.074	267.583	279.520	285.257
Razão dos Sexos	%	M= 49 F = 51	M = 49 F = 51	M = 49 F = 51	M = 49 F = 51
Maior ou igual a 40 anos	nº	85.173	85.979	89.446	95,93
Maior ou igual a 60 anos	nº	23.075	23.293	24.318	28.663
Idosos	%	8,70	8,70	8,70	11,84

Fonte: DATASUS

Diante dos cenários apresentados, as ações de inovação e aperfeiçoamento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde e, conseqüentemente, a qualificação da assistência prestada à população suzanense, são essenciais para o alcance de indicadores satisfatórios e para a melhoria do acesso dos munícipes aos serviços, alcançando a assistência integral à saúde.

A região analisada demonstra uma boa representatividade de população com faixa etária de 20 a 59anos. Conseqüentemente haverá necessidade de incrementar ações voltadas às patologias próprias como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Neoplasias, e doenças cerebrovasculares.

Apesar de a mortalidade infantil ter reduzido nos últimos anos, ainda preocupam os óbitos neonatais precoces e outros que ocorrem mais tardiamente e que são evitáveis ou parcialmente evitáveis, dependentes da intervenção do município;

Apresenta crescimento nos índices de morbimortalidade por causas externas, como violência, homicídios e suicídios, acidentes em geral, principalmente de trânsito. Conseqüentemente haverá necessidade de mudança no perfil dos serviços e, principalmente no incremento de ações Inter setoriais para desenvolvimento de processos educativos e de corresponsabilização social;

Pontos de estrangulamento já evidenciados na organização dos serviços no SUS: apontam a necessidade de melhor monitoramento de algumas doenças e agravos como hipertensão, diabetes, distúrbios mentais, AIDS, doenças bucais, neoplasias; gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho digestivo, respiratório, circulatório, assim como investimentos na educação para a prevenção de mortes por causas externas e outros.

Há necessidade de investimentos em ações de combate a ciclos epidêmicos como é o caso da Dengue, dentre outros.

MODELO GERENCIAL / ASSISTENCIAL

Para a gestão, gerenciamento e operacionalização do SAMU 192 - Regional Suzano, o INTS utilizará de diferentes estratégias e ferramentas para uma gestão eficiente dos recursos disponíveis e dos usuários, com o olhar no sujeito em busca de boas práticas com na humanização, tendo como alicerce da filosofia da gestão: a Gestão da Informação, a Descentralização, os Fluxos de Movimentação e Processos de Manufatura Enxuta (*lean manufacturing*).

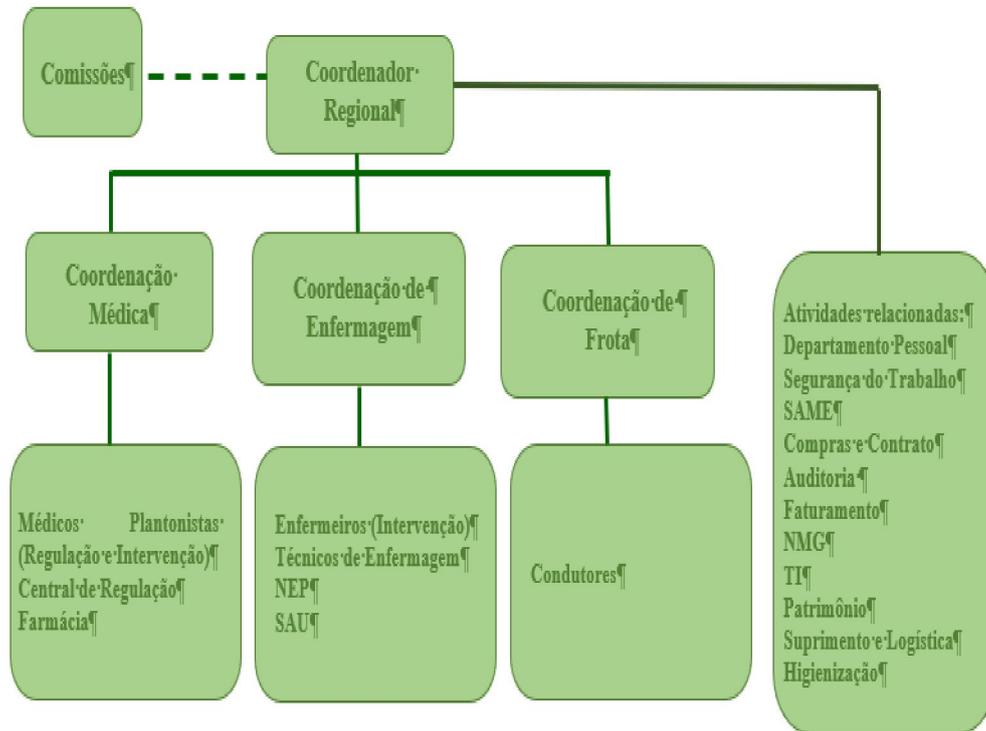
O gerenciamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU 192 da Regional de Suzano buscará a qualidade total imediata, a minimização do desperdício, a melhoria contínua, a flexibilidade e a construção e manutenção de relações de longo prazo com os parceiros e fornecedores. Para tanto, contará com uma equipe gestora formada por profissionais qualificados e com *expertise* na gestão e operacionalização de serviços de saúde de urgência e emergências, com foco no atendimento pré-hospitalar móvel. Os gestores designados serão responsáveis pela qualidade do serviço, articulando, de maneira eficiente, com os recursos a serem utilizados e atendendo as necessidades do usuário e da equipe.

Organograma

O INTS propõe assim, uma estrutura organizacional baseada nos aspectos administrativos e assistenciais; nos serviços a serem ofertados; nos recursos humanos necessários; no suprimento e controle de insumos; e nos custos, conforme o Organograma da Figura 02.

A equipe gestora do SAMU 192 - Regional Suzano será formada por profissionais qualificados e com *expertise* na gestão e operacionalização de serviços de saúde de urgência e emergência e experiência assistencial e gestora em serviços de atendimento pré-hospitalar, preferencialmente, móvel. Os gestores designados pelo INTS serão responsáveis pela busca constante de melhorias e qualidade do serviço, articulando de maneira eficiente com os recursos a serem utilizados e atendendo as necessidades dos usuários, da sua equipe de trabalho e dos nossos contratantes.

Figura 02



COORDENADOR REGIONAL

Perfil: Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Administração, Gestão Hospitalar, Gestão Pública, Saúde Coletiva ou área correlata e experiência no mínimo de 01 ano, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições e Objetivos: o Diretor Administrativo é responsável pela gestão do contrato de gestão sendo o interlocutor entre a unidade e a Secretaria de Saúde, bem como conselhos municipais, órgãos de controle, conselhos de classe, quando for o caso. Planejar, organizar, controlar e avaliar as atividades de recursos humanos; coordenação de processos de contratação e demissão; criação de programas de treinamento e desenvolvimento.

COORDENAÇÃO MÉDICA

Perfil: Ensino Superior em Medicina com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em área assistencial com Experiência em gestão de serviços de saúde de urgência e emergência pré-hospitalar móvel e Conhecimento em Gestão da Saúde, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública; habilitado para exercer a medicina pré-hospitalar e nas ambulâncias; conhecedor das normativas e portarias relacionadas a Rede de Urgência e Emergências, do Código de Ética Médica, das Resoluções do Conselho Regional de Medicina (CRM) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. É o médico principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

Atribuições e Objetivos: a Coordenação Médica deve assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no SAMU 192, além de observar o cumprimento das normas em vigor, assegurar o funcionamento da Comissão de Ética Médica. Representar o SAMU 192 em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor. Manter perfeito relacionamento com os membros da equipe médica. Supervisionar a execução das atividades de assistência e regulação médica. Elaborar, aprovar e zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico do SAMU 192 – Regional Suzano. Planejar, organizar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas na sala de regulação pelos TARM's e Rádio Operadores; acompanhar o cumprimento das normas e rotinas do sistema de gravação; subsidiar a Coordenação Médica de informações pertinentes ao desenvolvimento das atividades dos médicos reguladores; monitorar as pesquisas de satisfação dos usuários realizadas por contato telefônico.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Perfil: Ensino Superior em Enfermagem com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em Urgência e Emergência, com cursos relacionados ao atendimento pré-hospitalar; com título de Tutoria pelo Ministério da Saúde em SAV e SBV; experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde e urgência e emergência ou área correlata

Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Gestão em Serviços de Enfermagem, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia.

Atribuições e Objetivos: a Coordenação de Enfermagem deve acompanhar, divulgar o planejamento estratégico do SAMU 192 – Regional de Suzano; estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar a equipe de profissionais sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem; acompanhar a evolução dos indicadores, tomando ações corretivas se necessário; acompanhar as ocorrências registradas das suas áreas; prever, elaborar e distribuir quali-quantitativamente o quadro de profissionais do Serviço de sua responsabilidade; acompanhar a escala de férias e horas extras da equipe de enfermagem. elaborar registro de atividades de enfermagem, atendimento dos pacientes e procedimentos realizados para fins de controle e efeito estatístico; manter e atualizar registro funcional de todos os profissionais de sua responsabilidade; elaborar projetos e planejamentos a área do Serviço de sua responsabilidade; distribuir tarefas e funções adequadas aos membros de sua equipe; convocar e presidir reuniões com a sua equipe de enfermagem, registrando em atas; manter inter-relações com as equipes multiprofissionais; sugerir, elaborar, participar e realizar procedimentos que visem melhorar o atendimento; prover materiais e equipamentos necessários ao funcionamento do Serviço; apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico de sua área de competência; participar, junto ao NEP, de treinamentos sistematizados, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde; desenvolver as Instruções de trabalho (técnicos e administrativos) de Enfermagem, referente às unidades e participar na implantação; informar, orientar e interpretar as normas elaboradas a serem implantadas; zelar pelo cumprimento do Código de Ética de Enfermagem;

COORDENADOR DE FROTA

Perfil: Nível superior ou tecnólogo na área de gestão de frotas, logística ou correlata. Experiência no mínimo de 01 ano, em gestão serviço público ou privado. Experiência com uso de sistema de gestão de frotas e sistema de rastreamento. Conhecimento em Informática, Gestão Administrativa, Apoio Logístico e Mecânica de veículos tipo

ambulância. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições e Objetivos: a Supervisão de Frota deve planejar, organizar, controlar e assessorar todas as ações relacionadas aos condutores no que diz respeito a parte operacional de condução veicular; buscar soluções para a melhor monitoramento, controle e manutenção dos veículos da frota; acompanhar o desempenho e autonomia dos veículos; articular com os órgão competentes treinamentos e atualizações sobre normas legais e a melhor condução de veículos.

Além dos cargos apresentados no Organograma (Figura 02), a equipe gestora do Serviço contará com o apoio técnico-gestor da equipe da sede do INTS uma vez que o Gestor de Operações do Contrato de Gestão está ligada diretamente a Diretoria de Assistência à Saúde conforme o Organograma do INTS (Figura 02).

Além dos cargos gestores do SAMU 192 - Regional Suzano, o serviço contará ainda com (1) Colegiado Gestor que trabalhará a descentralização da gestão (acompanhar indicadores, resultados e projetos e estabelecer tarefas e cobrança de responsabilidade) e (2) Conselho de Gestão Clínica que focará os processos de trabalho clínicos, integrando as dimensões médico-assistenciais e administrativo-financeiras. (Figura 03)

Figura 03



A Diretoria de Assistência à Saúde é o órgão do INTS que acompanhará a execução das atividades propostas para o SAMU 192 de Suzano e o cumprimento do Contrato de Gestão. Gestores ou técnicos desta Diretoria realizam monitoramento diário das ações, bem como visitas mensais com vistas a apoiar a equipe gestora local e orientar quanto aos fluxos administrativos e técnicos.

A Diretoria Médica do INTS assume também a responsabilidade de acompanhar as ações médicas do SAMU 192 de Suzano acompanhando o cumprimento das metas médicas, a implantação dos protocolos de assistência e a participação dos médicos nas comissões e núcleos técnicos.

Além das duas Diretorias Técnicas, a equipe gestora dos do SAMU 192 de Suzano contará com o apoio da Diretoria Financeira para execução fiscal e elaboração de prestação de contas; da Diretoria de Administração no apoio a aquisição de insumos e contratação de serviço, bem como na incorporação do Projeto de Qualidade; da Diretoria de Infraestrutura e TI nas atividades que envolvam a manutenção predial e de equipamentos, bem como na implantação dos sistemas de uso administrativo e assistencial; e da Diretoria Jurídica no acompanhamento de ações judiciais ou questionamento de órgãos como o Ministério Público.

A equipe contará também com o apoio dos profissionais das áreas de Segurança do Trabalho e Farmácia, bem como os Responsáveis Técnicos do INTS da área Médica, de Enfermagem e Farmácia, Gerência de Pessoal e Operacional e Supervisão de Faturamento.

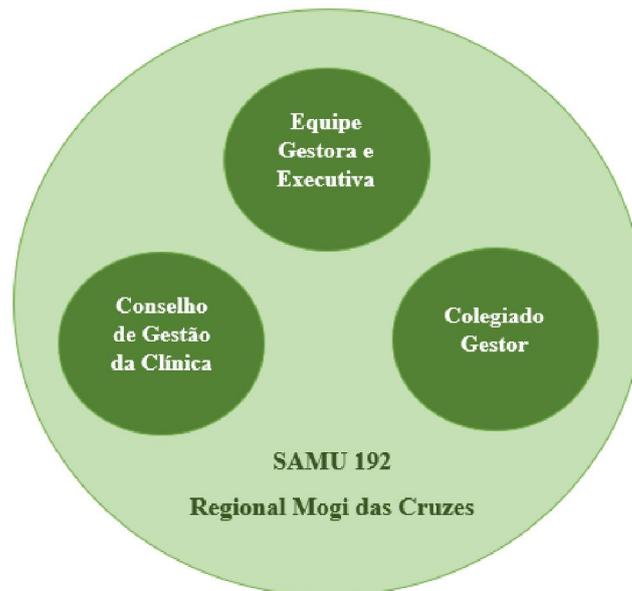
O INTS, optará por um modelo organizacional que reflita e concretize mudanças em termos de melhorias gerenciais, modernização da gestão, incorporação de novas tecnologias e implantação da gestão da qualidade e, para tanto, definirá suas ações e atividades de forma coordenada com vistas a dirigir e controlar a unidade, no sentido de possibilitar a melhoria dos serviços prestados à população.

Para cumprimento do modelo proposto vai realizar uma Gestão Colegiada em todos os seus níveis através dos seguintes mecanismos: o Colegiado Gestor e o Conselho de Gestão Clínica. Esses colegiados são espaços democráticos, produtores de compromissos, onde se dá, de forma participativa e ascendente, a pactuação de prioridades de investimentos,

de diretrizes, dos objetivos e metas dos projetos de trabalho, assim como do sistema de avaliação e prestação de contas.

Os gestores executivos do SAMU 192 - Regional Suzano terão o perfil de trabalhar com metas definidas e com a finalidade de melhorar e alcançar seus objetivos estratégicos. As metas funcionarão como um instrumento de controle e os gestores monitorarão o desempenho da unidade a longo prazo e as utilizarão para monitorar o desempenho dos colaboradores a curto prazo.

Figura 03



Na prática de uma gestão segura, eficiente e eficaz, na qual não existem espaços para o desconhecimento, a equipe gestora utilizará a metodologia de trabalho baseada na entrada de informação coerente, no monitoramento e na realização de constantes *feedbacks* para o usuário, a equipe e a Contratante, de maneira a construir um processo de melhoria contínua.

Do SAMU 192 Regional Suzano

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

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela.

O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional. Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências.

A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não forem tecnicamente possíveis), onde o médico regulador, após julgar cada caso, de acordo com as informações fornecidas define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios.

O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da Polícia Militar (190), Corpo de Bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

Do Funcionamento

O SAMU disponibilizará atendimento de Urgência 24 horas ininterruptas nos sete dias da semana com equipes multiprofissionais compostas por profissionais qualificados, habilitados e com experiência nas áreas:

- de Medicina: com médicos que atuam como reguladores e intervencionistas;
- de Enfermagem: com profissionais enfermeiro de nível superior e nível técnico;
- de Condução de veículo tipo ambulância;
- de atendimento e comunicação;
- de Farmácia;
- de Educação em Saúde;
- de apoio logístico e administrativo.

O atendimento do SAMU 192 – Regional Suzano inicia a partir de uma ligação de chamada, através da qual é aberta uma ocorrência para atendimento. O solicitante deve ser atendido com escuta diferenciada e humanizada, com vistas a ser levantadas todas as informações necessárias para conhecer a situação de risco.

As solicitações de socorro serão recebidas, avaliadas, hierarquizadas e atendidas por ordem de prioridade de acordo com as decisões do médico regulador. Durante o atendimento, o solicitante deve ser acolhido e ter o atendimento resolutivo e orientado de forma a redirecionar, quando for o caso, para os locais adequados à continuidade do tratamento através do trabalho integrado entre a Central de Regulação Médica das Urgências e outros serviços (Regulação de leitos hospitalares, de procedimentos de alta complexidade, de exames complementares, de internamentos e de consultas especializadas, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, dentre outros), busca-se assim, a assistência ao usuário é garantida de forma integral.

Para o efetivo funcionamento do serviço, a rede de atenção deve estar estruturada com serviços fixos que atendam, de forma pactuada e hierarquizada, as ocorrências atendidas pelo SAMU 192 de forma resolutiva. Neste caso, é determinante que o Plano da Urgência e Emergências da região de Suzano esteja implantado e tenha considerado as atribuições formais de cada unidade de saúde, bem como as suas responsabilidades, o adensamento tecnológico e os recursos humanos qualificados.

A Central de Regulação Médica do SAMU 192, operacionalizada por Médicos Reguladores, é um espaço no qual se garante uma escuta permanente de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como o estabelecimento de uma classificação inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada a cada solicitação, bem como a utilização de dispositivos da rede como as Bases Descentralizadas, que são postos avançados para acomodação das ambulâncias e suas respectivas equipes.

Utiliza-se ainda o “Modelo Geocêntrico de Regulação”, ou seja, se demarcarmos com pontos os locais nos quais se encontram as bases descentralizadas e traçarmos linhas imaginárias ligando-os, o resultado são figuras semelhantes às geométricas, daí o surgimento do referido nome. As ambulâncias são distribuídas desta forma a fim de facilitar a visão espacial do médico regulador, bem como abranger a maior área de cobertura possível.

Além disso, caso alguma viatura fique fora de operacionalização por qualquer que seja o motivo (problema mecânico, principalmente), o médico regulador em parceria com o operador da frota poderá designar o veículo mais próximo para atendimento desta área e evitar que a região fique descoberta temporariamente.

Garantir um funcionamento adequado do modelo de regulação referênciada do acima, algumas tecnologias serão incorporadas à central de regulação médica das urgências como o sistema de rastreamento dos veículos através de GPRS instalado em cada veículo, permitindo assim o rastreamento e a transmissão de dados para a Central de Regulação Médica a tempo real .

Estas ferramentas oferecem informações que servem para auxiliar na decisão gestora do regulador médico, uma vez que atuam sobre dois dos grandes nós críticos do atendimento pré-hospitalar móvel, a comunicação qualificada com as equipes de atendimento e a diminuição do tempo resposta.

Dos Serviços de atendimento e comunicação;

Todos os atendimentos realizados pelo SAMU 192 – Regional Suzano começam por um contato telefônico. A ligação realizada por um solicitante é a porta de entrada no sistema de urgência pré-hospitalar móvel. Neste cenário, o primeiro contato é realizado pelo Telefonista Auxiliar de Regulação Médica, o TARM.

Assim sendo, o atendimento deste profissional deve ser realizado de forma acolhedora e transmitindo ao solicitante segurança e confiança. Sendo o TARM o primeiro profissional a contatar com o solicitante, a conduta de recepção deve garantir a continuação da comunicação, para que posteriormente o médico regulador possa buscar todas as informações que julgar necessárias para aquele pedido de socorro.

Neste sentido, o TARM deverá seguir todas as orientações para o recebimento dos chamados telefônicos e lembrar que, usualmente, as primeiras informações trazidas pelo solicitante apresenta os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo. Com isso, o acolhimento inicial realizado pelo TARM, além de garantir a continuidade no processo de comunicação, tem por objetivo identificar sinais de alerta que surjam de imediato em decorrência da natureza do agravo, bem como a descrição do caso/cenário por parte do solicitante.

Após o acolhimento inicial, já com a ocorrência de atendimento aberta, o médico regulador determina a conduta a ser adotada pelas equipes das ambulâncias, sendo a comunicação da Central de Regulação com as equipes de campo realizadas pelos rádios operadores.

Os rádios-operadores são profissionais treinados para operar os rádios de comunicação que ficam na Central e disponíveis em cada uma das ambulâncias.

Ao chegar no plantão, é papel dos operadores de rádio do SAMU 192 levantar todos os nomes dos profissionais que estão de serviço nas bases descentralizadas, além do número de telefones de apoio. Cabe a este profissional saber quais viaturas estão disponíveis para atendimento e onde estas se encontram, visto que é ele quem comunica às equipes a necessidade de deslocamento, após a avaliação de risco feita pelo médico regulador.

O rádio operador deve acompanhar todas as situações do plantão, e sua comunicação com as equipes é feita através do rádio ou telefone. As equipes fazem contato com ele, solicitando dados em relação ao endereço da ocorrência, bem como pontos de localização e referência, além da solicitação de apoio de outras unidades do próprio SAMU ou de outros serviços (polícia, bombeiros, agentes de trânsito etc.).

Todas as saídas e chegadas das ambulâncias são registradas pelo rádio operador. Esses dados ficam registrados através de um sistema informatizado, mas também são mantidas

cópias impressas diárias desse controle. Na tela, ele acompanha os horários: (1) de saída da ambulância após a comunicação; (2) de chegada da equipe no local solicitado; (3) da saída da equipe do local do atendimento; (4) de chegada na unidade de saúde; (5) de liberação da unidade de saúde; (6) de disponibilidade para novo atendimento; e (7) de chegada na base.

Do Perfil assistencial

De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência é agrupado em cinco categorias:

1. causas externas clínico adulto
2. clínico pediátrico
3. psiquiátrico
4. gineco-obstétrico
5. cirúrgico).

As principais causas de atendimento são:

- Ocorrência de problemas cardiorrespiratórios;
- Em casos de intoxicação exógena;
- Em casos de queimaduras graves;
- Na ocorrência de maus tratos;
- Em trabalhos de parto onde haja risco de morte da mãe ou do feto;
- Em casos de tentativa de suicídio;
- Em crises hipertensivas;
- Quando houver acidentes/ traumas com vítimas;
- Em casos de afogamento;
- Em casos de choque elétrico;
- Em acidentes com produtos perigosos;

Do Atendimento primário

Consideramos como atendimento primário a solicitação de ajuda originada diretamente da população, onde ainda não houve nenhuma intervenção de equipe de saúde sobre o usuário acometido pelo agravo. O médico regulador deverá proceder com interrogatório específico e estabelecer o diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível.

Tentar fazer o solicitante relatar calma e sucintamente o ocorrido, para presumir a gravidade do caso.

A detecção do nível de urgência e o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico são feitos a partir do interrogatório via telefone. Para abordagem dos casos a serem regulados, existe uma técnica de semiologia médica à distância, que procede com a avaliação inicial do caso a partir de uma sequência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas, denominada de Síndromes Operacionais da Regulação Médica.

Tal procedimento tem como objetivo chegar inicialmente a um diagnóstico sindrômico que, antes mesmo do estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, já permite a determinação da gravidade do caso e pode justificar o envio imediato de uma unidade móvel de atendimento, considerando a fórmula da detecção do grau de urgência ($U=GxAxVx/T$).

Serviço Médico no SAMU 192

Além da Coordenação Médica que responde pela gestão do serviço médico, a equipe de profissionais médicos do SAMU 192 – Regional Suzano atuam prestando atendimento em duas funções:

- **Regulação:** neste caso, o médico regulador é responsável por acompanhar e atender as ocorrências abertas via ligação telefônica com vistas a garantir uma escuta permanente aos pedidos de atendimento, realizando a classificação inicial do grau de urgência de cada caso e, após esta classificação, disparando a resposta mais adequada a cada solicitação, bem como o tipo de ambulância e de qual base descentralizada deverá partir o atendimento buscando, com isto, garantir o tempo oportuno de atendimento, mantendo o menor tempo-resposta possível. Para realizar esta avaliação, o médico regulador deverá utilizar do protocolo de classificação de risco.
- **Intervenção:** neste caso, o médico intervencionista é responsável por compor a equipe da ambulância de Suporte Avançado à Vida, tripulando o veículo sempre que uma ocorrência seja disparada pelo médico regulador. Durante o deslocamento para o local do atendimento, o médico intervencionista é

apresentado ao quadro levantado pelo médico regulador que o levou a disparar uma ambulância avançada. Para ser médico intervencionista, o profissional deverá estar qualificado para atendimentos pré-hospitalares de emergência com risco iminente à vida utilizando todos os recursos (equipamentos, medicamentos, insumos etc.) disponíveis na ambulância.

Serviço de Enfermagem no SAMU 192

O Serviço de Enfermagem do SAMU 192 está vinculado diretamente à Coordenação de Enfermagem que tem como missão promover o crescimento e desenvolvimento da equipe de enfermagem através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando princípios éticos com dedicação, compromisso e amor.

Os profissionais da equipe de enfermagem do SAMU 192 - Regional Suzano oferecerá à comunidade assistência humanizada em saúde, com qualidade, de forma integral, holística e humanizada, seguindo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Lei do Exercício da Profissão e demais legislações vigentes.

O Serviço irá cumprir a Resolução CONFEN nº 358/2009, implantando a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE e a implementando o Processo de Enfermagem previsto para serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência móvel. Entende-se que a SAE contribui na organização do gerenciamento do cuidado, corroborando com registro sistemático e padronizado nas fichas de atendimento, viabilizando a agilidade na resolução de problemas, além de valorizar a atuação do enfermeiro e garantir uma assistência de qualidade ao usuário (CASTRO E CAIXETA, 2012).

O serviço de enfermagem do SAMU 192 – Regional Suzano desenvolverá uma prática da assistência de enfermagem com qualidade através da sistematização da assistência, por meio de métodos ou processos específicos, promovendo capacitações para os profissionais de enfermagem, priorizando a urgência e emergência, buscando sempre a excelência e, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população assistida pelo serviço praticando uma enfermagem ética, humanista, compromissada e livre de danos; desenvolvendo no enfermeiro um pensamento científico; prezando pela

responsabilidade social; desenvolvendo competências pessoais; tendo comprometimento institucional e compromisso com a qualidade da assistência prestada.

Além da Coordenadora de Enfermagem, a equipe será composta por:

- Enfermeiro Assistencial Intervencionista: é o profissional de enfermagem de nível superior, com registro do COREN e curso em Atendimento Pré-Hospitalar que atuará nas equipes que compõem as ambulâncias de Suporte Avançado à Vida realizando os atendimentos pré-hospitalares de emergência com risco iminente à vida conjuntamente com o médico intervencionista. Estes profissionais deverão ter visão abrangente nos cuidados pré-hospitalares; habilidades humanizadas no atendimento e trato com os usuários e familiares; dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe; competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez; e ter experiência de um ano na área de atuação.
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem: é o profissional de enfermagem de nível técnico, com registro do COREN e curso em Atendimento Pré-Hospitalar que atuará nas equipes que compõem as ambulâncias de Suporte Básico à Vida realizando atendimentos sozinhos sob a orientação da Central de Regulação. Estes profissionais deverão realizar o atendimento de forma humanizada no trato com usuários e familiares, ter técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia e comprovar experiência de, no mínimo, seis meses na área de atuação.
- Enfermeiro do NEP: é o profissional de enfermagem de nível superior, com registro do COREN, título de tutora em Suporte Avançado à Vida - SAV e Suporte Básico à Vida – SBV e com curso, domínio e habilitado nos protocolos de Atendimento Pré-Hospitalar que responderá pelas atividades de planejamento, execução e avaliação das atividades de capacitação dos profissionais que compõem as equipes do SAMU 192 – Regional Suzano. Responde também pela execução dos projetos de articulação do SAMU 192 com a comunidade, as escolas e a rede de atenção à saúde, nos assuntos relacionados a capacitação. Este profissional deverá se manter atualizado, ter conhecimento de metodologias de educação, conhecer informática, ter visão abrangente nos cuidados pré-hospitalar,; ser organizado, dinâmico, versátil, ter bom relacionamento e trabalhar

em equipe; competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez; e ter experiência de um ano na área de atuação.

Serviço da Frota

A frota do SAMU 192 – Regional Suzano é de responsabilidade do Coordenador de Frota que está vinculado, diretamente a Coordenadoria Regional. Além da Central de Regulação que funciona diariamente 24 horas, o serviço do SAMU 192 da Regional de Suzano conta com um total de 05 (cinco) ambulâncias:

- Unidades de Suporte Avançado (USA), tripuladas por médico, enfermeiro e motorista socorrista;
- 04 (quatro) Unidades de Suporte Básico (USBs), tripuladas por técnico e ou auxiliar de enfermagem e motorista socorrista;

As 04 (quatro) ambulâncias estão distribuídas no município de Suzano e 01(uma) no município de Poá em sede denominadas base descentralizada, com o objetivo de garantir um tempo resposta de qualidade e racionalidade; e com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da ambulância.

DESCRIÇÃO	Composição e Distribuição da Frota e Regulação Médica		
	Município de Suzano	Município de Poá	Produção Média Mensal (apenas município de Suzano)
Unidade de Suporte Básico de Vida	3	1	735
Unidade de Suporte Avançado de Vida	1	0	86
Central de Regulação	1	0	4224
Reserva Técnica	3	1	-

Fonte: Edital/ SEMSA

É de responsabilidade do INTS assumir o seguro dos veículos da frota, bem como dos tripulantes e usuários das ambulâncias. O serviço de seguro será realizado mediante cotação buscando a proposta mais vantajosa e com melhor cobertura.

Cabe também ao INTS, a manutenção completa da frota tanto preventiva (troca de óleo, revisões, extintores etc.) quanto corretiva (mecânico, chaparia, ar condicionado etc.).

Dentre as responsabilidades do INTS, estão os acompanhamentos, manutenção e trocas de pneus e todos os serviços relacionados aos mesmos (calibragem, alinhamento, balanceamento etc.)

O abastecimento dos veículos da frota será realizado mediante acompanhamento dos quilômetros rodados através dos registros do Boletim de Veículo, monitorado pelo Supervisor de Frota. Tendo em vista os seis municípios que integram o SAMU 192 – Regional Suzano e a distância entre eles, o INTS contratará o serviço de cartão de abastecimento orientando os condutores a buscar o posto como o menor preço por litro de combustível da região da sua base.

O acompanhamento dos Boletins e abastecimentos realizados é de responsabilidade do Supervisor de Frota.

No caso de veículo desativados, ou seja, ambulâncias que fique fora de operacionalização por qualquer que seja o motivo (problema mecânico, principalmente), caberá o Supervisor de Frota informar ao médico regulador para que o mesmo possa designar o veículo mais próximo para atendimento desta área e evitar que a região fique descoberta temporariamente.

Os veículos tipo ambulância da frota serão identificados de acordo com o Manual de Padronização do Ministério da Saúde e contarão com sistema de rastreamento dos veículos através de GPRS, permitindo assim o rastreamento e a transmissão de dados para a Central de Regulação Médica a tempo real.

Do Serviço de Farmácia

O Serviço de Farmácia do SAMU 192 - Regional Suzano será operacionalizado por profissional farmacêutico habilitados e com experiência de trabalho na área urgência e emergência. Administrativamente, estará vinculado a Coordenadoria Regional, devendo, tecnicamente, articular com as Coordenações Médicas e de Enfermagem.

Este profissional será designado para assumir a Responsabilidade Técnica pelo serviço de farmácia do Serviço diante dos órgãos de controle e fiscalização, a exemplo da Vigilância Sanitária e Conselho Regional de Farmácia.

Compete ao responsável técnico do Serviço de Farmácia:

- controlar as atividades da Farmácia do SAMU 192 – Regional Suzano;
- supervisionar a atividade das equipes durante o serviço;
- manter-se em dia com o Conselho Regional de Farmácia;
- identificar problemas na atividade da Farmácia;
- elaborar e monitorar a execução dos protocolos para armazenamento de medicamentos;
- solicitar, em tempo hábil, ao setor de Logística e Suprimentos a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque;
- notificar imediatamente a Coordenadoria Regional os desvios no padrão de consumo de medicamentos e materiais;
- elaborar e revisar continuamente o manual de Procedimentos operacionais padrão (POP);
- manter atualizados os registros das ações farmacêuticas;
- realizar a padronização dos medicamentos utilizados no SAMU 192 – Regional Suzano conforme a RENAME e as determinações da Secretaria de Saúde;
- definir as especificações técnicas e quantidades dos medicamentos;
- assegurar a qualidade dos produtos mantidos em estoque;
- organizar o processo que viabilize a organização dos medicamentos por dose individualizada;
- assegurar o uso racional dos medicamentos através da análise da prescrição médica quanto a posologia, via de administração, interação com outras drogas, diluição dentre outros aspectos relevante;
- garantir o suprimento constante dos medicamentos mediante cálculo do estoque mínimo e máximo baseado no histórico de consumo;
- Cumprir com a Portaria n.º 2344/1998 de controle dos psicotrópicos;
- desenvolver trabalhos conjuntos com a equipe multidisciplinar.

Junto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, o Serviço de Farmácia deverá cuidar:

- do ciclo logístico da assistência farmacêutica hospitalar;
- da otimização da terapia medicamentosa (seguimento farmacoterapêutico), objetivando assegurar o uso racional de medicamentos;
- das ações em Farmacotécnica, tais como: apoio no preparo e diluição de germicidas, aquisição de preparações magistrais e oficinais, fracionamento e reembalagem de medicamentos estéreis ou não estéreis;
- da realização de ações de farmacovigilância no SAMU 192, notificando as suspeitas de reações adversas e queixas técnicas às autoridades sanitárias competentes.

Para o atendimento das necessidades do serviço de saúde, a equipe gestora do INTS iniciará as atividades utilizando o elenco de medicamentos padrão da Instituição a fim de que o Serviço de Farmácia e a Comissão de Farmácia e Terapêutica possam realizar o processo de seleção dos medicamentos de acordo com o perfil da Unidade no prazo máximo de 60 dias.

Caberá a RT de Farmácia manter a Farmácia do SAMU 192 – Regional Suzano composta minimamente com os seguintes itens: escaninhos, estantes, estrados, geladeira, armário com chave, pastas de arquivo de espelho, computador e impressora. Tendo o cuidado de não armazenar produtos em contato direto com o chão, teto e paredes; de identificar com etiqueta amarela qualquer produto que esteja armazenado no setor com prazo de validade de até 03 (três) meses, registrado o mês e ano e ter prioridade na saída.

Do Serviço de Odontologia

Uma simples queda na rua ou mesmo um acidente de carro pode provocar lesões no rosto que precisam de atendimento imediato. Em muitos casos, se uma intervenção não for realizada em 30 minutos após o acidente fica muito difícil recuperar os dentes da pessoa que tenha sofrido um trauma na face.

Para tanto, embora a equipe do SAMU 192 Regional Suzano não tenha a odontologia incorporada enquanto profissional, todos os colaboradores serão treinados para realizar os primeiros atendimentos de modo a adotar medidas de assistência que permitam o tempo resposta para os atendimentos de pequeno e médio porte, como suturas e reduções incruentas de algumas fraturas nas unidades de referência.

Do Núcleo de Educação Permanente – NEP

De acordo com a prerrogativas do SAMU 192, o Núcleo de Educação Permanente tem a missão de desenvolver um enfoque problematizador na educação e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação recertificação, bem como com a capacitação pedagógica para atender a demanda existente da equipe.

Neste sentido, o NEP do SAMU 192 – Regional de Suzano será conduzido por um profissional da enfermagem com a responsabilidade organizar no Serviço espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada dos colaboradores do SAMU, da Rede de Saúde e da comunidade para as urgências, com vistas a torna-se referência para os hospitais e unidades de saúde da área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

O NEP atuará nos espaços inter e intra institucionais buscando qualificar a assistência prestada pelo SAMU 192 e demais equipamentos de saúde que compõem a rede, com o foco na promoção integral da saúde e o objetivo de reduzir a morbimortalidade, preservar e desenvolver a autonomia dos sujeitos e comunidades, com base no uso das informações obtidas nos espaços de atendimento às urgências.

Sabendo que a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente dos profissionais do SAMU 192 – Regional Suzano será baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ou seja, será um processo de aprendizagem que ocorrerá no momento de trabalho do profissional e incorporada ao cotidiano do trabalhador e dos serviços.

As atividades serão desenvolvidas a partir dos problemas enfrentados no dia-a-dia de cada serviço, considerando os conhecimentos dos envolvidos, as experiências progressas e a relação da equipe. Desta maneira, a Educação Permanente do SAMU 192 - Regional Suzano será feita a partir da problematização do processo de trabalho, e considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de acordo com as necessidades de saúde dos atendimentos realizados na unidade.

Assim, os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20)

Nesse sentido, as atividades de educação permanente no SAMU 192 - Regional Suzano terão como objetivo desenvolver o potencial humano, estimulando a qualificação técnico-assistencial e visando melhorias na qualidade dos serviços prestados, direcionada a todos os colaboradores.

As atividades de Educação Permanente do SAMU 192 será realizado no próprio serviço ou em locais identificados para simulação, em parceria com os gestores, instituições de ensino e outras organizações. Com esta finalidade, a partir das necessidades de formação de cada categoria profissional a equipe gestora buscará na região de Suzano parceiros que possam realizar as capacitações formais, por exemplo.

Será elaborado um programa de capacitação com base na avaliação dos resultados obtidos dos indicadores assistenciais, da supervisão direta do colaborador, das auditorias de ficha de atendimento e processos, na análise das não conformidades e na identificação das necessidades que impactam a segurança da assistência direta ao paciente e das necessidades identificadas pela equipe multiprofissional e as comissões.

O NEP desenvolverá suas atividades nos seguintes eixos:

- Educação em Serviço que compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam no SAMU 192 - Regional Suzano. Os treinamentos desenvolvidos no serviço consistirão num processo de orientação de conhecimentos (teóricos e/ou prático) no próprio ambiente de trabalho e/ou num processo de atualização e discussão de conhecimentos teóricos frente ao processo de trabalho, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa. Para possibilitar o controle dos índices de capacitação institucional, a confirmação da participação do colaborador é feita com a aplicação de listas de frequência.
- Educação em Saúde para pacientes e comunidade, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população, atividades nas escolas, treinamentos em espaços públicos, entre outros.

- Integração ensino-serviço o SAMU 12 servirá de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde das Instituições de Ensino Superior e Ensino Médio, que estejam formalmente conveniados.

Sobre a presença de estudantes no SAMU 192 - Regional Suzano, o campo de prática estará disponível desde que adotadas as medidas legais cabíveis. Entretanto, destaca-se que os profissionais da assistência da unidade não poderão realizar preceptoria de estágio/residência, de forma concomitante ao horário de trabalho. O INTS disponibilizará computadores com acesso à Internet para possibilitar a realização de pesquisas pelos estudantes/acadêmico-residentes.

Através do Núcleo de Educação Permanente, responsável pela estruturação e organização das demandas de capacitação/qualificação, serão colocados em prática diversas atividades de educação em serviço, dentre elas:

1. Promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde, para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema;
2. Desenvolvimento de atividades educacionais junto a população através dos Programas:
 - Projeto Samuzinho: com o objetivo de apresentar o serviço, diminuir o número de trotes e explicar como e quando acionar o SAMU, esse projeto é desenvolvido em escolas. Nele é também realizado um treinamento em suporte básico de vida para as escolas.
 - Projeto Viva Coração (nos locais de grande circulação de pessoas são distribuídos os desfibriladores externos automáticos e realizados treinamentos junto à comunidade civil para o reconhecimento de uma pessoa que apresente uma parada cardiorrespiratório e como proceder nesses casos).
 - SAMU 192 na Comunidade.
3. Fortalecimento das parcerias com as Universidades, escolas Técnicas através de visitas técnicas e elaboração de trabalhos científicos;
4. Capacitação para o APH Fixo (visando a integração dos serviços de atendimento pré-hospitalar, bem como seguindo a nova proposta de estruturação da rede de urgência e emergência, as capacitações serão ampliadas para a rede de APH fixa).

5. Resposta a Desastre e Catástrofes (simulados), articulação com os órgãos e hospitais pactuados com a urgência e emergência dos municípios;
6. Estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências;
7. Implantar Comissão Científica, mensurar perfil epidemiológico, produzir trabalhos e publicações científicas;
8. Participação em comitê e câmaras técnicas que envolvam as ações de atendimento as urgências;
9. Apresentar Programa semestral e anual de trabalho, com meta anual;
10. Apresentar relatório mensal das atividades realizadas, contendo os respectivos dados:
 - Gráfico com os indicadores de eficácia e eficiência do treinamento realizado.
 - Registro fotográfico das oficinas práticas.
 - Lista de presença sem rasura: data, horários de início e término carga horaria, participantes descrição do evento, tutor responsável.
 - Certificado da ação.
 - Validação da Coordenação.
11. Participação em Seminários, Congressos, Jornadas, Feiras e eventos acadêmicos relacionados com as atividades do SAMU 192.

Dentre as atividades e treinamento do Núcleo de Educação Permanente destaca-se:

- Capacitação Inicial de 40 e 80 horas (realizado sempre no ingresso de novos colaboradores, sendo que são disponibilizadas sempre de duas ou três turmas por aula, ou seja, dobrando ou triplicando a carga horária necessária para atender às demandas das turmas).
- Treinamento em manejo de vias aéreas (realizado para médicos e enfermeiros).
 - Acesso Intraósseo (realizado para médicos e enfermeiros).
 - Ventilação Mecânica (realizado para médicos e enfermeiros).
 - Manejo do hemogasômetro (realizado para médicos e enfermeiros).
 - Salvamento aquático (aberto a todos os funcionários).

- Treinamento para uso de Trombolítico e outros medicamentos (realizado para médicos e enfermeiros).
- Incidentes com Múltiplas Vítimas (visando eventos de massa).
- Treinamento de profissionais da rede de atenção à saúde dos municípios consorciados em Suporte Básico de Vida.

Dos Serviços de apoio logístico e administrativo.

Os serviços de apoio logístico e administrativo do SAMU 192 – Regional de Suzano envolve as atividades relacionadas aos documentos administrativos, o apoio ao departamento pessoal, o faturamento dos serviços prestados, o almoxarifado (suprimento e apoio logístico), higienização, transporte administrativo e manutenção predial, de ar condicionado e do parque tecnológico.

Das Bases Descentralizadas

As bases descentralizadas são distribuídas na área de abrangência e atendimento do SAMU 192 – Regional Suzano de forma a atender todas as regiões adscritas e a fim de facilitar a visão geral do médico regulador, bem como abranger a maior área de cobertura possível.

As Bases serão supervisionadas pela equipe gestora do contrato com vistas a buscar acompanhar a organização, limpeza e manutenção predial das mesmas. A organização dos ambientes será de responsabilidade da equipe escalada para Base, sendo a limpeza das mesmas de responsabilidade da equipe de auxiliares de serviços gerais.

As bases externas seguirão a Padronização Visual do Ministério da Saúde, com sinalização externa de fácil identificação, sendo responsabilidade da secretaria municipal de saúde a manutenção predial e a programação visual.

Todas as bases estão estruturadas com alojamento com banheiro, local para estacionamento da ambulância, DML, local para guarda de resíduos de saúde e mobiliários em condições de uso.

Administração Geral

O Serviço de Administração do SAMU 192 - Regional Suzano assume as atividades relacionadas a gestão administrativas nas áreas de:

- Gerenciamento de logística dos recursos materiais, financeiros, de informações e pessoal;
- Gerenciamento da Qualidade da Saúde;
- Contabilidade Financeira;
- Gerenciamento de Tecnologia em Saúde;
- Gerenciamento de Risco;
- Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
- Almoxarifado;
- Patrimônio;
- Arquivo de Prontuário Médico e Estatística
- Gerenciamento das Instalações;
- Gases medicinais e industriais;
- Higienização;
- Administrativo.

De responsabilidade da Coordenadoria Regional, a equipe que desenvolve as atividades gerenciais e administrativas é composta, diretamente, por profissionais da área de gestão, administrativa, faturamento, arquivamento, manutenção e segurança.

Destaca-se que, algumas atividades relacionadas a aquisição, acompanhamento jurídico, contabilidade, elaboração e pagamento de folha, entre outras, são desenvolvidas no nível central do INTS, prestando assessoria na elaboração e encaminhando a Unidade gerenciada para conferência e validação.

O setor de administração do SAMU 192 - Regional Suzano desenvolve atividades direcionadas aos profissionais da equipe, aos fornecedores, aos usuários e familiares, a comunidade e a equipe da secretaria de saúde.

Para atendimento ao público e de demandas administrativas dos profissionais do SAMU 192 o setor funcionará de segunda a sexta, das 8 às 17h. Para o público serão ofertados os serviços de emissão de documentos relacionados a atendimento; esclarecimentos sobre o funcionamento do serviço ou atendimentos realizados; entre outros. Para os profissionais serão ofertados os serviços relacionados ao vínculo trabalhista (contracheque, entrega de atestado, pedido de férias etc.), comissões, entre outros.

Normas e Rotinas do SAME

A ficha de atendimento no SAMU 192, equivale ao prontuário médico, ou seja, é o documento que retrata a assistência prestada bem como relação profissional-paciente, sendo o SAMU 192 o responsável e fiel depositário. É um documento protegido pelo sigilo profissional, assim previsto no Código de Deontologia Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina em janeiro de 1988 e equiparado a ato normativo federal, por força da Lei no 3.268/57. A inviolabilidade do segredo profissional é prevista também no art. 154 do Código Penal.

A Ficha de Atendimento é a prova material de que a obrigação assistência assumida foi inteiramente cumprida pela equipe do SAMU 192, e caso tenha ocorrido algum dano ou apresentado alguma divergência, possam ser encontrados os elementos necessários para se comprovar a inexistência, ou do dano propriamente dito ou da responsabilidade. Diante disto, é fundamental o cuidado as fichas de atendimento e os registros nelas existentes sendo importante destinar um espaço adequado, equipamentos, mobiliários e recursos humanos que atendam a demanda prevista para seu arquivamento e guarda.

Sendo assim, estes documentos serão mantidos arquivados de forma organizada e protegida e estarão disponíveis para consultas do paciente ou seus responsáveis mediante solicitação formal.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME será o setor no SAMU 192 – Regional Suzano que tem como objetivos (1) Registrar, armazenar e garantir a integridade dos documentos e registros de pacientes; (2) Ser fonte de dados confiável, inteligíveis e recuperáveis, facilitando desta forma, a movimentação diária de profissionais de saúde, podendo fornecer dados estatísticos para estudantes e profissionais graduados que buscam informações para pesquisas e até mesmo do próprio paciente ou de outro designado por ele; e (3) Organizar as fichas de atendimento gerados pelas ocorrências atendidas.

Para o SAMU 192 - Regional Suzano, a equipe do SAME será composta por auxiliares administrativos com experiência em arquivamento de documentos, supervisionados pela Coordenadoria Regional. Os profissionais do SAME farão parte do quadro da Comissão de Revisão de Prontuário afim de que os trâmites desta comissão sejam agilizados.

A saída das fichas de atendimento do SAME está prevista quando ocorrer solicitações de áreas autorizadas (Coordenadoria Regional, Coordenações técnicas, Comissão de Análise

de Prontuários e Óbitos, secretaria de saúde e setores de auditoria) e por solicitação do próprio paciente ou de seus responsáveis legais poderão solicitar a reprodução completa ou parte da ficha de atendimento, desde que devidamente identificados e munidos de documentos necessários comprobatórios.

O SAME está dividido em dois setores:

- Serviço de Arquivo a quem compete manter arquivadas e catalogadas as fichas de atendimentos; receber, conferir e revisar as fichas dos atendimentos das ocorrências e solicitar a complementação dos mesmos, se for o caso, através da Comissão Interna de Revisão de Fichas de Atendimentos; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação à Coordenadoria Regional.
- Unidade De Estatísticas a quem compete registrar e armazenar, dados referentes aos principais indicadores do SAMU 192 (indicadores de desempenho, indicadores de qualidade e indicadores financeiros); ser fonte de dados confiável para suprir os setores do Serviço, além dos órgãos governamentais de dados importantes para o planejamento e adequação de condutas; disponibilizar, através de instrumentos informatizados, dados estatísticos para tomada de decisão; receber dos vários setores do Serviço mapas semanais e relatórios de suas atividades; elaborar mensalmente os indicadores de avaliação para apresentar à direção; fornecer dados para fins de pesquisa; encaminhar a direção, todas as estatísticas, de acordo com a discriminação padronizada; registrar as atividades para elaboração do relatório mensal para apresentação a secretaria de saúde.

Manual de Desenvolvimento Financeiro

O Manual de Desenvolvimento Financeiro apresenta como deve ser organizado as atividades financeiras relacionados com o SAMU 192 - Regional Suzano e os recursos financeiros advindos do contrato de gestão. Algumas atividades são desenvolvidas no ambiente do Serviço e pelos profissionais da equipe local, outras ações serão desenvolvidas pela equipe do INTS que fica no escritório central.

Deste modo, são competências da área financeira sob gestão da Coordenadoria Regional:

- Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;
- Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não.

Normas e Rotinas do Núcleo de Manutenção Geral

O SAMU 192 - Regional Suzano terá um Núcleo de Manutenção Geral – NMG que contempla as áreas de manutenção predial, hidráulica, mecânica, eletrônica, elétrica e de mobiliários, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde, a Engenharia Clínica.

O NMG possuirá um responsável técnico que possua nível superior legalmente habilitado, com registro respectivo conselho de classe, que será designado pela empresa prestadora de serviço contratada para atender as necessidades do parque tecnológico e da estrutura predial de cada serviço.

O planejamento das atividades de manutenção será a base para a efetiva operacionalização das atividades de atendimento e recuperação da capacidade das instalações, infraestrutura, máquinas e equipamentos nos termos das solicitações dos colaboradores dos setores do SAMU 192 - Regional Suzano.

O planejamento consiste em um conjunto de regras e procedimentos que visam dirigir a seções do serviço de forma a garantir a priorização e execução das manutenções e a previsibilidade dos recursos necessários para as suas ações e confiabilidade dos serviços prestados execução das atividades obedece aos critérios de prioridade de atendimento e por tipo de manutenção/serviços, assim organizando e racionalizando o atendimento, conferindo maior padronização e eficiência as suas atividades.

Serão imprescindíveis ao planejamento da manutenção:

- Inventário e identificação das instalações, máquinas e equipamentos;
- Administração de estoques de materiais;

- Registro das ocorrências e solicitações via sistema;
- Processamento das solicitações;
- Priorização das ordens de serviço;
- Planejamento dos serviços;
- Alocação de recursos para as atividades;
- Programação dos serviços;
- Acompanhamento da execução dos serviços;
- Fechamento das ordens/solicitações de serviço

O planejamento efetivo da manutenção e o seu cronograma de atendimento serão realizados identificando: a) Manutenção Preditiva; b) Manutenção Preventiva e c) Manutenção Corretiva.

No caso da manutenção dos equipamentos, a manutenção deverá ser realizada de acordo com o manual de orientação do fabricante e/ou por meio da contratação de serviço de manutenção especializado credenciado pelo fabricante. Para tanto, será necessário a elaboração de um Plano de Gerenciamento de equipamentos médicos conforme Resolução nº 2 de 25/01/10.

O NMG contará com o suporte de uma empresa especializada em Engenharia Clínica que fará a gestão de equipamentos, sendo responsável pela manutenção preventiva, calibragem e guarda dos aparelhos médicos, além da adequação do espaço físico às necessidades de cada serviço de saúde.

Os profissionais da área garantirão a manutenção do parque tecnológico instalado, levantando as necessidades, realizando o recebimento e a distribuição de equipamentos. O objetivo é garantir o correto funcionamento das instalações e equipamentos biomédicos para utilização por usuários e profissionais de saúde.

A equipe de Engenharia Clínica do SAMU 192 - Regional Suzano trabalhará para propiciar um ambiente funcional seguro, maximizando a qualidade da manutenção de todos os equipamentos e espaços, registrando esses processos com toda a documentação requerida, respeitando o agendamento das atividades e seguindo as recomendações normativas da Vigilância Sanitária, no que se refere à gestão de tecnologia em saúde.

Dentre as suas diversas atribuições estão: gestão inventário de equipamentos gerenciamento da manutenção corretiva, preventiva e calibração, gerenciamento do parque de equipamentos médicos com controle de ciclo de vida, custos e planejamento, coordenação dos programas de gerenciamento e educação permanente, gestão de um programa de tecno vigilância fixando medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar com notificação e investigação de ocorrência, elaboração e monitoramento dos projetos de aparelhagem e participação nos processos de aquisição de equipamentos, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares.

Ao gerir todo o “parque tecnológico de saúde” do SAMU 192 - Regional Suzano, a equipe de Engenharia Clínica contratada deverá garantir a qualidade e eficiência aos serviços, contribuindo para a melhoria nos cuidados dispensados ao paciente.

A equipe gestora manterá uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos cedidos pela Secretaria de Saúde, ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

Assim, são competências do NMG:

- a) Elaborar, em consonância com Coordenadoria Regional e técnica, o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico do SAMU 192;
- b) Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalar;
- c) Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalar;
- d) Acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico-hospitalar entregues no SAMU 192 - Regional Suzano, bem com as instalações nas suas unidades.
- e) Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalar realizados por empresas contratadas pelo SAMU 192 - Regional Suzano;
- f) Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalar do SAMU 192 - Regional Suzano;
- g) Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalar;

- h) Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico-hospitalar;
- i) Atualizar permanentemente o inventário de equipamentos médico-hospitalares para que haja controle patrimonial e garantia da segurança da política de aquisição de novos equipamentos e política de manutenção;
- j) Criar um catálogo de equipamentos padronizados para agilizar o processo de compra, facilitar a gestão da incorporação tecnológica e reduzir custos.

Os serviços de manutenção de ar condicionados do SAMU 192 - Regional Suzano serão realizados por meio de contratação de empresa legalmente licenciada para esse fim e em conformidade com a legislação, porém a gestão do processo ficará a cargo do gestor da área.

Os serviços de manutenção de ar condicionados trabalharão conforme determina a Lei nº 13.589/2018 que todo prédio público e privados (comerciais), incluindo hospitais e correlatos tem a obrigatoriedade de realizar periodicamente a manutenção de ar condicionado, através de um planejamento adequado, com a instituição do Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) dos climatizadores que será o documento que atestará as inspeções, limpezas e correções técnicas realizadas.

O sistema de climatização e seu Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC que será elaborado pelo instituto para o SAMU 192 - Regional Suzano obedecerá aos parâmetros de qualidade do ar em ambientes climatizados artificialmente, em especial no que diz respeito a poluentes de natureza física, química e biológica, suas tolerâncias e métodos de controle, assim como obedecer aos requisitos estabelecidos pelas normas técnicas e regulamentadora.

Procedimento de Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição de Material

A aquisição de insumos, materiais médico-hospitalares e medicamentos do SAMU 192 - Regional Suzano se dará conforme manual de aquisição de bens e contratação de terceiros utilizado pelo INTS, conforme disposto no item mencionado neste projeto, e conforme publicação em portal da transparência do INTS, <http://www.intsbrasil.com.br/portal-transparencia.html>.

Ficará sob a responsabilidade da área de suprimentos, sendo que o processo de compras deverá ser feito por tomada de preços de no mínimo três fornecedores e pela compra do produto com o melhor material e menor preço para os itens não padrão.

Os materiais e medicamentos serão padronizados em conformidade com as normatizações e legislações vigentes utilizando especificações e pesquisa de valores de mercado, o que facilitará a participação do maior número de fornecedores, que devem ser previamente qualificados no banco de dados, visando a efetividade nos procedimentos e economicidade com a manutenção.

O sistema informatizado permitirá o gerenciamento do estoque de materiais por meio do controle de saldo do estoque, consumo médio mensal, último custo de aquisição, custo médio.

Os processos para conferência, recebimento, armazenagem e consumo estarão inseridos no sistema de gestão da informação garantindo a rotina para controle de estoque de materiais e medicamentos conforme características e peculiaridades referentes ao consumo, armazenamento e classificação.

A geração da demanda para aquisição medicamentos e materiais (penso) ficará sob a responsabilidade do Responsável Técnico da Farmácia e se dará a partir da sinalização do nível de estoque no sistema de informação do Serviço.

O armazenamento dos materiais se dará conforme grupo e subgrupo ao qual pertencem. Deve permitir a visualização por nome, número do lote, e prazo de validade. Serão respeitadas as orientações do fabricante e a legislação vigente.

Para o armazenamento de medicamentos serão observados os grupos, forma farmacêutica e ordem alfabética, prazo de validade e legislação vigente e orientações do fabricante. Os psicotrópicos serão armazenados separadamente, sendo o controle de saídas feito semanalmente, conforme Portaria nº 344/98.

Será observado atentamente a temperatura ideal para os materiais e medicamentos com controle de temperatura em formulário específico. O recebimento, a armazenagem, controle e distribuição dos materiais, medicamentos e equipamentos ocorrerá no serviço conforme as rotinas da Logística e Suprimentos.

A dispensação de medicamentos será uma atividade logística da farmácia hospitalar, sendo de responsabilidade do farmacêutico, mediante prescrição médica. O sistema de dispensação de medicamentos que INTS adotará será o sistema individualizado, ou seja, dispensação de medicamentos por kit com dose única, para um período de 24 horas, a ser organizado e implantado nas ambulâncias.

O monitoramento e avaliação do sistema de dispensação adotado será efetuada através do acompanhamento dos seguintes indicadores: Custo mensal com medicamentos; Custo mensal com material médico-hospitalar; Número global de solicitações ao Serviço de Farmácia; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período diurno; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período noturno.

Para a dispensação de materiais e insumos, o setor de almoxarifado do SAMU 192 - Regional Suzano atenderá as solicitações realizadas pelos setores autorizados a solicitar os itens de acordo com os grupos:

- Materiais de Expediente, Impressos, Limpeza, Higiene e Segurança: autorizada atender às solicitações dos responsáveis pelos setores especificamente.
- Materiais Médico Hospitalar: autorizada atender às solicitações das enfermeiras do plantão designadas por setor pela Coordenação de Enfermagem.

Os materiais serão distribuídos aos solicitantes mediante programação diária. Para a liberação dos insumos e materiais de qualquer espécie é imprescindível o uso de documento de solicitação/retirada de materiais do almoxarifado. De posse desta solicitação, o setor de almoxarifado fará a baixa do estoque determinado e, em seguida, a distribuição. Ao receber os produtos o responsável pelo recebimento no setor solicitante procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, a Base deverá comunicar formalmente ao almoxarifado, para devida e imediata correção.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome da Base ou setor administrativo, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pelo Setor. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução. Na entrega, o colaborador da Base ou setor

administrativo, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais expedido pelo Setor, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída.

Deverá ainda inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto à sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada na própria Base ou setor administrativo para eventuais conferências/fiscalizações.

Quanto as aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão serão incorporadas e patrimonizadas pelo INTS. O Instituto irá patrimoniar cada item adquirido logo após a compra, utilizando o código CNES na placa de identificação de cada bem. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos será atualizado a cada movimentação de patrimônio. Esta tabela será fornecida como um dos relatórios à Comissão Técnica de Avaliação - CTA.

Contratação de Terceiros

O INTS entende que para algumas demandas da unidade será necessário firmar contratos de fornecimento, serviço, comodato, aluguel, leasing ou outra modalidade para utilizar com seus prestadores. Alguns serviços como Locação de Computadores, Monitoramento por câmeras de segurança, Vigilância, Limpeza, Dedetização, Desratização, Desinsetização, manutenção, locação, entre outros, serão realizados por meio de contratação de empresa legalmente licenciada para esse fim e em conformidade com a legislação.

Assim como as compras, as contratações são de responsabilidade da Coordenadoria Regional, apoiados por auxiliares designados para a função. Todo o processo de contratações de obras e serviços, aquisição de bens e locações devem estar devidamente

documentados, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gerenciamento.

O procedimento de compras ou contratação de serviço compreende o cumprimento de etapas a seguir especificadas:

- ✓ solicitação de compras ou contratação de serviço (neste caso com o termo de referência do serviço);
- ✓ qualificação de fornecedores;
- ✓ coleta de preço;
- ✓ apuração da melhor oferta;
- ✓ emissão da ordem de compra.

De acordo com o Regulamento de Compras e Contratações de Serviços do INTS, a ser entregue no ato da assinatura de Contrato, para que haja a contratação, a área demandante deve emitir a Requisição de Contratações – RC, com definição clara do bem e/ou serviço requisitado, especificando as quantidades.

Todos os campos da RC devem ser preenchidos e o documento deve ser assinado pela Coordenadoria Regional a fim de comprovar a aprovação. Em seguida, a RC deve ser encaminhada para o setor de compras para realização das cotações. As cotações serão analisadas e havendo aprovação serão encaminhadas para realizar o pedido ao fornecedor e formatar o contrato, quando for o caso.

A qualificação do fornecedor/candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios ou entregues diretamente ao departamento de compras do INTS, atualizados e dentro do prazo de validade.

- CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato Social com alterações ou Estatuto;
- Autorização de Funcionamento Estadual
- Comprovante de Contribuintes Estadual – CCM.

A coleta de preço será por meio do Portal da Transparência, com a participação de, no mínimo, três fornecedores previamente qualificados pelo INTS.

O sistema de coleta de preço e a qualificação de fornecedores, que trata o artigo 7º, serão dispensadas nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial para aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de R\$8.000,00 (oito mil reais). Entendendo como casos de urgência a aquisição de material/medicamento ou inexistente no estoque ou cuja quantidade não atende ao estoque de segurança fixado para o item, com imediata necessidade de utilização.

A melhor oferta será apurada considerando menor preço ou melhor técnica e preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

A ordem de contratação ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Caberá ao setor determinado pela Coordenadoria Regional fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas. A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua extinção, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

A contratação de Serviços Técnicos de Profissionais Especializados como por exemplo estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos; pareceres, perícias e avaliações em geral; assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras; entre outros deverá ser selecionado de forma criteriosa o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Ao receber o produto ou após o serviço prestado, o gerador da RC deve receber e aprovar a nota fiscal, boletos e/ou demais cobranças, atestando o serviço ou a entrega, devendo encaminhar a nota fiscal e demais cobranças para o Setor Financeiro.

Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino e Parceria para Desenvolvimento de Pesquisa

O INTS irá realizar a integração ensino-serviço e, para tanto, disponibilizará o SAMU 192 - Regional Suzano como campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde das Instituições de Ensino Superior e região desde que autorizado pela SECRETARIA DE SAÚDE e que seja firmado convênio de cooperação técnica entre as entidades.

A partir da experiência do INTS em outros serviços que já trabalham com instituições de ensino, por meio de convênios de cooperação técnica, as Coordenações Médica e de Enfermagem buscarão identificar instituições de ensino que possam contribuir com o processo de trabalho do SAMU 192.

Com isso, será disponibilizada a unidade como campo para práticas de atividades curriculares na área da saúde para instituições da região, preferencialmente, conveniada com o SECRETARIA DE SAÚDE. Será disponibilizada infraestrutura necessária aos estudantes para realizar discussões de caso, pesquisas, análise de relatórios, entre outros.

Ao firmar Termo de Cooperação com Entidades de Ensino, além de disponibilizar o SAMU 192 para realização de estágios, o INTS articulará treinamentos e capacitações para os profissionais que compõem a equipe do serviço e disponibilizará vagas para os profissionais que integram as equipes de unidades de saúde das redes municipais.

Destaca-se que o INTS tem Termos de Cooperação firmados em outros serviços sob gerenciamento da instituição e os resultados são satisfatórios para fortalecimento dos serviços, qualificação dos profissionais contratados e formação de novos profissionais que irão atuar na saúde.

Os Termos celebrados permitirão também realizar Projetos de Pesquisa na área do atendimento pré-hospitalar em acordo com o SECRETARIA DE SAÚDE e a legislação, sendo os objetos de estudos assuntos relacionados ao serviço prestado e a articulação da rede municipal de saúde.

Da Padronização Visual

As ambulâncias, os uniformes e uma série de materiais das equipes seguirão a mesma padronização visual definida pelo Ministério da Saúde em todos os municípios e estados

que tenham projetos qualificados, com espaços pré-definidos para as logomarcas do Governo Federal, Governo Estadual e/ou do Município. Fonte: Portaria 2048/GM.

Do Faturamento

O Serviço de faturamento funcionará nos horários de 08 as 17 horas de segunda a sexta feira e será realizado por profissional com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes a Tabela MS/SAS/DATASUS/BPA de acordo com o cronograma de envio e conforme exemplo da tabela abaixo:

Estabelecimento CNES	PROCEDIMENTO	MÉDIA MENSAL	TOTAL ANUAL
	0301030120 – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA / ENVIADOS	615	1.031
	0301030146 – ORIENTAÇÕES MÉDICA	57	626
5604400 – CENTRAL DE REGULAÇÃO	0301030138 – SUPORTE BÁSICO DE VIDA / ENVIADOS	735	8.820
	0301030014 – CHAMADAS CENTRAL REGULAÇÃO	4224	60.541
6954715- SAMU 192 / SAV	0301030090 – SAV TRANSPORTE EFETIVO	71	854
	0301030170 – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	5	59
	030103103 – SBV TRANSPORTE EFETIVO	148	1781
7662696-SAMU 192 / SBV 1	0301030189 – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	12	132
	030103103 – SBV TRANSPORTE EFETIVO	171	2058
7662661- SAMU 192 / SBV 2	0301030189 – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	13	146
	030103103 – SBV TRANSPORTE EFETIVO	102	1225
6954561- SAMU 192 / SBV 3	0301030189 – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	10	106
	030103103 – SBV TRANSPORTE EFETIVO	163	1945
6954723- SAMU 192 / SBV 4	0301030189 – TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	15	168

Fonte: TabWin/DataSUS

Política de Gestão de Pessoas

O INTS será integralmente responsável pela contratação de pessoal e de terceiros para execução dos serviços que compõem a gestão do SAMU 192 - Regional Suzano. Para este processo o Instituto irá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

A Política de Gestão de Pessoas a ser implantada obedecerá às Normas do Ministério da Saúde/MS, do Ministério do Trabalho e Emprego/MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (NR 32), assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

Dentre as ações relacionadas à segurança do trabalhador o INTS implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR 32/2005 do MTE.

O fornecimento da alimentação se dará por meio do fornecimento de ticket alimentação, demonstrado através da planilha de custeio.

O modelo de gestão de pessoas adotado irá gerar influência direta nos resultados a serem obtidos, em relação à missão institucional e ao pleno atendimento das necessidades dos serviços de saúde gerenciados.

A Gestão de Pessoas tem como objetivo estabelecer as diretrizes para identificar, atrair, selecionar, admitir, assim como promover e integrar, colaboradores para atender à necessidade dos cargos do SAMU 192, bem como, treinar e desenvolver as competências dos colaboradores propiciando ao profissional a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando melhor desempenho no trabalho e conscientização de seu papel como profissional da saúde.

O INTS adotada a Gestão por Competência que é um conjunto de ferramentas práticas, consistentes, objetivas e mensuráveis que torna possível instrumentalizar o processo de Recursos Humanos e Gestores para fazer Gestão e Desenvolvimento de Pessoas com foco, critério e clareza.

Para padronizar e identificar o corpo de profissionais que atuam no SAMU 192 – Regional de Suzano, o INTS irá fornecer crachás e fardamentos de boa qualidade para todos os colaboradores da unidade. O fardamento seguirá o Manual de Identidade Visual publicado pelo Ministério da Saúde para o SAMU 192, acrescido das logomarcas da Secretaria de Saúde de Suzano e do INTS.

Além do macacão, principal peça do uniforme dos membros da equipe SAMU 192, os profissionais da assistência receberão: botas de cano alto, camisas em malha com cores separadas de acordo com a categoria funcional e boné. Os profissionais da área de regulação, administrativa e de apoio logístico receberão camisas tipo polo também com a identificação de cores de acordo com a categoria funcional. A equipe gestora do SAMU 192 – Regional de Suzano terão os dois tipos de fardamento, tendo em vista que alguns gestores podem ser designados para desenvolver ações da assistência.

Normas e Rotinas para Seleção de Pessoal

O recrutamento e seleção de profissionais para compor o quadro de RH serão feitos em etapas. Destaca-se que, a não aprovação do candidato em quaisquer das fases caracteriza a sua eliminação imediata, não lhe dando o direito de participar das fases seguintes.

No caso dos profissionais de saúde, para se candidatarem, é imprescindível que apresentem:

- registro no Conselho de Classe da categoria com anuidade em dia;
- comprovante de título ou certificado de especialidade, no caso de médicos;
- comprovação de experiência em atividades compatíveis com a vaga que se candidata.

Para os profissionais administrativos, é imprescindível que tenham:

- ensino médio completo;
- noções de informática.

O Processo de Seleção de Pessoal buscará o preenchimento das vagas para cargos previsto no dimensionamento do RH que irá compor as equipes do SAMU, por meio de contratação sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em jornada de trabalho específica de acordo com o cargo a ser preenchido.

Com vistas a uma administração de excelência e voltada para a gestão de recursos humanos, a equipe deverá ser composta por pessoas motivadas e com alto padrão de qualidade profissional e pessoal.

No recrutamento serão divulgadas as vagas ofertadas ao mercado de trabalho da região por meio da publicação de Edital de Seleção de Pessoal no site do INTS e com ampla divulgação na região, no qual é apresentado:

- o cronograma do processo seletivo;
- o quadro de vagas com perfil, carga horária e salário;
- a forma de inscrição (envio de currículo e da ficha de inscrição para email específico);
- as fases eliminatórias e classificatórias do processo seletivo;
- os documentos necessários para contratação;
- os meios de divulgação dos resultados.

O processo de admissão dos selecionados envolve uma série de etapas, começando pelo recrutamento e pela seleção. Sendo o recrutamento a principal etapa na captação de candidatos para trabalhar na unidade e a seleção a etapa que deve escolher o melhor candidato para o cargo a ser preenchido.

Uma vez que o INTS é o gestor atual do SAMU 192 regional de Suzano, o recrutamento e seleção de profissionais para o contrato de gestão será realizado apenas para as vagas novas de acordo com a nova proposta técnica ou reposição de colaborador que não seja mantido ou queira sair

Desta maneira, o INTS garantirá o pleno e completo funcionamento da unidade visto que, inicialmente, manterá a equipe de colaboradores atuais.

Para o processo de seleção serão adotadas as técnicas de seleção:

- análise de currículo: nesta fase, serão selecionados os candidatos recrutados que mais correspondam ao perfil exigido para função a ser desempenhado, respeitando o número máximo de dois candidatos por vaga. Para a seleção dos currículos serão adotados três critérios: (a) a apresentação do currículo, avaliando a objetividade, coerência e o tamanho do documento, porque mostram que o candidato sabe ser conciso; (b) o conhecimento técnico, analisados a partir de cursos ou experiências

anteriores; e (c) a situação do profissional com o conselho de classe, buscando saber se é ativo e se tem alguma restrição para atuar.

- entrevistas de seleção: é um dos mais importantes recursos para o sucesso do processo seletivo. Esta fase permitirá que sejam analisadas as informações pessoais e profissionais apresentadas nos currículos, bem como conhecer os aspectos pessoais como: interesse do candidato, comportamento durante a entrevista, higiene pessoal, vestuário, verificação do desempenho profissional dos candidatos nos empregos anteriores etc. Para minimizar a subjetividade será utilizada a entrevista comportamental. Esta técnica, por ter bases bem definidas, é uma ferramenta que auxilia o entrevistador no sentido de direcionar melhor o enfoque sobre questões relevantes a função bem como em relação às responsabilidades que serão exercidas caso o candidato seja contratado.
- provas de conhecimento e/ou de capacidade, quando for o caso;

É necessário que os candidatos preencham os requisitos correspondentes aos níveis exigidos para a categoria funcional, além de não terem sido exonerados ou demitidos por justa causa em serviço público federal, estadual ou municipal. Para os profissionais de saúde, é necessária comprovação de disponibilidade de carga horária no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES para o cargo em questão, bem como esteja devidamente registrado e em dia com seus respectivos Conselhos de Classe.

Neste processo a equipe do RH buscará identificar, previamente, as habilidades de um candidato e detectar as principais características e posturas destes em determinadas situações, bem como, se o perfil se enquadra a cultura institucional do INTS e prevista para cada um dos serviços de saúde gerenciados.

Além da seleção inicial para a operação do Contrato de Gestão, o INTS utiliza a estratégia contínua de captação de profissionais, através de processos seletivos periódicos, com o objetivo de formação de cadastro de reserva realizados semestralmente ou sempre quando necessário sempre respeitando as características locais.

Do Perfil, Atribuições e Competências dos Profissionais da Central SAMU de acordo com a Portaria Nº. 2048/GM.

- **TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA (TARM)**

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

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

Competências/Atribuições:

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

Forma de Atendimento

- Recepção do chamado;
- Atender o chamado ao primeiro toque do telefone;
- Perguntar e registrar o nome do solicitante;
- Chamá-lo sempre pelo nome;
- Registrar as informações relativas ao chamado de acordo com roteiro próprio;

- Identificar-se para o solicitante;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Falar compassada e calmamente, com uma entonação de voz agradável;
- Procurar manter o controle da conversação desde o início. Na maioria das vezes, o solicitante estará ansioso para ter seu problema resolvido. Ajude-o, calmamente, a se expressar, mas seja sempre claro, breve e preciso;
- Orientar o solicitante de maneira clara e precisa, procurando obter sua colaboração;

Lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo.

Localização do chamado

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

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

- Município;
- Data/horário;
- Número da chamada;
- Informações sobre o solicitante (nome e telefone);
- Motivo da chamada: informação, pedido de ajuda, pedido de transporte, outros;
- Trote, engano, desligou, outros;

- Orientação transmitida ao informante;
- Endereço e referenciais de localização.
- Origem e natureza do solicitante:
- O telefonista auxiliar de regulação deve registrar a origem da solicitação:
- Domicílio;
- Via pública;
- Serviço de saúde;
- Outras.
- A natureza do solicitante:
- Solicitantes leigos: Ex.: vítimas, familiares, transeuntes, vizinhos etc.
- Solicitantes profissionais de áreas afins: bombeiros, policiais, profissionais de trânsito etc.
- Solicitantes profissionais da saúde não médicos: enfermeiros, técnicos e auxiliares de saúde, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos etc.
- Solicitantes médicos: geralmente em serviços de saúde. Nestes casos, limite-se a registrar o hospital solicitante e o nome/idade do paciente, abreviando o tempo até a transferência da ligação para o médico regulador.

• **RÁDIO OPERADOR DA FROTA (RO)**

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos neste Regulamento.

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

Competências/Atribuições

- operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel;

- manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;
- conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

Forma de Atendimento

- Informar ao médico regulador sobre a localização das ambulâncias, nos vários atendimentos;
 - Obter do Coordenador de Frota informações sobre a disponibilidade das ambulâncias;
 - Zelar por um ambiente harmonioso e o mais silencioso possível na sala de regulação;
 - Não utilizar a sala de regulação para lanches e outras refeições;
 - Não utilizar a sala de regulação como dormitório;
 - Preencher todas as planilhas pertinentes à sua função;
 - Cumprir rigorosamente os horários de plantões pré-estabelecidos, realizando a passagem sistemática do plantão e missões em curso;
 - Utilizar adequadamente o software do SAMU 192;
 - Utilizar sempre a Ética;
 - Ser acolhedor e praticar a humanização;
 - Informar, ao próximo plantonista, todas as pendências, informando principalmente a indisponibilidade de viaturas e equipes. Para evitar falhas na comunicação, anotar também essas pendências no livro de ocorrências.
- **CONDUTOR DE VEÍCULOS DE URGÊNCIA**

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

Requisitos Gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em

equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições:

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

● **MÉDICO REGULADOR DAS URGÊNCIAS**

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

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

Competências/Atribuições:

- exercer a regulação médica do sistema;
- conhecer a rede de serviços da região;

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

Forma de Atendimento

- Manter contato, assim que assumir o plantão, com a Rede Hospitalar Hierarquizada, informando-se das condições de funcionamento do Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico, vagas de UTI, serviço de diagnóstico por imagem, e informá-los a cada encaminhamento de pacientes, mantendo contato com o médico plantonista do hospital ou outro Ponto de Atenção da Rede;
- Permanecer na Central de Regulação fazendo triagem das solicitações de socorro médico; obtendo informações sobre o evento junto aos informantes; decidindo sobre o despacho das ambulâncias de acordo com protocolos estabelecidos (decisão técnica).

- Coordenar via rádio ou quaisquer outros meios de comunicação disponíveis na Central, todas as operações rotineiras de atendimento; supervisionar o desempenho das equipes de atendimento instaladas nas diversas Bases Operacionais, a distancia ou localmente; decidir a destinação a ser dada às vítimas atendidas para os hospitais de referência (decisão gestora).
- Conhecer a rede de serviços da região;
- Manter uma visão global e permanente, atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e porta de urgência;
- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- Fazer controle da qualidade do serviço prestado pelo SAMU;
- Avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação permanente do serviço;
- Preencher os documentos inerentes à atividade de médico regulador;
- Garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até sua recepção por outro médico nos serviços de urgência;
- Obedecer ao código de ética médica e garantir a educação e a civilidade no trato com solicitantes, subordinados e demais colegas de trabalho;
- Obedecer aos protocolos do serviço;
- Deslocar-se para a cena da ocorrência, sempre que a situação assim o exigir – conforme os Protocolos estabelecidos e após ciência e aquiescência da Coordenação/ Supervisão de Plantão –, participando diretamente do atendimento e supervisionando o desempenho das equipes;
- Zelar pela sua segurança pessoal e pela segurança da equipe, usando e fazendo usar os equipamentos de proteção individual recomendados, dirigindo a operação de modo a evitar qualquer risco desnecessário e solicitando todo o apoio operacional que considerar necessário;
- Comunicar ao Coordenador Médico do SAMU 192 Estadual verbalmente e por escrito, toda e qualquer situação excepcional verificada em seu turno de serviço no que diz respeito a problemas no atendimento Pré-Hospitalar e/ou Hospitalar; comunicar ao Enfermeiro de Plantão, verbalmente e por escrito, problemas relativos às equipes de Atendimento Pré-Hospitalar e aos materiais permanentes e de consumo; comunicar ao Chefe de Frota, verbalmente e por escrito, problemas relativos às viaturas utilizadas pelas equipes no Atendimento Pré-Hospitalar;

- Participar das atividades de educação continuada e das reuniões do Corpo Clínico, bem como de outras atividades convocadas pela Coordenação do SAMU 192 Estadual de que sejam relacionadas ao Atendimento Pré-hospitalar. Não poupe orientações e ensinamentos às equipes. A educação é sempre a melhor maneira para corrigir falhas;
- Evitar usar o rádio para repreender equipes em serviço. Isso mostra fragilidade e gera constrangimentos.

- **ENFERMEIRO**

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

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

Competências/Atribuições:

- supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel;
- executar prescrições médicas por telemedicina;
- prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato;
- realizar partos sem distócia;

- participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada;
- fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem;
- conhecer equipamentos ;
- realizar manobras de extração manual de vítimas.

• TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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

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

Competências/Atribuições:

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

• **AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

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

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

Competências/Atribuições:

- auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem;
- prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou á distância do profissional enfermeiro;
- observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ano nível de sua qualificação;
- fazer curativos;
- prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança;
- realizar manobras de extração manual de vítimas

Gestão de Frequência das Equipes

Para gestão da frequência das equipes o INTS irá instalar ponto biométrico em todas as bases (central e descentralizadas) do SAMU 192 – Regional de Suzano. O equipamento terá um mostrador de horário e a cada entrada ou saída, será fornecido ao trabalhador um “Comprovante de registro de Ponto do Trabalhador”, registrando a operação feita, sua data e sua hora.

O INTS entende que com esse equipamento o trabalhador se sente mais seguro com o comprovante que recebe, pois registra o ponto e poderá verificar o espelho mensal,

comparando com os comprovantes. Em caso de divergência ele tem prova cabal que efetivamente trabalhou aquelas horas.

Em casos de faltas ou atrasos superiores a 30 minutos, o posto de trabalho será coberto por profissional designado pela chefia imediata com vistas a não colocar a prestação do serviço do SAMU 192 em risco. Até a substituição do faltoso, o profissional que estiver aguardando para sair do plantão ficará cobrindo o posto de trabalho e terá as horas contabilizadas, uma vez que deverá registrar o ponto quando da efetiva saída.

Escalas de Trabalho

As escalas de trabalho são elaboradas com o objetivo de organizar a distribuição da jornada de trabalhos dos profissionais de acordo com a organização e necessidade do SAMU 192 - Regional Suzano. Busca-se com a organização por escala torna mais produtiva o cumprimento da carga horária dos profissionais contratados, em consonância com as determinações trabalhistas e de cada sindicato relacionado.

As escalas de trabalho da unidade, cumprirá o artigo 67 da CLT, assegurando aos profissionais contratados no regime CLT, um descanso semanal de 24 horas consecutivas, exceto em situações de necessidade no serviço de saúde para manter a assistência ao paciente e não colocar em risco de desassistência, a exemplo de manter-se no plantão quando da falta do colega substituto.

No caso do SAMU 192 - Regional Suzano cujo funcionamento é ininterrupto, as escalas serão organizadas de modo a cobrir todos os dias e horários da semana, inclusive os domingos, utilizando de revezamento para que cada profissional possa ter seu direito de descanso assistido.

Para a organização das escalas, as equipes gestoras do INTS considerarão todas as legislações vigentes em relação as jornadas de trabalho, priorizando a organização da escala no regime de 12X36 horas. Este tipo de escala é a jornada especial mais utilizada em serviços onde o plantão deve ser ininterrupto, como nos casos dos serviços e urgência e emergência. Ela consiste em uma escala onde 12 horas serão de trabalho e 36 horas de descanso. Destaca-se que com a Reforma Trabalhista, a escala 12x36 tem previsão legal desde que haja Acordo ou Convenção Coletiva.

No SAMU 192 - Regional Suzano, os horários dessa escala será das 7h às 19h e das 19h às 7h. Contudo, é importante destacar que serão preservados os intervalos intra e inter jornada previstos na lei.

As Trocas de plantão emergenciais ficam a critério da liderança imediata e só será aceita após o preenchimento do impresso de ocorrência, que deverão estar totalmente preenchidos com os respectivos carimbos dos profissionais. O não preenchimento antes da troca do plantão será caracterizado falta para os profissionais. Não serão permitidas troca de folgas.

Todos os profissionais contratados no regime CLT, terão direito de férias, conforme legislação CLT, após cada período de 12 (doze) meses de vigência do contrato de trabalho. O INTS cumprirá integralmente a legislação trabalhista, inclusive o artigo 129 da CLT que determina que “todo empregado tem direito a férias anuais remuneradas”. Cumprirá também a Constituição Federal que assegura o mesmo direito e prevê o pagamento de um terço a mais do que o salário habitual, como gratificação de férias.

Ocorre que para fins de organização das escalas e a garantia do pleno funcionamento dos serviços de saúde, a equipe gestora do SAMU 192 – Regional Suzano irá fazer a programação de férias dos profissionais, definindo assim o período no qual o funcionário irá tirar suas férias, sem causar impacto no atendimento da unidade. A programação deverá ser feita de forma dialogada com o colaborador.

Assim, as férias deverão ser negociadas entre os profissionais e seu líder direto, sendo aprovada pela Supervisão de Departamento Pessoal e Coordenadoria Regional. A programação deverá ser realizada com no mínimo de 06 meses de antecedência, salvo casos de força maior, para que haja substituição deste trabalhador no serviço neste período de férias.

Modelo de escalas de trabalho

As escalas de trabalhos do SAMU 192 - Regional Suzano serão adotadas em todos os setores, sendo afixadas em local de fácil visibilidade. Não serão toleradas alterações de escala realizadas pelos profissionais, do tipo rasuras, permutas.

Escala Mensal

Será divulgada até o sexto dia útil do mês anterior e deverá conter: Mês, Nome completo do colaborador, função, carga horária semanal, carga horária mensal, número do registro de conselho (quando couber) e a assinatura de quem confeccionou a escala juntamente com a Supervisão de Departamento Pessoal.

Para fins de organização será utilizada a escala padrão do INTS, a saber:

SIGLAS	DESCRIÇÃO
SD	Serviço Diurno (07:00 As 19:00 h) 12 h Diárias
SN	Serviço Noturno (19:00 As 07:00 h) 12 h Diárias
MT	Manhã e Tarde 08 h Diárias
M	Manhã
T	Tarde
/	Saída
D	Dobra
BH	Banco de Horas
F	Folga
	Férias

Exemplo de Escala Mensal

Logo INTS: Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública

Logo CRESAMU

Logo SAMU 192

INTS - INSTITUTO NACIONAL DE AMPARO À PESQUISA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
ESCALA MENSAL DE SERVIÇO

Julho de 2019

TARM

Funcionário	Função	HOR.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Manhã																																				
TARM I	TARM	07/13	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	M		
TARM II	TARM	07/13	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
TARM III	TARM	07/13																																		
Tarde																																				
TARM I	TARM	13/19	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	
TARM II	TARM	13/19	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
TARM III	TARM	13/19	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Noturno Ímpar																																				
TARM I	TARM	19/07	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
TARM II	TARM	19/07	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Noturno Par																																				
TARM I	TARM	19/07	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
TARM II	TARM	19/07	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

T: Tarde
BH: Banco Horas
M: Folga
FE: Folga Eleição
FC: Folga Convenção Coletiva

Carimbo e Assinatura Chefia

Da Passagem de Plantão

Tem por objetivo garantir a continuidade da assistência prestada e de organizar o processo de trabalho, considerando que são estes os momentos em que ocorre a troca de informações entre os profissionais que iniciam e os que terminam o período de trabalho.

Neste momento são abordadas principalmente as intercorrências, pendências e as situações referentes ao momento atual do serviço. Neste processo geralmente são adotadas as formas de comunicação verbais e escritas, privilegiando a comunicação verbal, uma vez que os profissionais registram apenas as informações de maior relevância (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Avaliação De Desempenho

A Avaliação de Desempenho é um instrumento que se torna um facilitador do autoconhecimento, autodesenvolvimento, autocrítica, auto reformulação e melhoria contínua. Além disto, estimula o desenvolvimento das competências que são necessárias para a eficácia em todas as atribuições dos cargos.

A realização da avaliação de desempenho é uma atividade que também estimula o desenvolvimento da liderança entre os chefes de setores e equipes, visto que é papel da chefia que avalia treinar, orientar, desenvolver, integrar e motivar a equipe para alcançar os resultados esperados para a equipe, estreitando o relacionamento entre os envolvidos.

A avaliação de desempenho será uma estratégia utilizada pela equipe gestora para promover o planejamento de acompanhamento de metas conjuntas de desenvolvimento, uma vez que durante sua realização os colaboradores e líderes focam sobre as informações de produção quantitativa e de qualidade do serviço, no papel de cada um.

No SAMU 192 - Regional Suzano, a avaliação será realizada semestralmente e envolverá todos os colaboradores que tenham prestado serviço por, no mínimo, quatro meses no semestre. A avaliação seguirá o instrumento de avaliação previamente elaborado pela Coordenação de Recursos Humanos do INTS, devendo ser ajustado ao serviço. (Figura 05)

Com a avaliação de desempenho será possível produzir um instrumento de acompanhamento que fornecerá o histórico de desenvolvimento de cada colaborador, a participação em treinamentos, feedbacks em processos seletivos internos, bem como os avanços de competência individuais e coletivos na Unidade como um todo.

A avaliação de desempenho apresenta também as fragilidades dos colaboradores e do processo de trabalho apresentando com o Levantamento de Necessidades de Treinamento.

A avaliação permitirá a criação de incentivos por profissional e/ou da equipe, bem como a projeção de carreira do colaborador tendo como base para análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional.

Figura 05

	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO		Folha 1 de 3
---	--------------------------------	---	--------------

Nome do Colaborador:	Setor:	Data de Admissão:
Função:	Gestor da Área:	

Este registro constitui-se de avaliação do colaborador. Durante o contrato de experiência, opine, análise, reflita e lembre-se que você é o responsável pelas informações prestadas e pelo resultado deste novo integrante, novo investimento.
A cada item abaixo, indique a alternativa correspondente e justifique. Entregue esta avaliação preenchida 10 dias antes do final de cada período de avaliação.

	Período de Avaliação de _____ de _____	Período de Avaliação de _____ de _____
ADAPTAÇÃO INICIAL Avaliar o grau de adaptação inicial do colaborador.	<input type="checkbox"/> Demonstrou facilidade de adaptação à equipe, às suas atribuições e à cultura do INTS. Apresenta bom relacionamento interpessoal, integrando-se aos colegas e líder imediato. <input type="checkbox"/> Demonstrou dificuldade em adaptar-se. Em quê? (Comente abaixo)	<input type="checkbox"/> Demonstrou facilidade de adaptação à equipe, às suas atribuições e à cultura do INTS. Apresenta bom relacionamento interpessoal, integrando-se aos colegas e líder imediato. <input type="checkbox"/> Demonstrou dificuldade em adaptar-se. Em quê? (Comente abaixo)
CONHECIMENTO TÉCNICO E EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE ATUAÇÃO Avaliar o conhecimento técnico apresentado.	<input type="checkbox"/> Assimilou bem suas atividades, demonstrando possuir conhecimento técnico em sua área de atuação. Em caso de dúvidas, busca junto aos colegas / líder. <input type="checkbox"/> Demonstrou algumas dificuldades, necessitando de maior acompanhamento, mas tem se esforçado e apresenta interesse em aprender. Em caso de dúvidas, busca junto aos colegas/líder. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador) <input type="checkbox"/> Demonstra muitas dificuldades em realizar seu trabalho e não consegue melhorar seu desempenho, mesmo recebendo feedbacks constantes. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador)	<input type="checkbox"/> Assimilou bem suas atividades, demonstrando possuir conhecimento técnico em sua área de atuação. Em caso de dúvidas, busca junto aos colegas / líder. <input type="checkbox"/> Demonstrou algumas dificuldades, necessitando de maior acompanhamento, mas tem se esforçado e apresenta interesse em aprender. Em caso de dúvidas, busca junto aos colegas/líder. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador) <input type="checkbox"/> Demonstra muitas dificuldades em realizar seu trabalho e não consegue melhorar seu desempenho, mesmo recebendo feedbacks constantes. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador)

	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO		Folha 2 de 3
---	--------------------------------	---	--------------

	Período de Avaliação de _____ de _____	Período de Avaliação de _____ de _____
POSTURA PROFISSIONAL Considere a forma de comportamento habitual do colaborador.	<input type="checkbox"/> Colaborador cumpre normas e procedimentos internos, apresentando postura ética e profissional, conforme esperado. <input type="checkbox"/> Colaborador não apresenta a postura profissional esperada, por quê? (Justifique abaixo)	<input type="checkbox"/> Colaborador cumpre normas e procedimentos internos, apresentando postura ética e profissional, conforme esperado. <input type="checkbox"/> Colaborador não apresenta a postura profissional esperada, por quê? (Justifique abaixo)
PONTUALIDADE E ASSIDUIDADE	<input type="checkbox"/> SOLUCIONOU o problema. <input type="checkbox"/> Apresentou problemas de pontualidade (atrasos e/ou saídas antecipadas). <input type="checkbox"/> Apresentou problemas de assiduidade (faltas injustificadas).	<input type="checkbox"/> SOLUCIONOU o problema. <input type="checkbox"/> Apresentou problemas de pontualidade (atrasos e/ou saídas antecipadas). <input type="checkbox"/> Apresentou problemas de assiduidade (faltas injustificadas).
PRODUTIVIDADE E QUALIDADE DO TRABALHO REALIZADO Avaliar o trabalho realizado pelo novo colaborador em relação à produtividade/resultados e qualidade do trabalho executado.	<input type="checkbox"/> Colaborador consegue conciliar produtividade à qualidade em seu trabalho e apresenta os resultados esperados no prazo estipulado. <input type="checkbox"/> Colaborador possui boa produtividade, mas a qualidade deixou a desejar, apresentando alguns erros que comprometeram os resultados de seu trabalho. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador) <input type="checkbox"/> Colaborador possui ritmo lento para entrega de seus resultados, dificuldades em cumprir prazos. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador)	<input type="checkbox"/> Colaborador consegue conciliar produtividade à qualidade em seu trabalho e apresenta os resultados esperados no prazo estipulado. <input type="checkbox"/> Colaborador possui boa produtividade, mas a qualidade deixou a desejar, apresentando alguns erros que comprometeram os resultados de seu trabalho. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador) <input type="checkbox"/> Colaborador possui ritmo lento para entrega de seus resultados, dificuldades em cumprir prazos. (Comente abaixo sobre as dificuldades apresentadas e as medidas adotadas para dar suporte ao novo colaborador)

	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO		Edição 3 de 3
SÍNTESE Faça um apinhado geral do colaborador e ensaie em prognóstico.		Pontos fortes: Necessidades de treinamento e desenvolvimento: Em linhas gerais, pode-se classificar o colaborador como:	
AVALIAÇÃO FINAL	RESULTADO OBTIDO	RESULTADO OBTIDO	
	<input type="checkbox"/> <u>Bom</u> <input type="checkbox"/> <u>Regular</u> <input type="checkbox"/> <u>Muito Bom</u> <input type="checkbox"/> <u>Muito Regular</u> Assinatura responsável: _____ Data: / / Espaço reservado para gestor da área – Comentários Gerais	<input type="checkbox"/> <u>Bom</u> <input type="checkbox"/> <u>Regular</u> <input type="checkbox"/> <u>Muito Bom</u> <input type="checkbox"/> <u>Muito Regular</u> Assinatura responsável: _____ Data: / / Espaço reservado para gestor da área – Comentários Gerais	

Incentivos De Carreira Com Foco Em Competências

Os incentivos, o desenvolvimento de carreiras e as possibilidades de sucessão ocorrerão em todas as unidades gerenciadas pelo INTS e terão como base a Avaliação de Desempenho do ano corrente, bem como o progresso e o histórico funcional do trabalhador.

Para os casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido é que o colaborador tenha pelo menos 03 meses de permanência no cargo atual do Serviço em que presta serviço na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

No caso do SAMU 192 – Regional Suzano, tendo em vistas a estrutura organizacional enxuta, a progressão é um movimento bastante limitado, mas a sucessão se dará sempre buscando promover colaboradores do quadro funcional, inclusive do deslocamento de base de serviço.

Controle do Absenteísmo e Estímulo à Produção

O absenteísmo é uma das grandes preocupações dos gestores de recursos humanos, principalmente, em um serviço como o SAMU 192 que conta com equipe muito justas nas quais a ausência de um profissional não somente traz prejuízos para uma única pessoa, mas pode também influenciar negativamente o desempenho de uma equipe inteira.

O índice de absenteísmo no SAMU é um problema que merece atenção redobrada, pois, além de interferir em questões relacionadas a prestação do serviço ao usuário solicitante, sobrecarrega os demais integrantes da equipe, quando da dobra ou da desativação de uma ambulância, podendo levar ao adoecimento dos colaboradores.

Neste sentido, algumas ações serão adotadas pela equipe de Gestão do INTS incorporando boas práticas para reduzir esse índice:

1. manter o bom clima organizacional: para oferecer um ambiente saudável e motivador, será realizada com frequência uma pesquisa de clima organizacional, com vistas a conhecer os entraves, as potencialidades, os facilitadores, entre outros. A partir dessas informações será possível a elaboração de planos de ação do RH com o objetivo de resolver problemas.

2. operacionalizar um plano de carreira: oferecer um plano de carreira é fundamental para manter as pessoas motivadas. Com isso, o INTS irá elaborar um plano de carreira estruturado, esclarecendo quais as possibilidades e pré-requisitos para o crescimento no Instituto. Por exemplo, para assumir cargo de gestão ou liderança, é preciso estar há 2 anos na organização. Acredita-se que com esta medida os índices de absenteísmo e rotatividade tendem a ser menores.

3. promover feedbacks recorrentes: o acompanhamento ao colaborador é uma forma de promover o desenvolvimento do profissional através de orientações frequentes feitas pelos gestores. Para impactar positivamente na diminuição do absenteísmo e no aumento da motivação, o a avaliação de desempenho e o acompanhamento dos resultados serão feitos a cada trimestre.

4. investimento na qualidade de vida dos colaboradores: será implantado o ‘Plano de Cuidado ao Cuidador’. Por meio deste serão desenvolvidas atividades para promover a qualidade de vida do colaborador. Essa prática inclui desde palestras informativas, incentivo à prática de exercício físico e de um estilo de vida saudável, até mudanças no ambiente físico de trabalho.

5. realizar treinamentos: serão realizadas as atividades do Plano de Educação Permanente, com vistas a qualificar a equipe e, além de demonstrar que o INTS se preocupa com o desenvolvimento dos colaboradores, pode ser uma estratégia para prevenir acidentes ocupacionais.

Quadro de Recursos Humanos

O Quadro da equipe proposta para o SAMU 192 - Regional Suzano foi elaborado de acordo com as informações previstas no Edital e as portarias ministeriais sendo apresentados no item Dimensionamento de Recursos Humanos.

Protocolos Assistenciais

Para a elaboração dos Protocolos Assistenciais e Operacional do SAMU 192 - Regional Suzano foram considerados todos os Manuais Técnicos do Ministério da Saúde que já determinam, com vistas a garantir a qualidade da assistência em todo território nacional, as condutas a serem adotadas pelas equipes do SAMU em atendimento. Foram consideradas também as especificidades de cada área de atuação (intervenção, regulação e operação).

Mesmo neste cenário, o INTS entende que o protocolo de organização de um serviço é dinâmico e envolve a participação de diferentes atores e saberes, devendo, por isso, ser elaborado e revisados coletivamente e de forma gradativa de modo a captar as diferentes variáveis dos atendimentos do serviço e da equipe de trabalho.

Neste sentido, as equipes de cada área do SAMU 192 – Regional Suzano serão responsáveis por revisar e atualizar os protocolos anexados nesta Proposta, no prazo de seis meses, e, para tanto, devem considerar as estruturas dos veículos e bases, o perfil epidemiológico local, a rede de atenção à saúde, as normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos da Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde e outros órgãos de referência nacional e internacional.

Deste modo os protocolos assistenciais serão ajustados e, além de seus elementos próprios (relativos à organização das ações intersetoriais, ao processo de trabalho da equipe, dos fluxos de referência e contra referência), apresentarão os passos de enfrentamento dos aspectos relativos aos cuidados clínicos, os elementos constitutivos de um protocolo clínico.

Os protocolos de cuidado elaborados para cada situação deverão apresentar uma proposta de enfrentamento de uma situação que se deseja modificar, sendo fundamental o registro dos indicadores relacionados ao(s) problema(s) que caracterizam a situação a ser superada.

Nesta perspectiva, as atividades no SAMU 192 – Regional Suzano utilizarão os protocolos assistenciais já consolidados ministerialmente e a terão os demais Protocolos do serviço de forma gradativa e a partir da realidade do funcionamento e dos casos que busquem atendimento com uma abordagem realística e participativa.

Assim, para início da operação de gerenciamento, serão utilizados os protocolos já existentes no SAMU 192 – Regional Suzano e no INTS até que todos os protocolos dos serviços gerenciados estejam elaborados, validado e implantado.

ATIVIDADES VOLTADAS PARA QUALIDADE

A proposta de gestão para o SAMU está baseada na implantação de cultura organizacional voltada para a qualidade em todos os níveis de atuação. Partindo da adequada estruturação física e dos recursos humanos esta proposta técnica, ratifica que os processos de trabalho serão mapeados em todos os níveis (técnico, administrativo, assistencial) estabelecendo-se procedimentos operacionais de cada atividade de modo a instrumentalizar a gestão local permitindo um contínuo treinamento, acompanhamento e avaliação das ações.

A implantação de sistema de gestão da qualidade com definição da identidade organizacional do SAMU (negócio, missão, valores, competência essencial e Slogan), bem como o desenho de Planejamento Estratégico, através de metodologia específica e reuniões com as partes interessadas, além da busca por reconhecimento de suas práticas de qualidade através de órgãos certificadores e a utilização do ciclo de PDCA (Plan, Do, Check, Action). Figura 06

Figura 06



Fonte: Administradores Brasil, 2011.

Serviço de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU será o setor de apoio estratégico e especializado que prestará um atendimento de qualidade e personalizado aos pacientes que utilizam o SAMU 192 - Regional Suzano, sendo um facilitador na relação entre o usuário e a equipe gestora do Serviço. Por meio de contatos presenciais, por telefone, pesquisas de opinião, e-mails, entre outros, será estabelecido um canal direto de

comunicação que possibilita detectar falhas e formas de melhorias dos processos internos dos setores.

O SAU terá como objetivos:

- Assegurar a participação da comunidade na Instituição, para promover a melhoria dos serviços oferecidos;
- Reunir informações sobre diversos aspectos do SAMU 192, com o fim de contribuir para a administração e gerenciamento dos serviços;
- Imprimir um maior direcionamento às ações da administração no tocante ao atendimento prestado à sua clientela;
- Conhecer e avaliar, através de um instrumento de pesquisa, a satisfação do paciente.

Funcionará de segunda a sexta-feira das 07 às 17h; por meio eletrônico através de envio de e-mail; por atendimento telefônico através de número específico a ser divulgado para este fim; e aplicação do formulário in loco em unidades do APH fixo que compõem a rede de urgência da região da Secretaria de Saúde.

É de responsabilidade do Serviço a elaboração do Quadro de Ocorrências dos atendimentos mensais realizados que deve ser encaminhado a Coordenadoria Regional do SAMU 192 e ao nível central do INTS para que, junto com a equipe designada, seja elaborado o Plano de Resolução de Ocorrências.

O SAMU 192 - Regional Suzano contará com uma Pesquisa de Satisfação dos Usuários com o objetivo de conhecer como o usuário do serviço se sente com os atendimentos prestados, avaliar a percepção de satisfação com vistas ao aprimoramento da qualidade do atendimento. A Pesquisa será realizada durante todo ano de acordo com a definições da equipe gestora do INTS.

Pesquisa de Satisfação do Usuário

Com o objetivo de avaliar o fluxo de atendimento e a satisfação do paciente e acompanhante quanto à qualidade do serviço prestado, o INTS realizará a pesquisa de satisfação do usuário do SAMU 192 - Regional Suzano, visto que se sabe que as pesquisas podem mensurar a relevância, o impacto e/ou a qualidade dos serviços prestados ou a serem ofertados e permitem:

- ✓ Dimensionar e elaborar estratégias de universalização e acesso aos serviços prestados;
- ✓ Ter segurança de que o serviço foi prestado de acordo com as necessidades do paciente;
- ✓ Inovar, compreendendo melhor as necessidades dos usuários e funcionários;
- ✓ Prospectar e priorizar demandas dos acompanhantes dos pacientes,
- ✓ Aumentar a participação social.

A Pesquisa de Satisfação do Usuário permite a aderência aos princípios que orientam demanda de mudanças internas na organização do Serviço, com relação:

- a) às pessoas, incentivando a disseminação de uma cultura empírica que privilegia o uso de dados como a base da tomada de decisão organizacional, no decorrer de todas as etapas da cadeia de valor público;
- b) aos processos, permitindo retroalimentar o sistema de forma a orientar melhor onde deverão ser concentrados os esforços de melhoria.
- c) Em outras palavras, ouvir os pacientes, nos dá subsídio no o processo de tomada de decisão organizacional, visando à melhoria interna da organização. Desta forma, terá incentivado o recurso à pesquisa como instrumento de gestão e democratização.

A pesquisa é um recurso que apoiará a tomada de decisão dos gestores do SAMU 192, bem como os ajustes necessários no processo de trabalho. Desse modo, as pesquisas podem subsidiar os processos de tomada de decisão, trazendo informações e dados acerca dos públicos-alvo, suas necessidades, grau de satisfação, imagem e confiança institucional, entre outros aspectos.

Dessa forma, a pesquisa de satisfação aproximará a equipe gestora da percepção dos pacientes que utilizam o serviço permitindo, com isso, conhecer a percepção deles sobre o trabalho realizado pela equipe do SAMU 192.

Modelo de Pesquisa de Satisfação:

A. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO				
A2.	Sexo	1() Masculino	2() Feminino	()
A3.	Idade	_____anos		()
A4.	Procedência (cidade/bairro)	_____		
A5.	Cor/Raça	1() Branco	4() Amarelo	()
		2() Negro	5() Indígena	
		3() Pardo		
A6.	Grau de escolaridade	1() Não alfabetizado	6() Ens. médio incompleto	()
		2() Ens. fund. I incompleto	7() Ens. médio completo	
		3() Ens. fund. I completo	8() Ens. superior incompleto	
		4() Ens. fund. II incompleto	9() Ens. superior completo	
		5() Ens. fund. II completo	10() Pós-Graduação	
A7.	Religião	1() Católica	4() Agnóstica	()
		2() Evangélica	5() Outra (especificar)	
		3() Espírita		
A8.	Estado conjugal	1() Casado/União consensual	4() Viúvo	()
		2() Solteiro	5() Divorciado	
		3() Separado		
A9.	Ocupação	_____		
A10.	Renda em salários mínimos	1() < 1 salário	3() 3 a 5 salários	()
		2() 1 a 2 salários	4() 6 a 10 salários	

B. DADOS SOBRE O EVENTO				
B1.	Data do evento	__/__/__	Hora: _____	()
B2.	Data do atendimento	__/__/__	Hora: _____	()
B3.	Dia da semana em que ocorreu o evento	1() Domingo	5() Quinta-feira	()
		2() Segunda-feira	6() Sexta-feira	
		3() Terça-feira	7() Sábado	
		4() Quarta-feira		
B4.	Quem transportou a vítima até o hospital?	1() UBS	3() Unidade de Resgate (UR)	()
		2() USA	4() Helicóptero	
B5.	Local da ocorrência (cidade/ bairro)	_____		
B6.	Horário da ocorrência	_____		
B7.	Classificação do evento sofrido	1() Traumático	3() Gineco-obstétrico	()
		Qual: _____	Qual: _____	
		2() Clínico	4() Psiquiátrico	
		Qual: _____	Qual: _____	
B8.	Região(ões) corpórea(as) atingida(s) na ocorrência	1() Cabeça/pescoço	3() Abdome	
		2() Tórax	4() MMSS/II e cintura pélvica	

C. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO RECEBIDO PELO SAMU 192

Abaixo, estão elencados aspectos sobre a estrutura e o processo para avaliação do Samu 192. Este item deve ser preenchido segundo a qualificação do serviço, conforme parâmetro abaixo:

1. Péssimo	2. Ruim	3. Regular	4. Bom	5. Excelente
C1.	O estado de conservação das ambulâncias é?			()
C2.	A ambulância era confortável, de acordo com suas necessidades de saúde?			()
C3.	O acesso ao Samu, pelo número 192, foi realizado de forma adequada?			()
C4.	A ambulância chegou em tempo considerável até o local onde você se encontrava?			()
C5.	O acolhimento dispensado pelos profissionais do Samu 192 foi?			()
C6.	Você acha que a equipe do Samu 192 transportou você para o local mais adequado, de acordo com a natureza da sua ocorrência?			()
C7.	A segurança demonstrada pela equipe durante o seu atendimento foi?			()
C8.	Durante o atendimento, sua privacidade foi preservada?			()
C9.	A humanização durante a assistência prestada pela equipe é?			()
C10.	As orientações sobre os procedimentos realizados e do seu estado de saúde foram fornecidas pela equipe do Samu 192?			()
C11.	O seu relacionamento com os profissionais do Samu foi?			()
C12.	Na sua opinião, você obteve resolutividade com o atendimento do Samu 192?			()

D. SUA SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO RECEBIDO PELO SAMU 192 DE O (ZERO) A 10 (DEZ)

NOTA: _____

O uso das informações da pesquisa de satisfação dos usuários

Os formulários aplicados serão analisados semanalmente. Os dados serão tabulados e analisados pela equipe administrativa da Coordenadoria Regional e consolidados mensalmente.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em forma de gráficos, para os profissionais das equipes do SAMU 192, para a Secretaria de Saúde e para o público geral por meio publicação no site do INTS dos resultados do mês e a comparação destes com os meses anteriores.

Os resultados da pesquisa de satisfação serão utilizados na avaliação do serviço pela equipe gestora que deverá elaborar o plano operativo para sanar as avaliações negativas e queixas encontradas, bem como as sugestões. A resposta ao usuário será fornecida no prazo máximo de cinco dias úteis. A elaboração do plano determinará mudanças no modus operandi do serviço, bem como adoção de novas condutas administrativas ou técnicas no prazo máximo de 30 dias úteis.

Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma estratégia organizacional em gestão de pessoas que será utilizada pela equipe gestora do SAMU 192 - Regional Suzano para conhecer a percepção coletiva quanto aos aspectos do ambiente organizacional, com o intuito de mapear e analisar o ambiente interno de cada serviço a partir do levantamento das necessidades.

Desta forma, a Pesquisa fornecerá informações, identificando e compreendendo os aspectos positivos e negativos que impactam no clima de trabalho das equipes de saúde, tornando possível maximizar a relação com os profissionais do Serviço permitindo uma análise relevante da organização com o seu ambiente e pessoas para propor ações de melhorias visando à maior qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, a melhora na produtividade e motivação de todos da equipe, alinhando a cultura organizacional com as ações efetivas do INTS otimizando as ações gerenciais do serviço.

Para tanto, a aplicação de um questionário de pesquisa de clima organizacional periodicamente é de suma importância para:

- conhecer como o clima organizacional está afetando a motivação e o desempenho das pessoas;
- Adotar medidas para melhorar o clima a partir dos dados conhecidos;
- ter acesso a dados concretos sobre a satisfação dos funcionários, políticas de RH, comunicação interna, reconhecimento de desempenho e outras questões sobre a gestão da instituição;
- além de conhecer os problemas existentes, pode detectar tendências futuras;
- conhecer as opiniões e relações das equipes com os líderes;
- conseguir um diagnóstico realista sobre a opinião dos colaboradores sobre o clima na empresa.

A pesquisa conta com 5 fases:

1. Preparação: buscar conhecer se há algum problema específico que deve ser abordado com mais intensidade na pesquisa, além de todos os outros temas que normalmente são questionados.
2. Planejamento e escolha da metodologia: elaborar o questionário de pesquisa de clima organizacional decidindo os tipos de questionários, os métodos de avaliação das respostas, o tratamento estatístico e os instrumentos de avaliação.
3. Execução da pesquisa: aplicação do questionário a todos os colaboradores do SAMU 192 - Regional Suzano.

4. Análise dos dados: os dados devem ser interpretados para se verificar o que as respostas nos dizem sobre o clima da empresa.
5. Conclusões: elaborar um relatório final que mostrará de forma prática e objetiva qual o problema detectado, sua gravidade e que medidas podem ser tomadas para reverter esta situação.

Assim, a partir das informações levantadas pela pesquisa de clima organizacional será elaborado um plano de intervenção com ações que busquem sanar pontos encontrados de modo a desenvolver ações que busquem manter o bom clima organizacional.

Pesquisa de Satisfação do Colaborador

Uma das etapas da Pesquisa de Clima Organizacional é a Pesquisa de Satisfação dos trabalhadores. Nesta fase, busca-se conhecer o que sente, percebe e pensa o profissional sobre o Serviço onde trabalha, o processo de trabalho, a relação da equipe, a relação de lideranças, a gestão do serviço a relação com os pacientes do serviço.

A Pesquisa será realizada semestralmente, por meio da entrega a cada colaborador do instrumento de coleta de dados que conterà perguntas de múltiplas escolhas sobre o serviço, sobre a relação de equipe e chefia e sobre o próprio colaborador (autoavaliação).
(Modelo 01)

Os questionários respondidos serão recolhidos após 10 (dez) dias da entrega e serão encaminhados ao INTS onde serão tabulados e analisados pela Coordenação de Recursos Humanos do Instituto. Devendo ser apresentado a todos do SAMU 192 – Regional Suzano gerenciadas no mês subsequente com os resultados e as medidas que serão adotadas caso tenha pontos de inconformidades que requeiram interferência.

Modelo 01

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL DO SAMU 192 - REGIONAL SUZANO

Colaborador: _____

Função: _____

Tempo em que trabalha na Unidade? _____

Marque um X na sigla que melhor representa a sua opinião sobre a questão.

MS – Muito Satisfeito

MI – Muito Insatisfeito

S – Satisfeito

ID - Indiferente

IS – Insatisfeito

NR – Não quer responder

	MS	S	IS	MI	ID	NR
No geral, seu grau de satisfação SAMU 192 - Regional Suzano é:						
O reconhecimento que a sua chefia direta lhe dá pelo seu desempenho no seu trabalho, deixa você:						
Você está satisfeito com a disposição que sua chefia direta tem em escutá-lo ou trocar ideias?						
Você está satisfeito com as condições físicas do seu trabalho?						
Você está satisfeito com as chances que o INTS lhe dar para progredir na Instituição?						

S – Sempre

N – Nunca

R – Raramente

AV – Às Vezes

QS – Quase Sempre

NR – Não quer responder

	S	R	QS	N	AV	NR
A equipe gestora acredita que os profissionais são muitos importantes para o SAMU 192 - Regional Suzano e por isso devem ser bem tratados?						
A equipe gestora está disposta a gastar tempo e recursos para que os profissionais aprendam e se desenvolvam?						
Os profissionais ajudam uns aos outros?						
No SAMU 192 - Regional Suzano há um clima propício para que os profissionais aprendam e se desenvolvam?						
A chefia prepara seus profissionais para assumirem novas responsabilidades e promoções?						
As promoções são baseadas na capacidade das pessoas e não no favoritismo?						
Quando um profissional é bem avaliado pelo trabalho, a sua chefia direta preocupa-se em percebê-lo e reconhecê-lo?						
Quando um profissional comete um erro, a sua chefia direta procura entender o que aconteceu e ajuda a						

<p>peessoa a “aprender com o erro”, ao invés de punir ou repreender a pessoa?</p>						
<p>Os profissionais recebem treinamento quando alguma necessidade é percebida?</p>						
<p>As pessoas que trabalham no SAMU 192 - Regional Suzano confiam umas nas outras?</p>						
<p>Os profissionais não têm medo de discutir com a sua chefia direta o que pensam?</p>						
<p>A chefia direta não tem medo de discutir com a equipe o que pensa?</p>						
<p>A chefia direta delega (deixa os integrantes da equipe tomarem decisão) e encoraja os profissionais a desenvolverem novas habilidades?</p>						
<p>Os profissionais discutem os problemas abertamente e tentam resolvê-los, ao invés de acusar os outros ou fazer fofocas?</p>						
<p>Você sente que o INTS se preocupa com o bem-estar dos profissionais para que eles possam dar o máximo no trabalho que fazem?</p>						

Registre informações e opiniões que julgar importante sobre o processo de trabalho e as relações do SAMU 192 - Regional Suzano:

Data e assinatura do responsável pelo preenchimento

O Controle Social

O Controle Social se dará por manutenção do Conselho Técnico de Saúde constituído bem como seu Estatuto, por meio das reuniões mensais, informando indicadores quantitativos e qualitativos, para avaliação e controle dos aspectos da assistência, permitindo que suas proposições sejam lavradas em livro de atas próprio e enviadas ao Conselho Municipal de Saúde.

O INTS deverá participar das reuniões ordinária e extraordinária do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para se inteirar das questões do município e prestar contas de seu trabalho sempre que necessário ou solicitado.

O INTS criará um canal de comunicação permanente com a população através do Portal da Saúde, contendo toda a gama de serviços por ele gerida no Município de Suzano, além de informações de relevância pública, ferramentas de educação em saúde e um serviço de atendimento ao público, também realizará trimestralmente pesquisa de satisfação relativa aos serviços prestados e disponibilizará o resultado em seu portal de transparência além de entregar à SEMSA o consolidado destes dados juntamente com o relatório trimestral de gestão, prestação de contas e cumprimento de metas.

PGRSS

O INTS em seu modelo de gestão irá atender os dispositivos da Legislação Ambiental além de manter atualizada toda a documentação exigida. O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS do SAMU 192 - Regional Suzano será implantado até 90 dias após a assinatura do contrato, mantendo-se atualizado de acordo com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da VISA Municipal.

O gerenciamento de resíduos inicia quando do planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos e operacionalização dos fluxos e regras determinados. Para transporte externo e acondicionamento, a equipe gestora INTS irá contratar um prestador de serviços para fornecimento da estrutura externa de acondicionamento e destino dos resíduos.

O PGRSS será compatível com as normas federais, estaduais e municipais, estando de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

O manejo dos resíduos produzidos no SAMU 192 - Regional Suzano, será direcionado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas descritas: (Figura 07)

O manejo dos resíduos produzidos nas ambulâncias e bases, serão direcionados por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas de:

- Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes das unidades de saúde preparados para tal.
- Acondicionamento: consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. Será estudada a partir da produção por setor qual a capacidade necessária dos recipientes de acondicionamento para acondicionar a produção diária de cada tipo de resíduo por setor.

Em cumprimento as determinações, os resíduos sólidos serão acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, sendo respeitado o limite de peso de cada saco e sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos serão colocados em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação (nos setores que assim exigirem), com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados. Os resíduos perfuro cortantes serão acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação.

Figura 07



<https://www.iso140012015.com.br/pgrs.aspx>

- Identificação: nesta etapa do manejo dos resíduos é possível reconhecer os resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de

armazenamento serão identificados de forma a permitir fácil visualização, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos, a exemplo dos grupos e identificações apresentado na Figura 08.

Figura 08



- **Transporte Interno:** esta é a etapa que consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Os PGRSS apresentarão, após estudo dos fluxos e funcionamento das unidades, qual deve ser o melhor caminho, sendo a coleta transportada atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. O transporte será feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.
- **Armazenamento Temporário:** a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta interna nos serviços e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

O armazenamento temporário será feito em sacos e recipientes de acondicionamento adequados e de acordo com o PGRSS. Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação. O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

- Armazenamento Externo: a guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não será permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.
- Tratamento: o tratamento dos RSS gerados pelo SAMU 192 - Regional Suzano será realizado por prestador de serviço especializado e legalizado contratado para este fim. Neste caso, a Coleta e Transporte Externos também serão de responsabilidade da contratada que deverá utilizar ferramentas e técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana, cumprindo as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

Sistema de Gestão da Informação

O setor de informática tem como objetivo principal tratar os dados gerenciados de todos os setores do SAMU 192 - Regional Suzano e transformá-los em informação confiável e de fácil acesso, para que assim subsidiem a equipe gestora a tomar decisões com base em dados reais, por relatórios ou gráficos. É também papel da unidade operacional de Tecnologia da Informação – TI prestar assistência aos setores no que tange a dúvidas e dificuldades em utilizar o sistema implantado no Serviço.

A área de TI do SAMU 192 - Regional Suzano está subordinada a Coordenadoria Regional, embora exerçam suas atividades de forma transversal. O INTS fará a contratação dos sistemas e software determinado pelo SECRETARIA DE SAÚDE e que, atualmente, encontra-se em uso no SAMU 192 – Regional Suzano.

O sistema implantado pelo INTS preservará a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações, utilizando técnicas e procedimentos para impedir a destruição, perda, alteração, acesso não autorizado, seja intencional ou não.

Neste tópico, será apresentado a proposta da solução de GESTÃO DAS OPERAÇÕES DO SERVIÇO DO SAMU, que contempla um conjunto de softwares, sistemas, hardwares, equipamentos, materiais e a prestação de serviços de capacitação e manutenção de toda a infraestrutura dedicada ao serviço que já se encontra em uso no SAMU 192 – Suzano, que está sob a gestão do INTS. A intenção é apresentar a experiência para que, juntos com os técnicos e gestores do SECRETARIA DE SAÚDE, possa ser avaliado do custo-benefício da migração a médio prazo.

A solução é composta por cinco plataformas integradas, a saber:

- PLATAFORMA DATA CENTER, responsável pelo armazenamento de todas as informações, sistemas e conhecimentos gerados em toda operação do SAMU.
- PLATAFORMA CENTRAL DE MONITORAMENTO, responsável em dinamizar e agilizar uma visão integral do atendimento de urgência e emergência para prestação de contas ao Ministério da Saúde e tomada de decisão.
- PLATAFORMA CENTRAL DE ATENDIMENTO, REGULAÇÃO E DESPACHO, responsável pela informatização do atendimento, regulação e despacho designando assim, as melhores ações no atendimento de emergência e urgência.
- PLATAFORMA PRONTIDÃO HOSPITALAR, responsável em antecipar as informações do atendimento de urgência e emergência que estão sendo encaminhados, tendo como principal característica o tempo exato de chegada de uma Unidade Móvel de Serviço.
- PLATAFORMA UNIDADE MÓVEL, responsável pela coleta de informações de dentro de uma Unidade Móvel de Serviço e encaminhá-la para o Data Center e para os hospitais de prontidão, como o seu posicionamento, bem como o andamento e evolução de um atendimento às vítimas atribuídas ao SAMU.

A solução a ser disponibilizada, fornece uma completa infraestrutura tecnológica para que a prestação dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, regulação médica, despacho e transferência de pacientes graves atribuídos ao SAMU seja feita no menor

espaço de tempo possível, com a máxima segurança e eficiência para o cidadão. Esta modernização visa a integração operacional dos atendimentos de urgências e emergências médicas.

A solução contempla recursos de integração entre as equipes em campo e a central de atendimento e despacho, melhorando o andamento das operações e otimizando o emprego dos recursos do SAMU.

Cada viatura da frota de unidades móveis do SAMU coberta pelo projeto, receberá uma plataforma de dispositivos de comunicação à distância, capaz de receber e enviar informações para o datacenter, para a central de monitoramento, para os hospitais e para a central de atendimento e despacho do SAMU, com conexões adequadamente dimensionadas.

As ferramentas de computação embarcada instalada em cada unidade móvel do SAMU são relacionadas a seguir:

Um sistema de alerta e despacho visual da viatura, permitindo que uma unidade móvel disponível e mais convenientemente equipada (ASA FIXA, HELICÓPTERO, USA, USB, AMBULANCHA, MOTOLANCIA ou VIR) e posicionada seja endereçada ao local da ocorrência e de lá para um hospital de prontidão, oferecendo, por intermédio de dispositivo tablet, o ponto exato de atendimento e de destino, o roteiro mais adequado para cada um dos trajetos, bem como todas as informações já coletadas na ação de triagem e regulação e, desta forma, disponíveis para que o primeiro atendimento ao paciente seja produtivo e parte integrante do seu processo de recuperação e tratamento.

Um sistema de registro eletrônico de saúde, permitindo o acompanhamento, ainda na unidade móvel, das funções vitais e demais condições do paciente de forma simples e direta, a fim de que o médico regulador e o hospital de prontidão sejam alertados antecipadamente e estejam preparados para o pronto atendimento das vítimas.

Um sistema de Localização Automática e de Informações Básicas da Viatura (AVL), que deverá suportar as ações de identificação da unidade móvel mais adequada para atender a uma ocorrência e de despacho dessa unidade, se constituindo num elemento de integração do veículo à rede digital contemplada na solução e, dessa forma, integrando as equipes em campo com aquelas equipes da central de atendimento e despacho, do hospital

de prontidão e da central de monitoramento. O sistema de localização automática e de informações básicas da viatura também dará suporte para um efetivo controle de frota, de forma que cada viatura seja acompanhada e mantida em condições de uso, elevando o seu tempo médio entre ocorrências de indisponibilidade e reduzindo o seu tempo médio de indisponibilidade em cada ocorrência.

A Central de atendimento e despacho contará com recursos assistidos por software e sistemas de última geração compatíveis com aqueles estabelecidos pelos organismos internacionais e portarias do Ministério da Saúde.

Os hospitais de retaguarda (prontidão) poderão acompanhar, através de uma interface de consulta na solução, os atendimentos destinados a eles, permitindo um pronto acolhimento e atendimento quando da chegada da viatura.

As informações mais importantes que os solicitantes passam aos atendentes durante o processo de triagem, ordenadas de maneira lógica e eficiente para garantir a segurança dos solicitantes, dos pacientes e da equipe da ambulância, juntamente com as informações vitais e demais condições do paciente coletadas ainda dentro da viatura são transmitidas ao hospital de prontidão e apresentadas nesse ambiente por intermédio de um monitor ligado à uma estrutura computacional e de comunicação de suporte.

Dessa forma, é possível prontificar e otimizar recursos de atendimento e tratamento, despachando imediatamente prioridades altas e passando prioridades baixas pela regulação médica – assegurando a qualidade do atendimento ao mesmo tempo em que economiza e otimiza recursos.

A Central de Monitoramento tem por objetivo assegurar a supervisão em tempo real de todos os serviços prestados pelo SAMU, bem como o controle de frotas para as unidades móveis abrangidas pelo programa. Com o emprego de estruturas de Business Intelligence (BI) e de Geographic Information Systems (GIS) são apresentados mapas, gráficos, planilhas e relatórios envolvendo as seguintes situações:

Informações coletadas durante o processo de atendimento, triagem e regulação, acompanhadas de estatísticas e análises, natureza de eventos, ocorrência médica, região, período e outras informações que permitam um constante aperfeiçoamento da operação;

Condições e despacho de unidades móveis acompanhadas de informações sobre disponibilidade e prontidão das viaturas, consumo, períodos de operação de manutenção, tempo de atendimento e de transporte, dados coletados e atendimento a bordo e outras informações necessárias à manutenção da melhor oferta da frota;

Informações apresentadas na prontidão dos hospitais, juntamente com estatísticas e análises por unidade de atendimento.

DETALHAMENTO E ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

PLATAFORMA DATA CENTER

O datacenter utilizado na solução possui as seguintes características:

- SLA mínimo garantido para a infraestrutura: 99,749% (TIER 2);
- Experiência de 22 horas de tempo máximo de inatividade por ano;
- Ambiente ideal para distribuição de serviços baseados na Web;

Atualmente, a plataforma datacenter conta com dois ambientes completos virtualizados e replicados, instalados em cidades diferentes e distantes cerca de 50Km, com licenciamento completo dos sistemas operacionais, bancos de dados, backup, antivírus e replicação.

Todas as informações registradas nos sistemas são mantidas em total sigilo, criptografadas e com acesso controlado, garantindo total segurança dos dados armazenados.

PLATAFORMA CENTRAL DE MONITORAMENTO

Esta plataforma é dedicada à gestão das ações integradas do SAMU, mediante a obtenção de dados da situação operacional em tempo real. Trata-se de um espaço instrumental de cooperação 24 horas por dia, com o propósito de reunir as informações coletadas na central de atendimento e despacho, transformando-os em relatórios e indicadores de gestão necessários ao planejamento e a ação imediata no controle do atendimento das ocorrências recebidas pelo SAMU.

Para o monitoramento dos serviços, serão instalados:

- 02 (duas) televisões de 40 polegadas com suporte para fixação em parede.

- Licença de uso compartilhada do SAP Business Objects para desenvolvimento de painéis, relatórios operacionais e de gestão, além de gráficos e indicadores do serviço.
- Licença de uso do PENTAHO DataIntegrator para importação e transformação dos dados de todos os sistemas.
- Servidor virtualizado e dimensionado para esta plataforma.

PLATAFORMA CENTRAL DE ATENDIMENTO, REGULAÇÃO E DESPACHO

A plataforma central de atendimento, regulação e despacho é o espaço físico destinado a equipe de atendimento, reguladores e despachadores de frota (rádio operadores), dimensionado de acordo com as necessidades de regulação da região onde a mesma está situada.

Para este projeto, iremos utilizar os recursos tecnológicos disponibilizados pela SMSSP (microcomputadores, impressoras, rede elétrica e lógica e link de acesso à internet).

PLATAFORMA PRONTIDÃO HOSPITALAR

Cada hospital de retaguarda do SAMU poderá consultar, utilizando um usuário e senha específica do sistema CR-SAMU, as informações coletadas durante o processo de triagem e atendimento, para acompanhar os chamados designados a ele. Esta funcionalidade, permite ao hospital preparar os recursos necessários às vítimas, aumentando a chances de resolutividade da ocorrência.

Esta proposta contempla todo o suporte e treinamento para utilização desta plataforma nos hospitais e unidades de prontidão. Porém, será necessário que o hospital da prontidão disponibilize um computador com acesso à internet, viabilizando a sua utilização.

PLATAFORMA UNIDADE MÓVEL

Será disponibilizado um conjunto de equipamentos apropriados, capaz de receber e disponibilizar as informações das chamadas atribuída à unidade móvel de atendimento, registrar todas as informações sobre tempos de deslocamento durante o atendimento, desde a saída da base até o retorno, bem como as evoluções clínicas, história pregressa, sinais vitais, imagens e consumo de materiais e medicamentos, transmitindo as informações sobre o atendimento.

O aplicativo móvel também é capaz de orientar, através de aplicativo GPS instalado no próprio TABLET, o caminho mais rápido até o local da ocorrência.

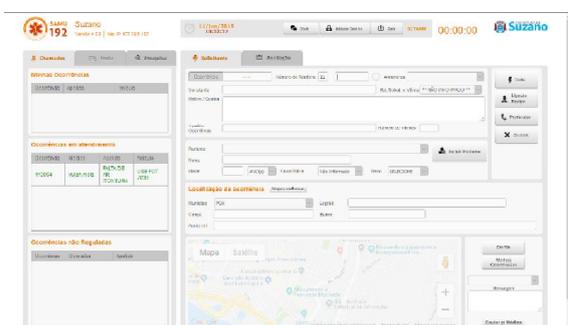
Cada Unidade Móvel de Serviços receberá os seguintes equipamentos e serviços:

- 01 (um) tablet de 7 polegadas ou smartphone de 4.3 polegadas com suporte para fixação adequados para cada tipo de veículo,
- 01 (um) rastreador veicular GPS, com sensores para 05 (cinco) estados: velocidade, portas, ignição, bateria e abertura do capô,
- 02 (dois) cartões SIM de telefonia móvel celular, sendo 01 (um) para uso no Tablet ou smartphone e 01 (um) para uso no rastreador AVL, para conectar a unidade móvel de atendimento com o Data Center,

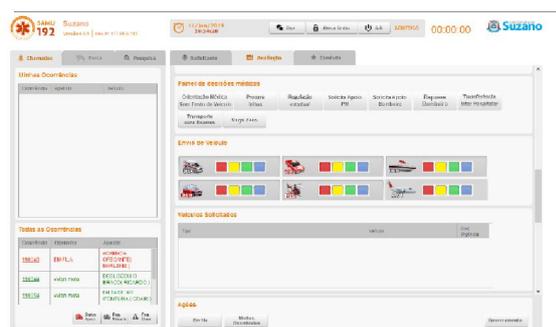
É de nossa responsabilidade a manutenção de todos os equipamentos em perfeito funcionamento, realizando manutenções preventivas e corretivas, sempre que solicitado, 24 horas por dia.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO QUE COMPÕE A SOLUÇÃO DE GESTÃO DO SAMU PARA USO NA CENTRAL DE ATENDIMENTO E DESPACHO, NAS UNIDADES MÓVEIS E NA CENTRAL DE MONITORAMENTO

SISTEMA CR-SAMU – Atendimento, regulação médica e despacho de unidades móveis



Tela do TARM



Tela do médico regulador

O sistema CR-SAMU tem por objetivo gerenciar o fluxo de informações e operações do atendimento de chamadas atribuídas ao SAMU, incluindo a recepção e registro da chamada, a regulação médica, o despacho de viaturas e o acompanhamento das viaturas.

De forma genérica, o sistema segue as seguintes etapas de fluxo de operação:

Recebimento da chamada de emergência: através da integração com o sistema de telefonia, o TARM (atendente) solicita as informações sobre a origem da chamada (número chamado, nome do solicitante, dados da(s) vítima(s), motivo/queixa, endereço e município) fornecidas pelo solicitante. Após efetuar o atendimento e cadastrar a ocorrência, o atendente envia as informações de forma automática para a fila do Médico Regulador, que realizará o andamento das ações complementares a eventuais procedimentos médicos e ainda, se necessário, a solicitação do envio de viaturas ao local da ocorrência;

Regulação médica: O regulador registra as suas impressões, avaliações clínicas, decisões e, quando necessário, solicita o envio de viaturas ao local da ocorrência com o código de prioridade correspondente. Quando o regulador solicita o envio de uma unidade móvel, automaticamente essa solicitação é encaminhada (via sistema) para o despachador da frota que, de acordo com o tipo e o código de prioridade, que realizará o empenho da unidade de atendimento móvel, dada a disponibilidade em tempo real, da frota de veículos a disposição do serviço.

Despachador de frota (rádio operador): O despachador de frota recebe, de forma automática, todas as solicitações de envio de viaturas e atribui a viatura mais adequada e mais próxima da ocorrência. Através do sistema de rádio comunicação ou, de forma automática por intermédio do aplicativo móvel de despacho silencioso, o despachador de frota registra os tempos de deslocamento, as intercorrências e ainda, as configurações das equipes que estão disponíveis para o serviço.

Encerramento da ocorrência: Após o término do atendimento, o Médico Regulador procede com o encerramento e armazenamento das decisões médicas e avaliação clínica final das vítimas, onde os mesmos ficarão disponíveis para a extração de relatórios, estatísticas e consultas necessárias para o aperfeiçoamento dos procedimentos, medição de índices de qualidade, entre outros.

O sistema CR-SAMU a ser instalado contempla os seguintes módulos operacionais:

- Módulo de atendimento e triagem - TARM;
- Módulo de regulação médica;
- Módulo de despacho de recursos - RO;
- Módulo de configuração e auditoria;
- Módulo administrativo.

Para este projeto, serão disponibilizados todos os módulos do sistema com quantidades de operadores ilimitados.

APLICATIVO MÓVEL CHRONOS MOBILE PARA DESPACHO SILENCIOSO DA FROTA

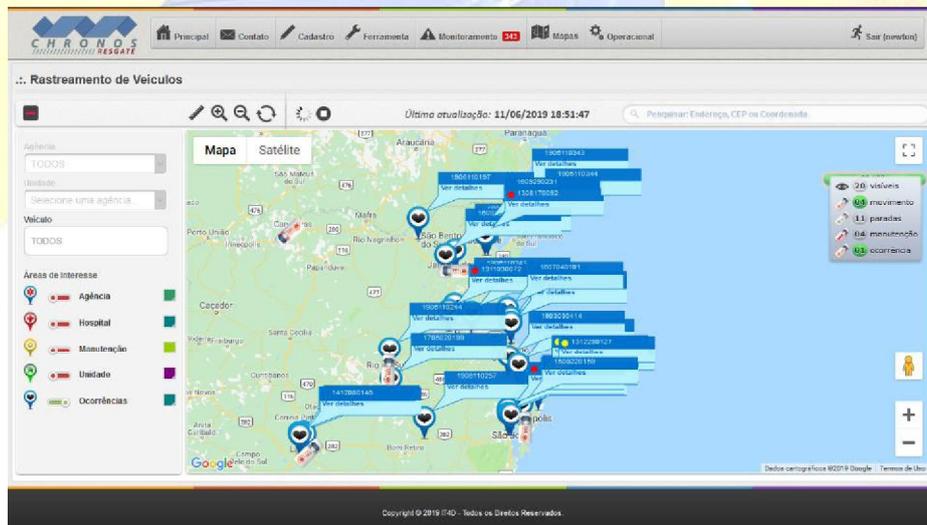
O aplicativo CHRONOS MOBILE tem o propósito de auxiliar as equipes embarcadas nas unidades móveis, permitindo o registro e o acompanhamento das informações coletadas na ação de regulação médica, o direcionamento da unidade móvel até o local da ocorrência e posteriormente, até o hospital de prontidão, utilizando as coordenadas georreferenciadas do local exato de destino e o roteiro mais adequado para o trajeto.

O aplicativo permite ainda realizar o embarque das equipes nas unidades móveis, o checklist diário das condições da viatura e ainda, registrar as informações de abastecimento de combustível, consumo de medicamentos e relatórios de avarias durante o uso da unidade móvel.

Será disponibilizado um pacote de licenças do aplicativo móvel para uso nas unidades de atendimento móvel contempladas neste projeto.

SISTEMA CHRONOS RESGATE – MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA FROTA

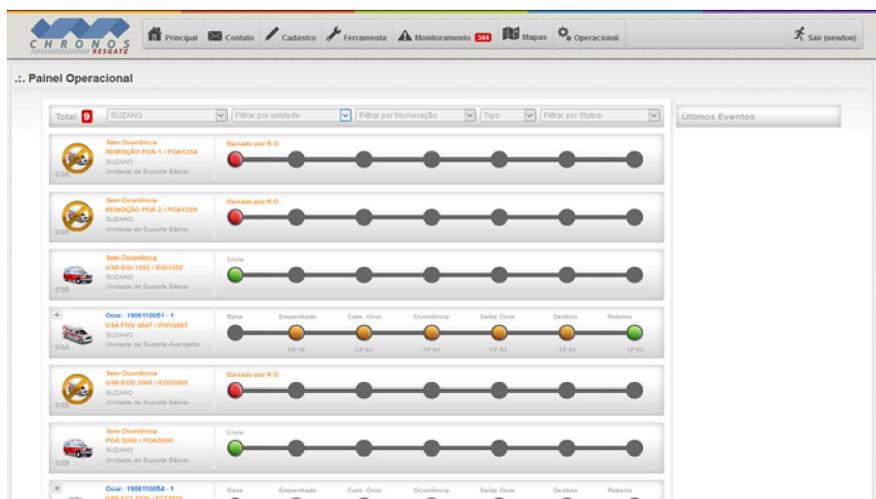
O SISTEMA CHRONOS RESGATE realiza, em tempo real, o monitoramento das unidades de atendimento móvel disponíveis no SAMU e o acompanhamento das ocorrências abertas no sistema CR_SAMU em mapas georreferenciado, utilizando como cenário de fundo o mapa de ruas e/ou imagem de satélite, com suas funcionalidades básicas de controle de zoom, deslocamento e escala.



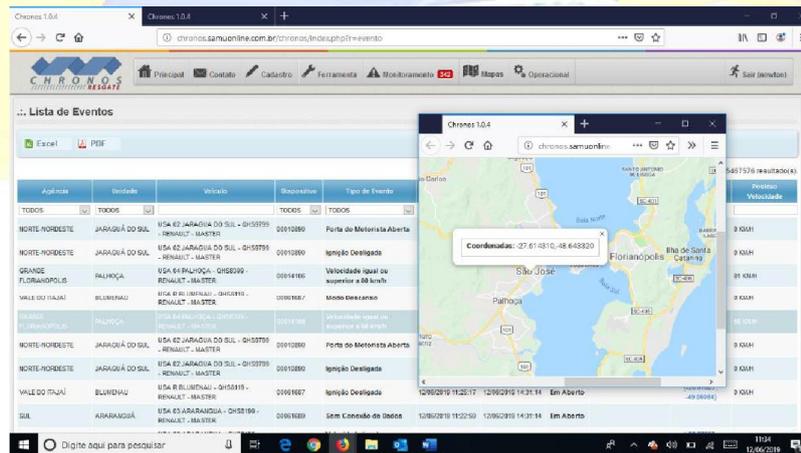
Monitoramento georreferenciado em tempo real das ocorrências e ambulâncias

O sistema permite selecionar elementos geográficos que devem ser exibidos no mapa (pontos de interesse tais como unidades móveis, ocorrências, hospitais, etc), identificando quais elementos geográficos encontram-se mais próximos de um determinado veículo ou ocorrência.

O sistema permite ainda o armazenamento e recuperação do histórico da posição dos veículos, dos eventos como acionamento da ignição, abertura das portas, abertura do capô, limite de velocidade ultrapassado, bateria desconectada e sinal GPS, em um determinado período ou central.



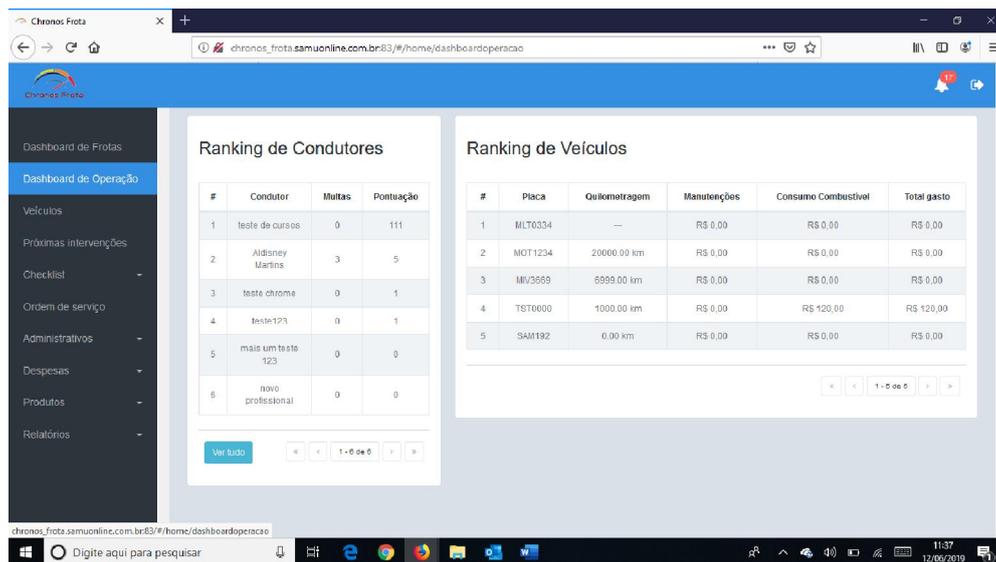
Painel de acompanhamento das ambulâncias



Eventos em tempo real

Será disponibilizado 01 (uma) licença de uso do sistema CHRONOS RESGATE instalada no ambiente de produção na plataforma datacenter, sem limites de usuários nomeados.

SISTEMA CHRONOS FROTA – GESTÃO E CONTROLE DA FROTA DE VEÍCULOS



Gestão e controle da frota de veículos

O sistema CHRONOS FROTA reúne diversas informações inerentes aos veículos que compõe a frota do SAMU, melhorando a tomada de decisão através do registro das informações sobre despesas, manutenções, consumo de combustível, multas de trânsito, documentação (licenciamento e IPVA), além de fornecer dados de receitas e despesas dos veículos para otimizar os resultados dos veículos e equipamentos da frota.

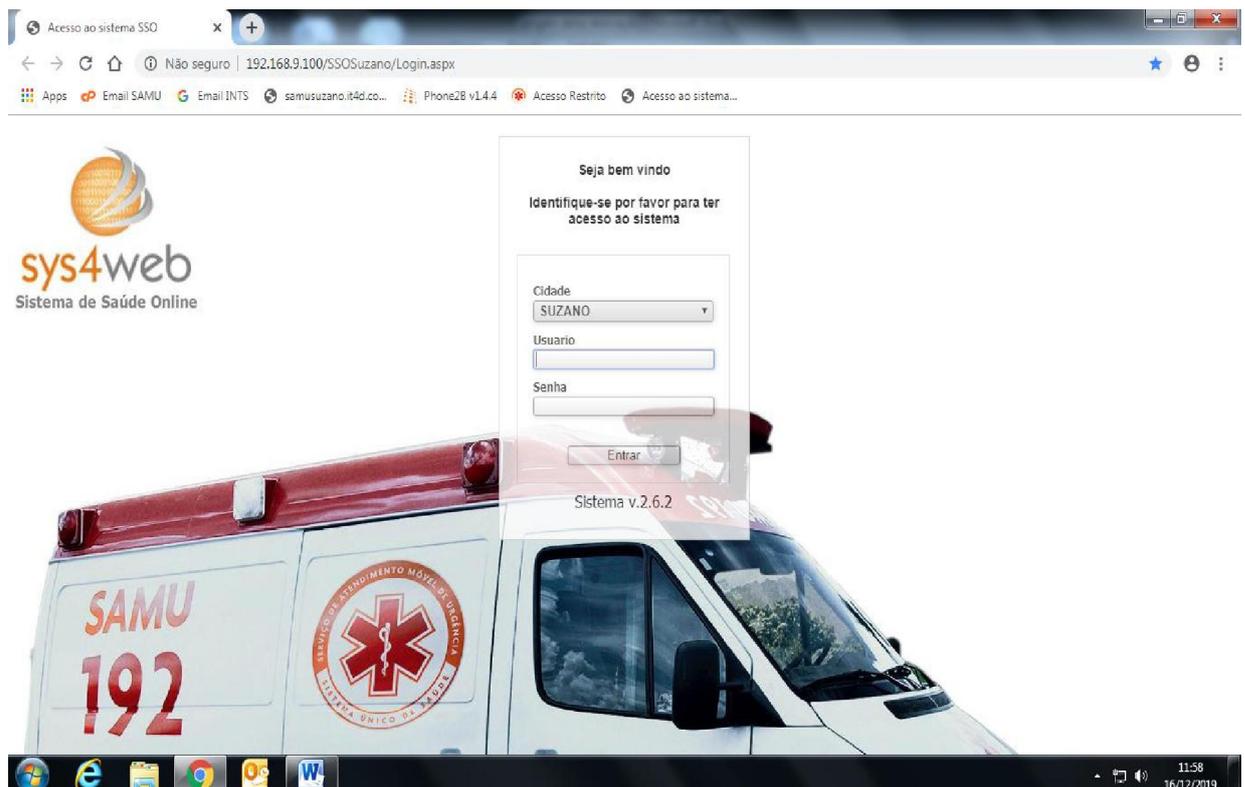
VEÍCULO	KM ATUAL	KM PRÓXIMA MANUTENÇÃO	DATA MANUTENÇÃO	DIAS RESTANTES	MANUTENÇÃO	VER MAIS
TSI10000	1000.00 Km	1001 Km	07/05/2019	-36 dias	Troca de lâmpada de farol de milha	Ver Mais
MF2068	6999.00 Km	300040 Km	10/12/2018	-184 dias	Troca de lâmpadas de freio	Ver Mais
MLT0334	0 Km	40 Km	20/10/2018	-235 dias	Troca de lâmpadas de freio	Ver Mais

Painel de alertas sobre a manutenção da frota

Será disponibilizado 01 (uma) licença de uso integrado ao sistema CRHONOS RESGATE de monitoramento e acompanhamento.

Todos os veículos são rastreados por GPRS. Os veículos têm um rastreador modelo MXT 140. Os veículos podem ser monitorados em duas plataformas web.

Modelo de Ferramenta de Gestão utilizado na Prefeitura Municipal de Suzano.



SISTEMA DIMEI – DISPENSAÇÃO INDIVIDUALIZADA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Consulta ao estoque de medicamentos

O SISTEMA DIMEI realiza o controle e a gestão dos estoques das bases avançadas do SAMU e da central, gerenciando as aquisições (compras), transferências, movimentações e dispensação de medicamentos às vítimas do serviço do SAMU. As medicações são controladas por lote e a validade, garantindo desta maneira a rastreabilidade e o consumo

individualizado, possibilitando estabelecer pontos controles para abastecimento dos estoques.

Será disponibilizado 01 (uma) licença de uso integrado do sistema DIMEI integrado ao sistema CR_SAMU e CHRONOS MOBILE.

SISTEMA DE BI – BUSINESS INTELIGENCE PARA CRIAÇÃO DE RELATÓRIOS, GRÁFICOS E INDICADORES DE GESTÃO

O SISTEMA DE BI – BUSINESS INTELIGENCE está baseado no conceito de armazém de dados (data warehouse), um depósito de informações devidamente estruturadas, alimentado a partir da coleta de dados dos módulos dos sistemas que operam nas centrais regionais de regulação e estão implantados na plataforma datacenter. Este armazém de dados está modelado de forma a prover mecanismos de consulta apropriados para acompanhamento operacional, tático e estratégico.

Este sistema, permite ao gestor o acompanhamento histórico de informações, análise de dados e a composição de indicadores apurados a partir dos dados operacionais com métricas pré-estabelecidas pelo estado e Ministério da Saúde.

Como estratégia de análise de dados, realizamos uma carregada diariamente, possibilitando a realização de consultas, com diferença máxima de um dia em relação as bases de dados transacionais em produção.

O Sistema disponibiliza os principais relatórios solicitados pelo Ministério da Saúde, e ainda, permite a criação de diversos outros relatórios e indicadores como:

- Relatório detalhado dos atendimentos
- Número de ligações recebidas por mês
- Tempo gasto para registro da ocorrência pelo TARM
- Total de ligações reguladas – tempo de resposta
- Total de ligações reguladas – primeira decisão médica
- Total de ligações reguladas por origem
- Quantidade de ligações reguladas por veículo utilizado
- Decisão após atendimento por região e hospital de destino
- Quantidade de atendimento por faixa etária

- Quantidade de atendimento por tipo de ocorrência
- Quantidade de atendimento por motivo do agravo
- Total de despacho de viaturas por tipo e região

Será disponibilizado uma licença de uso compartilhada do SAP Business Objects para desenvolvimento de relatórios operacionais e de gestão, além de gráficos e indicadores do serviço e uma Licença de uso do PENTAHO Dataintegrator para importação e transformação dos dados de todos os sistemas.

LICENÇA DE USO ANUAL DO GOOGLE MAPS

Os sistemas consomem as APIs de georreferenciamento da Google, contemplando Map Load/Mobile (Carregamento de mapa em plataforma web ou mobile), Static Map/ Street View (Carregamento de mapas estáticos e/ou navegação no Street View), Serviços de geocodificação, rota, matriz de distância, elevação, timezone, geolocation e roads, Places (Consulta de lugares, endereços ou estabelecimentos), Places Autocomplete (Recurso de sugestão de endereço automático por letra digitada no campo de busca (de endereços/estabelecimentos/lugares)).

Para este projeto, serão disponibilizados um conjunto de créditos das APIs do Google, considerando o volume de chamadas históricas registradas nos últimos 12 meses.

O sistema implantado pelo INTS, preservará a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações, utilizando técnicas e procedimentos para impedir a destruição, perda, alteração, acesso não-autorizado, seja intencional ou não.

O INTS deverá ministrar treinamento operacional para técnicos multiplicadores do Núcleo de Informática do SAMU, bem como da utilização dos tablet's vinculados ao sistema, num prazo máximo de 30 dias após a entrega do produto (mediante prévia análise e aprovação da SEMSA de Suzano).

Será de responsabilidade do INTS a produção e entrega de manual da ferramenta de gestão.

O suporte técnico deverá ser realizado quando necessário, tendo como prazo máximo para a resolução do problema 04 horas do registro do chamado.

O INTS deverá disponibilizar acesso fácil para a abertura de chamados sendo exigido, no mínimo, abertura realizada pela internet com a emissão de protocolo de acompanhamento.

Comissões Técnicas

Como ações de QUALIDADE OBJETIVA serão implantadas as Comissões Técnicas previstas para um serviço de saúde como o SAMU 192 – Regional Suzano. Todas as Comissões Técnicas desta Proposta terão publicação de Portaria de nomeação, bem como Regimentos Internos. As reuniões realizadas terão os seus registros feitos em atas que serão assinadas por todos os presentes, enviadas cópias nos relatórios de prestação de contas e arquivadas os originais na Unidade. Serão implantadas nos serviços que a requeiram e no prazo de até 60 (sessenta) dias após assinatura do contrato.

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica do SAMU 192 - Regional Suzano tem como principal finalidade supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício da atividade médica dentro da instituição, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais. A comissão tem função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da medicina na área de abrangência da unidade.

O perfil de membros que compõe esta Comissão é :profissional médico que atue na unidade; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão; que tenha se candidatado voluntariamente e eleito pelo corpo clínico da Unidade.

A frequência das reuniões ordinárias é trimestral, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante o expediente administrativo n Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando ocorrer convocação do Presidente da Comissão.

São metas desta comissão no primeiro ano de contrato: a) Informar 100% dos casos de má conduta do profissional médico ao CRM; b) Realizar uma atividade educativa sobre o tema para o Corpo Clínico do SAMU 192; c) Abrir o processo de sindicância de 100% das denúncias recebidas que tratem de má conduta ou postura do profissional médico.

São objetivos da Comissão: - Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Unidade; - Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM, as eventuais más condições de trabalho na Unidade; - Abrir sindicância para apurar os fatos envolvidos com suposto má conduta médica denunciada; - Assessorar as diretorias clínica, administrativa e técnica da Unidade, dentro de sua área de competência.

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

A Comissão de Ética de Enfermagem do SAMU 192 - Regional Suzano tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.

O perfil de membros que compõe esta Comissão é :profissional de enfermagem de nível técnico e superior que atue na unidade; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão; que tenha se candidatado voluntariamente e eleito pelo corpo de enfermagem da Unidade.

A frequência das reuniões ordinárias é trimestral, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante o expediente administrativo na Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando ocorrer convocação do Presidente da Comissão.

São metas desta comissão no primeiro ano de contrato: a) Informar 100% dos casos de má conduta do profissional da enfermagem ao COREN; b) Realizar uma atividade educativa sobre o tema para o Corpo de Enfermagem do SAMU 192; c) Abrir o processo de sindicância de 100% das denúncias recebidas que tratem de má conduta ou postura de profissional da enfermagem.

São objetivos da Comissão: - Colaborar com o COREN em assuntos e adoção de medidas universais relacionadas ao bom desempenho da ética na enfermagem; - Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem por meio de análises das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e/ou auditoria; - Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem; - Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos a ética dos profissionais de enfermagem; - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética de Enfermagem, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de

Enfermagem, bem como das resoluções e decisões do COFEN e do COREN; - Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar em assuntos relacionados ao desempenho ético da profissão; - Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que exercem atividades na instituição seja elas assistenciais e/ou educacionais, interna e externamente; - Realizar sindicâncias sobre fato notificado, quando necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando a termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo encaminhamentos que venham a julgar necessário. A CEE deverá comunicar formalmente à Coordenadoria de Enfermagem da abertura de sindicância; - Encaminhar o relatório de sindicância, juntamente com o parecer da CEE, ao COREN no prazo de 30 dias úteis, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos a este, com cópia para a Coordenação de Enfermagem.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPIA

A Comissão de Farmácia de Terapêutica do SAMU 192 - Regional Suzano será responsável pela identificação, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos e de efeitos indesejáveis imediatos ou tardios. Também atuará na identificação, análise e prevenção de qualquer problema relacionado com medicamentos (queixas técnicas, erros de medicação, interações medicamentosas). Tem como finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica, na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos na Unidade.

O perfil de membros que compõe esta Comissão é: profissional de farmácia, enfermagem e/ou médico que atue na unidade; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão; que tenha se candidatado voluntariamente; que atue na assistência.

A frequência das reuniões ordinárias é trimestral, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante o expediente administrativo na Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando ocorrer convocação do Presidente da Comissão.

São metas desta comissão no primeiro ano de contrato: a) Revisar o Elenco de Medicamentos do Serviço em consonância com a RENAME e a relação padronizada de insumos e materiais médico-hospitalares; b) Realizar atividades educativas com os

pacientes sobre o uso racional dos medicamentos; c) Notificar 100% dos casos de reações adversas.

São objetivos da Comissão: - Redigir o formulário de padronização e mantê-lo atualizado; - Selecionar os medicamentos para uso da unidade; - Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; - Avaliar a exclusão de medicações da padronização; - Divulgar informações sobre o uso de medicamentos; - Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos; - Estabelecer normas para a utilização de medicamentos R (uso restrito) e não padronizados; - Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer.

COMISSÃO DE PLANO DE GARANTIA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
- RDC Nº 306/2004 E CONAMA Nº 358/2005

Dentre as atribuições desta comissão estão às atribuições de diagnosticar, propor medidas corretivas, orientar, supervisionar e controlar todas as ações relativas direta ou indiretamente ao processo de acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento e destino dos resíduos gerados.

O perfil de membros que compõe esta Comissão é qualquer profissional que que atue na unidade; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão; que tenha se candidatado voluntariamente; que atue na assistência.

A frequência das reuniões ordinárias é mensal, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante o expediente administrativo na Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando ocorrer convocação do Presidente da Comissão.

Conteúdo: Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde; Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência; Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos

gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente; Fazer registro diário dos serviços prestados; Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital; Colaborar na humanização do atendimento hospitalar; Manter contato com a Coordenadoria Regional objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares; Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

São objetivos da Comissão: Prevenir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde; Racionalizar o consumo de material, evitando desperdícios; Maximizar a segregação dos resíduos recicláveis; Instrumentalizar as pessoas para aderirem ao programa de coleta seletiva; Cumprir a legislação vigente.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO - CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como finalidade a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

O perfil de membros que compõe esta Comissão é :profissional da assistência ou não que tenham carga horária mínima de 20h/semanais; no caso de empregador, eleito pela equipe; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão.

A frequência das reuniões ordinárias é mensal, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante durante o expediente administrativo na Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias, deverão ser realizadas quando ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.

São metas desta comissão no primeiro ano de contrato: a) Elaborar o mapa de riscos da unidade; b) Elaborar um Plano de Trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho; c) Realizar a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT.

São objetivos da Comissão: - Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho; - Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores; - Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas; - Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho; - Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores; - Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores; - Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho; - Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho; - Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; -Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores; - Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas; - Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT; - Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

GRUPO DE TRABALHO EM HUMANIZAÇÃO

O Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) do SAMU 192 - Regional Suzano tem como finalidade a elaboração de ações para tornar o ambiente ainda mais humanizado para pacientes e colaboradores

O perfil de membros que compõe esta Comissão é :profissional da assistência ou não que tenham carga horária mínima de 20h/semanais na unidade; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão; com participação voluntária.

A frequência das reuniões ordinárias é mensal, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante o expediente administrativo na Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando ocorrer convocação do Presidente da Comissão.

São metas desta comissão no primeiro ano de contrato: a) Elaborar o Plano de Intervenção Operacional de Ações para Humanização do Ambiente e das Práticas b) Realizar seis atividades educativas em comunidade; c) Promover um Seminário sobre a Política Nacional de Humanização para profissionais da unidade e da rede.

São objetivos da Comissão: - Plantar as ideias da cultura da humanização; - Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados; - Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização; - Examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na unidade; - Promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas; - Estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços; - Liderar o processo de humanização; - Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores; - Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento; - Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos; - Realizar atividades educativas aos usuários.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO.

A Comissão de Revisão de Prontuários do SAMU 192 - Regional Suzano tem como finalidade estabelecer normas para estruturar, monitorar, avaliar a qualidade e promover ações de melhoria dos prontuários com a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. Deve atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem.

O perfil de membros que compõe esta Comissão é :profissional enfermagem de nível técnico ou superior, assistente social, farmacêutico, médico e/ou administrativo do SAME que atue na unidade; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão; que tenha se candidato voluntariamente.

A frequência das reuniões ordinárias é bimensal, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante o expediente administrativo na Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando ocorrer convocação do Presidente da Comissão.

São metas desta comissão no primeiro ano de contrato: a) Revisar 20% das fichas de atendimento do período; b) Elaborar o modelo de ficha de atendimento a ser adotado no Serviço; c) Realizar o treinamento dos profissionais do SAME sobre organização e guarda dos prontuários.

São objetivos da Comissão: - Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos; - Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico; - Rever e avaliar os prontuários para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido; - Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico; - Devolver os prontuários médicos aos chefes de Serviços para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso; - Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Unidade; - Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres; - Arquivar os pareceres e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo.

O Programa da Qualidade estará ligado à Coordenadoria Regional e focando na descrição de mapas de processos, cadeias fornecedoras cliente, matriz de riscos, fluxos, linha de cuidados e indicadores estratégicos, operacionais e sistêmicos.

Desenvolvera suas atividades na busca a atender as exigências ministeriais para a qualificação do SAMU 192 – Regional Suzano e a certificação ISSO 9001:2008 nos primeiros seis meses do contrato.

COMISSÃO DE REVISÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ESTATÍSTICA

A Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística tem a finalidade de promover as medidas normativas e técnicas de Controle de execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo normas do CFM, analisando e propondo medidas que aprimorem

São objetivos da Comissão: garantir a a perfeita identificação do paciente; o registro das evoluções médicas; o registro das evoluções de enfermagem; os anexos relativos à

solicitação de procedimentos; privacidade dos registros; guarda dos documentos junto ao arquivo próprio; a legibilidade da letra de todos os profissionais que atenderam o paciente, com a respectiva identificação.

O perfil de membros que compõe esta Comissão é: profissional de farmácia, enfermagem e/ou médico que atue na unidade; preferencialmente, que tenha conhecimento sobre o tema da Comissão; que tenha se candidatado voluntariamente; que atue na assistência.

A frequência das reuniões ordinárias é trimestral, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias serão realizadas durante o expediente administrativo na Base Central em Suzano. No caso das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando ocorrer convocação do Presidente da Comissão.

Articulação com as Demais Unidades da Rede de Saúde

Articulação de redes é o modo de organização dos serviços configuradas e sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários, em todos os níveis da assistência.

Com vistas a fortalecer as relações entre os equipamentos de saúde da Rede e melhorar a articulação entre eles, será instituído pela equipe gestora do SAMU 192 - Regional Suzano a prática do fluxo de referência e contra referência entre os serviços de saúde visando realizar encaminhamentos resolutivos e assegurar vínculos em diferentes níveis, proporcionada continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

Para tanto, as ações de articulação iniciarão na porta de entrada das urgências e emergências, quando da Classificação de Risco. Como já explicitado, ao ser classificado nas cores verde ou azul, a usuária poderá orientada a buscar o serviço de Atenção Básica que atende o território do seu domicílio.

Para tanto, será elaborada ficha de referência contendo as informações de saúde coletadas para encaminhar o usuário a unidade determinada no Mapa de Vinculação elaborado pela Secretaria de Saúde.

Assim, para que a articulação entre os serviços da rede aconteça de modo a garantir o seguimento/acompanhamento do usuário pós-alta deverá ser revisado o Mapa de

Vinculação dos territórios e determinadas unidades básica que acolham aqueles que residem em ruas ou bairro sem posto de saúde. Lembrando que o público atendido no SAMU 192 - Regional Suzano envolve idosos e crianças, ou seja, grupos de atendimento prioritário na atenção básica nas áreas de saúde do idoso e da criança.

Quanto melhor bem estruturado for o fluxo de referência e contra referência entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e eficácia na qualidade e continuidade da assistência prestada. Neste sentido, a equipe gestora do SAMU 192 - Regional Suzano irá realizar visita as unidades básicas de saúde da rede municipal localizada no território adscrito aos seus serviços, com vistas a apresentar-se e conhecer a realidade local, bem como estreitar os laços entres as equipes.

No caso de pacientes pós-alta, para proporcionar continuidade ao tratamento, o usuário será referenciado através de instrumento de contra referência preenchido com a avaliação da equipe multiprofissional de saúde que o atendeu, bem como os resultados dos exames realizados.

Este documento será em papel timbrado das unidades de saúde administradas pelo INTS com a identificação da unidade e cabeçalho contendo a inscrição “Esta conta deverá ser paga com recursos públicos”. Para fins da assistência, o relatório conterà: nome do paciente, motivo da internação (CID-10), data da admissão e data da alta, Procedimentos realizados, diagnóstico – principal e secundário – da alta, tipo de Procedimento que necessita pós-alta e serviço a receber.

Além da contra referência, o paciente será orientado pelo Serviço Social que assume a responsabilidade em articular com os serviços e equipes de modo a garantir o efetivo atendimento e acompanhamento.

Com vistas a fortalecer a Rede de Saúde, a equipe gestora do Hospital realizará encontros envolvendo representantes das equipes assistenciais (municipais e estaduais) e das Secretarias para discutir a organização do fluxo de acompanhamento destes pacientes pós alta de modo a estabelecer a melhor forma de interação entre os serviços.

Esse processo de instrumentalização da equipe multiprofissional de saúde para o seguimento e acompanhamento dos pacientes de alta se dará por meio de educação

permanente e participação de representantes da unidade em fóruns colegiados de discursão de gestão e social.

Proposição de projetos assistências e sociais (relacionamento com a atenção primária, comunidades, campanhas educativas para o usuário, etc.).

Com o objetivo de estreitar as relações com as unidades básicas da rede local de saúde, o INTS irá realizar, quadrimestralmente, atividades advindas dos projetos assistenciais da Instituição.

Período da Atividade	Atividade
4º mês de Contrato	Realização de um Seminário Integrativo e Educativo para os profissionais de saúde do SAMU 192 - Regional Suzano e das equipes de unidades de urgência e emergência da rede municipal
8º mês de Contrato	Realização da Feira de Saúde e Cidadania no território sanitário do SAMU 192 - Regional Suzano desenvolvendo ações de assistência de exames e consultas especializadas, corte de cabelo, emissão de documentos etc.
12º mês de Contrato	Ações de saúde e sociais voltadas para as pessoas em situação de rua da região do SAMU 192 - Regional Suzano

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES

Metodologia de Monitoramento dos Indicadores

O SAMU 192 - Regional Suzano atenderá todas as ocorrências abertas e encaminhadas pela Central de Regulação das Urgências, de forma organizada e de acordo com a sua capacidade física instalada e com vistas a cumprir as metas físicas (quantitativas) e de qualitativas estabelecidas no Contrato de Gestão. (Quadro 01)

Quadro 01

INDICADOR DE SAÚDE	UNIDADE DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	ÍNDICE RECENTE	META 2019
Cobertura do SAMU	%	(população coberta pelo serviço / população total residente) * 100	100	100
Tempo mínimo de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência	Minuto	Hora, minutos e segundos da chamada registrada em impresso próprio – hora, minuto e segundos de chegada ao local da ocorrência registrada em impresso próprio	28	15
Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência	Minuto	Hora, minutos e segundos da chamada registrada em impresso próprio – hora, minuto e segundos de chegada ao local da ocorrência registrada em impresso próprio	33	20
Tempo máximo de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência	Minuto	Hora, minutos e segundos da chamada registrada em impresso próprio – hora, minuto e segundos de chegada ao local da ocorrência registrada em impresso próprio	38	30
Adequação da regulação	%	(Saídas de veículos de suporte avançado	28	15

		após avaliação realizada pela equipe de suporte básico / total de saídas de veículos de suporte avançado de vida) * 100		
--	--	--	--	--

Fonte: Edital/SEMSA

Outros indicadores que serão monitorados:

- Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência;
- Tempo médio decorrido no local da ocorrência;
- Tempo médio de transporte até a unidade de referência;
- Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);
- Indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico);
- Taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevivência e taxa de sequelas e seguimento no ambiente hospitalar;
- Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas);
- Casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

Indicadores econômicos

- Rendibilidade do Activo;
- Custo dos Capitais Alheios;
- Produtividade dos Trabalhadores;
- Eficiência na Gestão de Custos.

Indicadores Financeiros

- Liquidez (vários graus);
- Grau de Endividamento;
- Solidez Financeira;

- Grau de Cobertura dos Imobilizados.

Indicadores De Eficiência

- Rotação de Stocks;
- Prazo Médio de Recebimentos;
- Prazo Médio de Pagamentos;

Cliente/Satisfação

- Satisfação do cliente – produto;
- Satisfação do cliente – serviços;
- Satisfação da instituição – colaboração cliente;
- Satisfação do instituto -disponibilização de pagamentos;
- Satisfação da instituição -trabalho colaborativo

Processo produtivo/Segurança

- Desvio de custo;
- Desvio de prazo;
- Impacto de defeitos na entrega;
- Frequência de acidentes.

Recursos Humanos/Aprendizagem

- Subcontratação;
- Pessoal permanente;
- Formação;
- Satisfação dos colaboradores;
- Acompanhamento de absenteísmo e turnover.

Inovação/ Tecnologia

- Gestão de Resíduos Sólidos;
- Consumo de água;
- Investimento em tecnologia.

Cabe destacar que as metas quantitativas foram programadas pela equipe técnica do secretaria de saúde a partir da oferta de ambulâncias, capacidade instalada da assistência e da regulação e do histórico de produção. Ocorre, que, no caso de serviços de urgência

e emergência, tendo em vista que a procura será espontânea, ou seja, sem nenhum controle da equipe gestora, buscar-se-á manter o serviço funcionando com toda a sua estrutura contratada. Neste caso, é possível que o alcance de metas varie ao longo do contrato, cabendo a equipe gestora realizar o estudo crítico do que ocorreu e elaborar justificativa para a Comissão de Acompanhamento do Contrato.

Metodologia de Monitoramento de Indicadores de Desempenho Assistencial de Qualidade e de Produtividade e Divulgação das Metas

A equipe gestora do SAMU 192 – Regional Suzano do INTS contará com um profissional responsável por monitorar a produção diária das unidades, com vistas a ajustar possíveis falhas de registro ou subregistros, adotando, imediatamente e em tempo real, as medidas saneantes da situação.

Nas reuniões semanais do Colegiado Gestor, será apresentado o monitoramento do período dos Procedimentos realizados e registrados, sempre realizando o acompanhamento do Realizado X Contratado.

Para que os colaboradores de cada serviço do SAMU 192 conheçam as metas contratadas e os resultados semanais e mensais alcançados será utilizado o ‘Painel de Gestão à Vista’ que traz benefícios, tais como:

- A constante alimentação e atualização das informações permite aos colaboradores uma visão precisa do que está acontecendo na unidade, tal como os processos críticos, as tendências positivas e negativas, e pontos de controle. Acredita-se ser essencial que todos os envolvidos no processo tenham acesso às informações;
- O acompanhamento dos colaboradores para com seus próprios resultados e com os resultados de suas equipes melhora a compreensão da importância do trabalho e da dedicação de todos e ajuda a instituição a atingir suas metas e melhorar seus resultados;
- A partir do ensinamento e treinamento em ferramentas de controle, a equipe começa a adquirir um conhecimento essencial, reforçando a cultura da gestão com base em informações e fatos. Desta forma, o processo de tomada de decisão ganha mais credibilidade;

- Com a análise dos indicadores e suas variáveis, é possível identificar tendências e agir na prevenção de problemas, ajustando os processos e eliminando falhas da operação;
- Contribui para a disseminação da cultura da organização, transformando o compartilhamento de informações e a melhoria na comunicação em uma rotina diária.

Com o Painel, todos os indicadores estarão disponíveis e afixados em locais visíveis de cada base do SAMU 192 sendo estes avaliados semanal, mensal e trimestralmente pela equipe de monitoramento avaliando as não conformidades, correção ou ação imediata e ação de prevenção para aplicação das ações corretivas.

Outra forma de monitoramento e controle será por meio de resultados dos indicadores individuais e da categoria. Neste caso, o gestor de cada processo identificará indicadores com tendências desfavoráveis de cada um dos integrantes da sua equipe e irá se reunir com os colaboradores para analisar e elaborar planos de ação de melhorias.

Os processos principais e de apoio serão avaliados nas reuniões de Avaliação Gerencial Mensal nas quais serão apresentados os resultados de todos os processos e oportunidades de melhorias, para aprovação.

Outra forma de avaliar será nas reuniões trimestrais de análise crítica dos processos com a alta direção do INTS e com todos os líderes do SAMU 192 – Regional Suzano. Nesta reunião serão apresentados todos os indicadores operacionais, analisados os resultados, metas, exclusão e/ou inclusão de indicadores. Cada área será responsável por trazer um referencial comparativo externo como forma de justificativa, e na análise, estipular-se-à em conjunto com a nova meta a ser seguida no próximo semestre.

Protocolo de Ações Corretivas

Com os resultados de medição e monitoramento, o INTS conseguirá visualizar e entender bem os resultados do seu processo, tornando possível a tomada de decisões corretas para melhorias quanto a alocação de recursos em processos para atingir os objetivos estabelecidos. Maus resultados são gatilhos para a execução de planos de ação para a correção dos problemas detectados.

A partir do monitoramento a equipe gestora irá elaborar um plano de ação, definindo ações corretivas, visando melhorar os resultados do processo. Executadas estas ações corretivas, a medição, monitoramento e análise serão realizadas novamente, para verificar se as ações tomadas funcionaram. Se não funcionarem, este processo deve ser repetido criando agora ações e estratégias.

O INTS será responsável em informar, mensalmente, toda a produção realizada em cada uma das unidades de saúde gerenciadas de acordo com os Procedimentos realizados no Sistema Oficial do Ministério da Saúde (Sistema de informação – SIA e ESUS), em meio magnético, para processamento na Secretaria Estadual de Saúde, obedecendo ao cronograma oficial.

Todos os indicadores estarão disponíveis e afixados em locais visíveis sendo estes avaliados mensalmente pela equipe de monitoramento avaliando as não conformidades, correção ou ação imediata e ação de prevenção para aplicação das ações corretivas. Importante ressaltar que cada processo possuía ferramenta Mapa de Processo e cadeia cliente fornecedor, que determina os padrões e requisitos e os meios de comunicação para a entrega e recebimento dos produtos. Estes requisitos serão acordados entre fornecedor e clientes a partir das necessidades e expectativas identificadas. E então serão definidos os requisitos de cada processo.

O controle da conformidade com seus requisitos será feito durante o recebimento do produto, nas auditorias e nas manifestações de clientes internos e externos. Toda não conformidade, quando identificada, sofrerá correção e será relatada ao processo, que registrará a ocorrência e a submeterá a uma avaliação para avaliar sua causa e raiz, de maneira que possam ser implementadas ações corretivas e evitada a sua recorrência.

O setor da qualidade realizara auditoria dos processos internos, que serão verificados anualmente com base em requisitos de normas certificáveis e legislações aplicáveis, além de auditorias específicas de ferramentas da qualidade.

A existência de problemas operacionais será tratada como oportunidades para a dos processos internos. Na grande maioria, os planos de ação, com vistas à correção de algum problema, resultarão na descrição e aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Quando uma ação Não conformidade não puder aguardar a resposta ao relato, o gestor do processo realizará as correções de imediato e em seguida fará a identificação das causas raiz e elaborará ações corretivas, garantindo que não haja prejuízo no resultado dos processos ou na assistência prestada.

Outra forma de controle será por meios de resultados dos indicadores. O gestor de cada processo identificará indicadores com tendências desfavoráveis e irá se reunir com os funcionários para analisar e elaborar planos de ação de melhorias.

Os processos principais e de apoio serão avaliados nas reuniões de Avaliação Gerencial Mensal nas quais serão apresentados os resultados de todos os processos e oportunidades de melhorias, para aprovação.

Outra forma de avaliar será nas reuniões semestrais de análise crítica dos processos com a alta direção e com todos os setores da instituição. Nesta reunião serão apresentados todos os indicadores operacionais, analisados os resultados, metas, exclusão e/ou inclusão de indicadores. Cada setor será responsável por trazer um referencial comparativo externo como forma de justificativa, e na análise, estipular-se-á em conjunto com a nova meta a ser seguida no próximo semestre.

Ressalta-se que nem todos os indicadores possuem facilidade na obtenção do referencial comparativo, contudo, será cultura identificar em normas regulamentos pertinentes. Quando não encontrados, o levantamento histórico na base de dados e caso não se encontre informações, a meta será estipulada de acordo com a experiência do setor. Principalmente nesse caso, observando a ausência de desafio durante a análise mensal dos indicadores, a meta será restabelecida.

Os processos clínicos serão avaliados nas reuniões mensais do corpo clínico da instituição, juntamente com a coordenação técnica, que discutirão casos específicos atendidos no SAMU e quando ocorrem Não conformidades, serão discutidas as ações corretivas mais adequadas.

Os riscos serão definidos a partir das principais categorias que abrangemos possíveis eventos de acordo com as atividades que serão realizadas no SAMU.

A identificação dos riscos será estruturada a Matriz de Gestão de Riscos. Após a identificação dos riscos, serão definidas ações para o tratamento de riscos, que abrangem:

Forma de correção frente a falha/erro: ações realizadas frente a Falha ocorrida , com o objetivo de minimizar o impacto.

Contingência frente a falha/erro: usualmente é obrigatório haver planos de contingência para toda a situação que exponha o paciente ou a organização a alto grau de risco.

Plano de ação relacionado (ação corretiva se estiver em andamento): sempre que houver algum outro plano de ação definido para a falha /erro de identificado utilizando como base para a estruturação da ação corretiva os tipos de risco primário e secundário identificados na matriz de gerenciamento de rico.

PLANO DE TRABALHO

Área da Ação	Ação Proposta	Prazo Inicial	Responsáveis	Periodicidade
GESTÃO DE PESSOAS 10 Ações	Recrutamento e seleção dos profissionais de saúde, administrativos e de apoio logístico para composição das equipes	Assinatura do Contrato	Coordenadoria Regional apoiada pelo Setor de Recursos Humanos do INTS	Continua tendo em vista a manutenção de banco de dados de profissionais
	Admissão, identificação (crachá e fardamento) e atualização de cadastro (CNES e RH) dos profissionais contratados	Uma semana antes do início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional	Identificação – Diariamente Atualização – Mensal Admissão – quando solicitado
	Avaliação de Desempenho de todos os profissionais contratados	Seis meses após o início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Semestral
	Publicação de escalas, conferência das frequências, controle de férias e licenças e fechamento da folha de pagamento	Uma semana antes do início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional Coordenadorias Médica e de Enfermagem com o apoio do RH do INTS	Mensal
	Organização e manutenção dos documentos e arquivos relacionados ao RH das unidades de saúde	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional	Diariamente

GESTÃO DE PESSOAS		10 Ações	
Implantação e funcionamento das atividades relacionadas a Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes	Terceiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional com o apoio do RH do INTS	Mensal
Implantação e operação do Plano de Educação Permanente envolvendo atividades de treinamentos técnicos e operacionais de acordo com a função e atuação do profissional	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional, Coordenadorias Médica e de Enfermagem com o apoio do RH do INTS	Bimensal ou de acordo com a necessidade da categoria
Pesquisa de Clima Organizacional	Sexto mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional	Semestral
Implantação de um projeto motivacional para os profissionais com foco no ambiente de trabalho, autocuidado, trabalho em equipe e qualidade de vida no trabalho.	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e com apoio da equipe de RH do INTS	De acordo com a programação de atividades
Realização do Seminário de Avaliação Geral	Décimo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e Gestores do Nível Central do INTS	Anual

Gestão de Gerência		05 Ações			
Efetivação do Colegiado Gestor e Conselho de Gestão da Clínica da Unidade	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional	Única		
Elaboração e institucionalização dos Regimentos e Normas Operacionais e Administrativas da Unidade	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional, Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente		
Elaboração e operacionalização do Planejamento Estratégico do SAMU 192 Regional Suzano	Terceiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional, Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente		
Gestão de Tecnologia da Informação da Unidade de Saúde	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional do SAMU 192 e Diretoria de Tecnologia do INTS	Continuamente		
Alimentação dos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde e/ou aqueles determinados pelo SECRETARIA DE SAÚDE	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional do SAMU 192 - Regional Suzano	Mensal		

06 Ações		GESTÃO DE SERVIÇOS	
Desenvolvimento de modelagem de monitoramento intensivo dos serviços prestados, do cumprimento das metas contratuais e dos indicadores estratégicos da unidade de saúde	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Mensal
Acompanhamento dos recursos financeiros do Contrato de Gestão (orçamento X execução X possibilidades) – Gestão Econômica	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e Diretoria Financeira do INTS	Mensal
Implantação e execução monitorada do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS	Terceiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Administrativa e Comissão instituída	Continuamente
Fortalecimento da comunicação entre os setores das unidades de saúde com foco no usuário da unidade, focando na promoção da saúde, prevenção dos riscos, assistência integral, transparência e no interesse público	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente
Implantação e manutenção do Prontuário Eletrônico do Usuário da unidade de saúde	Sexto mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente
Implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento ao Usuário	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente

GESTÃO DE MATERIAIS 04 Ações					
Contratação de serviços de terceiros na área de Software, locação, manutenção, entre outros que se fizerem necessários para a operacionalização do SAMU 192 - Regional Suzano	Assinatura do Contrato	Coordenadoria Regional e setor de compras do INTS	Mensal		
Aquisição de insumos, materiais médico-hospitalares e medicamentoso, controle de estoques e fluxo de materiais para a unidade (suprimento e logística)	Assinatura do Contrato	Coordenadoria Regional e setor de compras do INTS	Mensal		
Contratação de empresa especializada no fornecimento de gases medicinais e ar comprimido	Assinatura do Contrato	Coordenadoria Regional, Coordenadoria Administrativa e setor de compras do INTS	Mensal		
Contratação de empresa especializada no fornecimento de refeições e dietas	Assinatura do Contrato	Coordenadoria Regional e Nutricionista RT e setor de compras do INTS	Mensal		

GESTÃO DE EQUIPAMENTOS		06 Ações	
Gerenciamento da manutenção de equipamentos, mobiliário e estrutura com a elaboração e efetivação do Plano de Manutenção do Parque Tecnológico do SAMU 192 - Regional Suzano	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e NMG	Continuamente
Contratação de empresa especializada em Engenharia Clínica	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e NMG	Continuamente
Realização de Inventário Qualificado do Parque Tecnológicos	Recebimento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e NMG	Semestral
Contratação de empresa especializada em Manutenção Predial	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e NMG	Continuamente
Contratação de empresa especializada em Manutenção de ar condicionado	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e NMG	Continuamente
Contratação de empresa especializada em Manutenção de Ambulâncias	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional e NMG	Continuamente

ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS		05 Ações	
Organização dos atendimentos referenciados e contra referenciados conforme determinado pela Central de Regulação	Início do gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional, Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Diariamente
Promoção de campanhas da importância da prevenção das doenças mais prevalentes	Quarto mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Bimensal
Promoção do fortalecimento da Gestão na Educação em Saúde na unidade gerenciada e na região adscrita	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Mensal
Participação no Grupo Conductor de Redes da região adscrita da unidade de saúde	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Mensal
Conhecimento dos Mapas das Redes de Saúde dos municípios da região adscrita	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Bimensal

PROMOÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA 09 Ações				
Implantação e operacionalização das Comissões/Comitês e Núcleos do SAMU 192 - Regional Suzano	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional, Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente	
Implementação dos Protocolos de Normas Rotinas do SAMU 192 - Regional Suzano	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente	
Promoção do desenvolvimento da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS do SAMU 192 - Regional Suzano	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente	
Instituição do Núcleo de Segurança do Usuário do SAMU 192 - Regional Suzano	Terceiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente	
Reestruturação dos processos críticos identificados como prioritários do SAMU 192 - Regional Suzano	Quarto mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Bimensal	
Implantação das Linhas de Cuidados relacionadas ao perfil do SAMU 192 - Regional Suzano	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente	

<p align="center">PROMOÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA 09 Ações</p>	Implantação de Política de Gestão de Risco	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional, Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Continuamente
	Manutenção de dados atualizados nos sistemas de informação oficiais do SUS e no Relatório Estatístico Mensal da Unidade de Saúde	Primeiro mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria Regional, Coordenadorias Médica e de Enfermagem	Mensal
	Apresentação de relatório de Sistematização da Assistência de Enfermagem e análise de seus indicadores de segurança	Segundo mês de gerenciamento do SAMU 192 - Regional Suzano	Coordenadoria de Enfermagem	Bimensal

DIMENSIONAMENTO DAS EQUIPES

Profissionais Contratado pelo Regime CLT

Profissionais	Quant.	Carga horária	Remuneração Bruta Individual - 2019,2	Remuneração Bruta Categoria	Benefício - Vale Transporte	Hora Extra	Benefício - Alimentação	Adic. Noturno	Benefício - Alimentação Noturno	Sobre Aviso	Inutilidade	TOTAL REMUNERAÇÃO	Encargos Sociais Obrigatórios	Encargos Sociais Eventuais	Gratificação	Custo/Mês
Assistente ADM	2	40	R\$ 2.657,85	R\$ 5.315,70	R\$ -	R\$ -	R\$ 794,52	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 6.110,22	R\$ 1.882,29	R\$ 1.594,71		R\$ 9.587,22
Auxiliar de Enfermagem (D) - 192	8	36	R\$ 2.042,52	R\$ 16.340,16	R\$ 760,00	R\$ 862,40	R\$ 2.218,08	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.195,60	R\$ 23.374,24	R\$ 7.222,28	R\$ 6.118,85		R\$ 36.715,36
Auxiliar de Enfermagem (N) - 192	6	36	R\$ 2.042,52	R\$ 12.255,12	R\$ 570,00	R\$ 646,80	R\$ 1.663,56	R\$ 2.859,53	R\$ 468,00	R\$ -	R\$ 2.395,20	R\$ 20.858,21	R\$ 6.429,37	R\$ 5.446,99		R\$ 32.734,47
Auxiliar de Enfermagem OME	1	40	R\$ 2.209,51	R\$ 2.209,51	R\$ 190,00	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 399,20	R\$ 3.255,97	R\$ 944,99	R\$ 800,61		R\$ 5.001,57
Auxiliar de Serviços Gerais - 192	1	40	R\$ 1.186,00	R\$ 1.186,00	R\$ 190,00	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ 1.773,26	R\$ 419,96	R\$ 355,80		R\$ 2.549,02
Coordenador Regional	1	40	R\$ 5.848,96	R\$ 5.848,96	R\$ 190,00	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ 6.456,22	R\$ 2.071,12	R\$ 1.754,69		R\$ 10.262,02
Coordenador de Frota	1	40	R\$ 3.639,47	R\$ 3.639,47	R\$ 190,00	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.091,84	R\$ 399,20	R\$ 5.717,77	R\$ 1.816,71	R\$ 1.539,15		R\$ 9.075,64
Coordenador Téc. Enfermagem	1	40	R\$ 7.919,99	R\$ 7.919,99	R\$ -	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.376,00	R\$ 399,20	R\$ 11.092,45	R\$ 3.787,17	R\$ 3.208,56	R\$ 3.000,00	R\$ 21.088,17
Enfermeiro NEP	1	40	R\$ 5.738,46	R\$ 5.738,46	R\$ -	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 399,20	R\$ 6.534,92	R\$ 2.180,43	R\$ 1.847,30		R\$ 10.582,65
Enfermeiro (D) - 192	3	36	R\$ 4.487,38	R\$ 13.462,14	R\$ -	R\$ 710,50	R\$ 807,51	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.197,60	R\$ 16.177,75	R\$ 5.442,60	R\$ 4.611,07		R\$ 26.231,43
Enfermeiro (N) - 192	2	36	R\$ 4.487,38	R\$ 8.974,76	R\$ -	R\$ 475,67	R\$ 538,34	R\$ 2.094,11	R\$ 156,00	R\$ -	R\$ 798,40	R\$ 13.052,28	R\$ 4.369,93	R\$ 3.702,28		R\$ 21.107,49
Farmacêutico	1	20	R\$ 2.948,15	R\$ 2.948,15	R\$ -	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 399,20	R\$ 3.744,61	R\$ 1.185,30	R\$ 1.004,21		R\$ 5.934,11
Médico Coordenador	1	20	R\$ 9.932,82	R\$ 9.932,82	R\$ -	R\$ -	R\$ 397,26	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.979,85	R\$ 399,20	R\$ 13.709,13	R\$ 4.713,73	R\$ 3.993,56		R\$ 22.416,42
Médico Plantonista	14	24	R\$ 8.446,02	R\$ 118.244,28	R\$ -	R\$ 6.240,67	R\$ 2.537,64	R\$ 5.818,37	R\$ 336,00	R\$ -	R\$ 5.588,80	R\$ 138.765,76	R\$ 48.119,40	R\$ 40.767,64		R\$ 227.652,80
Motorista (D) - 192	10	12x36	R\$ 2.042,52	R\$ 20.425,20	R\$ 950,00	R\$ 1.078,00	R\$ 2.772,60	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.992,00	R\$ 29.217,80	R\$ 9.027,85	R\$ 7.648,56		R\$ 45.894,20
Motorista (N) - 192	9	12x36	R\$ 2.042,52	R\$ 18.382,68	R\$ 855,00	R\$ 970,20	R\$ 2.495,34	R\$ 4.289,29	R\$ 702,00	R\$ -	R\$ 3.592,80	R\$ 31.287,31	R\$ 9.643,90	R\$ 8.170,49		R\$ 49.101,70
Rádio Operador (D) - 192	4	12x36	R\$ 1.380,40	R\$ 5.521,60	R\$ 380,00	R\$ 291,42	R\$ 1.109,04	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 7.302,06	R\$ 2.058,39	R\$ 1.743,91		R\$ 11.104,35
Rádio Operador (N) - 192	2	12x36	R\$ 1.380,40	R\$ 2.760,80	R\$ 190,00	R\$ -	R\$ 554,52	R\$ 644,19	R\$ 156,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.305,51	R\$ 1.205,71	R\$ 1.021,50		R\$ 6.532,71
Téc. de Regulação Médica (D)	6	36	R\$ 1.221,58	R\$ 7.329,48	R\$ 570,00	R\$ 386,83	R\$ 2.599,56	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.885,87	R\$ 2.732,35	R\$ 2.314,89		R\$ 15.933,11
Téc. de Regulação Médica (N) -	4	36	R\$ 1.221,58	R\$ 4.886,32	R\$ 380,00	R\$ -	R\$ 1.109,04	R\$ 1.140,14	R\$ 312,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 7.827,50	R\$ 2.133,97	R\$ 1.807,94		R\$ 11.769,41
TOTAL	78		R\$ 275.401,60	R\$ 2.754.016,00	R\$ 5.415,00	R\$ 11.660,48	R\$ 22.377,83	R\$ 16.845,63	R\$ 2.130,00	R\$ 6.447,68	R\$ 25.133,60	R\$ 361.431,82	R\$ 117.387,33	R\$ 99.452,70	R\$ 3.000,00	R\$ 581.271,85

A equipe de profissionais apresentadas nas planilhas deste item atende as necessidades de recursos humanos para cumprir com as obrigações contratuais e realizar todas as atividades previstas nesta Proposta de Trabalho. A distribuição da carga horária semanal dos profissionais será realizadas de acordo com a escala publicada mensalmente

Tendo em vista a LEI Nº 9.608, DE 18 DE FEVEREIRO DE 1998 que dispõe sobre o serviço voluntário, serão disponibilizados o número mínimo de 08 (oito) postos de trabalho para voluntário, cerca de 10%, que será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre o INTS e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Salvador, 30 de dezembro de 2019.

Representante Legal
Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

ELEMENTO DE DESPESA	CUSTO/ATUAL MENSAL
Recursos Humanos	R\$ 581.271,85
Aluguel de Veicular (Coordenação e Coord. De Frota - Utilitário)	R\$ 8.000,00
Aluguel de Equipamentos (TI)	R\$ 16.000,00
Apoio Operacional	R\$ 9.500,00
Assessoria institucional,publicações, marketing digital para políticas de saúde e confecção de vídeos.	R\$ 7.000,00
Combustível	R\$ 14.000,00
Despesas de Escritório	R\$ 6.300,00
Encargos Bancários	R\$ 1.000,00
EPI e Uniformes	R\$ 8.000,00
Exames Laborais Periódicos	R\$ 3.600,00
Fornecimento de Água e Energia Elétrica	R\$ 4.500,00
Gases Medicinais	R\$ 3.500,00
Lavagem Veicular	R\$ 1.500,00
Locação de Equipamentos (03 monitor,03 respirador, 03 oxímetro de pulso portátil, 02 cardioversor com marcapasso e 03 ventiladores de transporte)	R\$ 35.100,00
Manutenção de Equipamentos Médicos e Embarcados	R\$ 10.000,00
Manutenção Veicular	R\$ 13.000,00
Materiais e medicamentos	R\$ 65.400,00
Material de higienização e gêneros alimentícios	R\$ 4.700,00
Rádio Comunicação	R\$ 2.600,00
Sistema de Regulação Médica e Gerenciamento de Frota	R\$ 36.000,00
Seguro -Frota, Tripulação e Embarcados	R\$ 7.800,00
Telecomunicações (telefonia e Internet)	R\$ 2.500,00
Total	R\$ 841.271,85
Custeio Operacional OSS 6%	R\$ 50.476,31
ISS e IRPJ	R\$ -
TOTAL	R\$ 891.748,17

Validade 120 (cento e vinte) dias a contar da data desta proposta

Salvador, 30 de dezembro de 2019.

Representante Legal
Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS

PREÇO PROPOSTO

Atendendo à convocação feita pelo Edital de Chamada Pública nº 003/2019/SMS para a seleção de Organização Social que executará a Lote II - Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde do Serviço Móvel de Urgência – SAMU 192 – Regional Suzano por meio da celebração de Contrato de Gestão, por um período de 12 (doze) meses, estamos apresentando Proposta de Preço conforme Planilha de Custos/Despesas mensais com o valor contratual para o LOTE II de R\$ 10.700.977,99 (dez milhões, setecentos mil, novecentos e setenta e sete reais e noventa e nove centavos)

Esta proposta tem validade de 120 (cento e vinte) dias a contar da assinatura deste documento.

Salvador, 30 de dezembro de 2019.

Representante Legal
Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde – INTS

ANEXOS

MINUTA DO MANUAL DE
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

DO

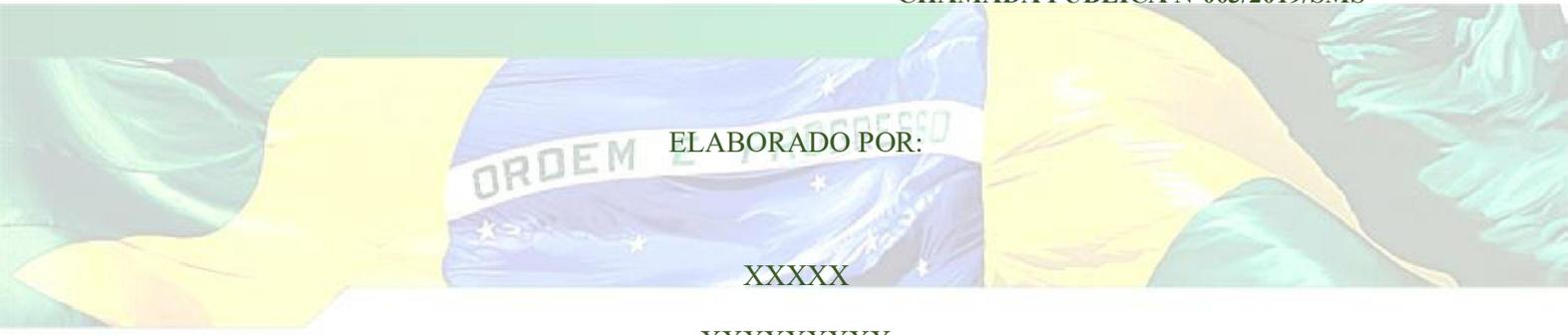
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192



xxª EDIÇÃO

SUZANO – SP



ELABORADO POR:

XXXXX

XXXXXXXXXX

APROVADO POR:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Elaborado em XXXXXXXXXXXXX de 2019

Revisado em em XXXXXXXXXXXXX de 2019

Aprovado em em XXXXXXXXXXXXX de 2019

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
P00 - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO GERAL.....	8
P01 - HISTÓRICO E EXAME FÍSICO.....	11
P02 - PCR ADULTO.....	18
P03 - PCR CRIANÇA E LACTENTE.....	20
P04 - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO ADULTO E CRIANÇA.....	22
P05 - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO LACTENTE E NEONATAL.....	24
P06 - PARADA RESPIRATÓRIA ADULTO, CRIANÇA e LACTENTE.....	26
P07 - REANIMAÇÃO NEONATAL.....	28
P08 – DEA.....	30
P09 - EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES.....	35
P010 – AVC.....	38
P011 - EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS.....	41
P012 - CRISE CONVULSIVA.....	42
P013 - DIABETES MELLITUS E HIPOGLICEMIA.....	44
P014 - EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS.....	47
P015 - ABDOME AGUDO.....	57
P016 - EMERG. PSIQUIÁTRICAS E COMPORTAMENTAIS.....	58
P017 - ENVENENAMENTO E INTOXICAÇÃO.....	60
P018 - ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS.....	63
P019 - TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE).....	66
P020 - TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM).....	68
P021 - TRAUMA TORÁCICO.....	70
P022 - TRAUMA ABDOMINAL.....	72
P023 - TRAUMA PÉLVICO E GENITAL.....	73
P024 - CHOQUE ELÉTRICO.....	75
P025 - FERIMENTOS ESPECÍFICOS.....	77
P026 – HEMORRAGIA.....	80
P027 – HEMOSTASIA EM FAV.....	83
P028 - LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS.....	85
P029 - LESÕES NA CABEÇA E PESCOÇO.....	87
P030 – QUEIMADURAS.....	90
P031 - VIOLÊNCIA SEXUAL.....	94

P032 – AFOGAMENTO.....	96
P033 - ACIDENTES DE MERGULHO.....	101
P034 - ANIMAIS PEÇONHENTOS / PERIGOSO.....	105
P035 – ENVENENAMENTO POR CARAVELAS OU BEXIGUINHAS.....	109
P036 – ENVENENAMENTO POR ÁGUAS-VIVAS.....	110
P037 – FERIMENTOS CAUSADOS POR POLVOS, OURIÇOS DO MAR, BAGRES, MANGANGÁS, PEIXE ESCORPIÃO, RAIAS OU ARRAIAS E MORÉIAS.....	112
P038 – COLISÃO COM VEÍCULO DE CARGA PERIGOSA.....	113
P039 - EMERGÊNCIAS RELACIONADAS AO CALOR.....	115
P040 - HIPOTERMIA E CONGELAMENTO.....	118
P041 – PRECAUÇÕES PARA CONTAMINAÇÃO.....	121
P042 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES.....	123
P043 - OXIMETRIA DE PULSO.....	127
P044 - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO.....	129
P045 - ASPIRAÇÕES DE VIAS AÉREAS.....	134
P046 - CONTENÇÃO MECÂNICA.....	136
P047 - PACIENTES PEDIÁTRICOS – GENERALIDADES E ABUSO.....	137
P048 - PACIENTE PORTADOR DEFICIÊNCIA FÍSICA E MENTAL.....	141
P049 - PACIENTE IDOSO – GENERALIDADE E ABUSO.....	143
P050 - OPERAÇÃO DE VEÍCULOS DE APH.....	145
P051 - OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA CENA.....	148
P052 - RECUSA DE ATENDIMENTO.....	149
P053 - PRESUNÇÃO DE ÓBITO.....	151
P054 - PUNÇÃO VENOSA E MEDICAÇÃO POR TELEMEDICINA.....	153
P055 – NÚMERO DE PACIENTES A SEREM TRANSPORTADOS NA UNIDADE MÓVEL.....	154
P056 - SINAIS VITAIS.....	155
P057 - ESTADO DE CHOQUE.....	157
P058 - ESCALA DE APGAR.....	160
P059 - ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO.....	161
P060 - ESCALA DE COMA DE GLASGOW – PEDIÁTRICA.....	163
P061 - ESCALA DE TRAUMA SCORE.....	165
P062 - COMUNICAÇÃO VIA RÁDIO CÓDIGOS MAIS UTILIZADOS.....	166
P063 - CUIDADOS PESSOAIS.....	168
P064 – FICHA DE ARROLAMENTO DE VALORES.....	169
P065 – CHECK LIST MOCHILAS E EQUIPAMENTOS.....	170
P066 – CHECK LIST VIATURAS.....	171

P067 – RELATÓRIO DE TRANSPORTE.....	172
P068 – FICHA DE OCORRÊNCIA.....	173
P069 - FLUXO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO SAMU PARA REFERENCIA.....	176
LISTA DE ANEXOS.....	178
ANEXO A – FICHA DE OCORRÊNCIA	
ANEXO B – CHECK LIST MOCHILAS	
ANEXO C – CHECK LIST EQUIPAMENTOS	
ANEXO D – CHECK LIST MOTORISTAS SOCORRISTAS VTR	
ANEXO E – RELATÓRIO DE TRANSPORTE – SAMU VTR	
ANEXO F – FICHA DE ARROLAMENTO DE VALORES/PERTENCES – PACIENTE	
ANEXO G – CHAMADAS SAMU	
ANEXO H – CONTROLE DIÁRIO DO OP. DE RÁDIO	
ANEXO I – REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	
ANEXO J – REQUISIÇÃO DE MATERIAIS	
ANEXO L – KED (COLETE DE IMOBILIZAÇÃO PARA EXTRICAÇÃO)	
ANEXO M – CURATIVO DE TRÊS PONTAS	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	179

INTRODUÇÃO

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-192.

O SAMU/192 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, de 2003, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública prestando socorro à população.

Com o SAMU 192, o governo federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. O SAMU tem como finalidade levar a população o mais precoce possível o atendimento à saúde, ou seja, o socorro, que se inicia a partir do momento que o solicitante aciona 192. O serviço presta a assistência ainda no local da cena, estabilizando os casos clínicos e traumáticos para um transporte seguro, minimizando ou até mesmo e em algumas ocasiões eliminando o agravo.

O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, com médicos reguladores na Central de Suzano, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. Com a finalidade de organizar o Serviço, adotamos a utilização do Procedimento Operacional Padrão – POP, um importante instrumento de padronização e implementação das rotinas de Enfermagem do SAMU-192.

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é a descrição sistematizada e padronizada de uma atividade técnica-assistencial com o intuito de garantir/atingir o resultado esperado por ocasião da sua realização, livre de variações indesejáveis. Este manual compreende todos os POP's do nosso serviço e será realizada revisão completa anualmente, atualizado de acordo com a necessidade do serviço ou de acordo com a mudança de alguma diretriz do qual é padronizado o APH.

Iniciaremos com o POP geral do SAMU e de acordo com cada atividade relacionada, teremos outro POP específico.

P00 - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO GERAL

- Cumprir a escala mensal de serviço, qualquer alteração só será realizada com a autorização do enfermeiro que o mesmo anotará atrás da escala.
- É obrigação de cada colaborador conferir sua escala de serviço, inclusive plantões extras, e confirmar sua folga antecipadamente.
- Bater ponto digital todos os dias no início e ao término de cada plantão, se houver esquecimento ou falha na identificação da digital o enfermeiro deve ser comunicado e o fato deve ser relatado no livro de intercorrência. Caso não haja anotação referente a este problema no livro de intercorrência não ocorrerá a possibilidade de justificar no Departamento de Pessoal a ausência do registro de ponto e será descontado o plantão em folha de pagamento.
- Cumprir a sua jornada de trabalho de acordo com suas atribuições descritas no Regimento Interno.
- Todos os colaboradores enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas em conjunto devem assumir o plantão nas ambulâncias na base central 10 minutos antes das 08h00 quando for plantão diurno e 10 minutos antes das 20h00 quando for noturno.
- Portar o uniforme padronizado do SAMU: Todo fechado até o pescoço, identificado com QRA, função e tipo sanguíneo, podendo ser utilizada outra blusa por baixo, no caso de macacão, na cor branca, azul marinho, laranja ou vermelha. No caso de blusa com calça, a blusa de vir com a caracterização SAMU e identificação do QRA, função e com tipo sanguíneo, nas cores vermelha, laranja, azul marinho ou branca. A calça azul marinho padrão SAMU. O calçado na cor preta, todo fechado (preferência bota ou botinas padrão SAMU).
- Trocar o plantão com a equipe anterior, realizando check-list (ANEXO B, C e D) o mais breve possível, conforme padrão pré-estabelecido pela Coordenação, descrito no protocolo P065 e P066.
- Ter certeza de que não faltará nada dentro das mochilas: vermelha (vias aéreas), amarela (material de parto), laranja/azul (trauma) e laranja (sinais vitais), assim como o estoque dentro da ambulância e se os equipamentos estão funcionando como deveria.
- Aos técnicos de enfermagem não se ausentar da base sem que seu colega do próximo plantão chegue para substituí-lo, podendo caracterizar abandono de plantão (emprego), comunicar imediatamente ao enfermeiro o ocorrido e aguardar providências, das quais poderá ser substituído pelo enfermeiro ou rendição extra.
- Não registrar o ponto digital de saída antes das 20h00 ou das 08h00.

- Assim que assumir o plantão às 08h00 certificar-se de que todos os impressos necessários para o seu período de trabalho estejam abastecidos.
- Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.
- Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual) necessários.
- Em caso de atendimento em via pública, após imobilização e manobras de suporte básico de vida, colocar a vítima na unidade móvel, procedendo com os demais cuidados, sem que a pessoa fique exposta a curiosos.
- Em caso de atendimento domiciliar, colocar a vítima, quando possível, em local isolado do restante da família para que sejam realizados os procedimentos necessários sem expor a vítima e os demais membros da família.
- Após o atendimento em via pública e/ou domiciliar, caberá a equipe averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento na rua e/ou no domicílio, colocando-os em recipientes adequados.
- Para que a central tenha controle total dos deslocamentos e das unidades livres, comunicar sempre à central de regulação: horário do acionamento, saída da base, chegada ao local da ocorrência, saída do local de ocorrência, chegada ao hospital, unidade livre e chegada à base, conforme POP da comunicação via rádio.
- Realizar limpeza e desinfecção conforme POP da limpeza e desinfecção de artigos e superfícies.
- A equipe deve estar sempre junta e nunca dispersa, deste modo estará sempre pronta a deslocar-se para o local da ocorrência.
- Estar em condições adequadas para o trabalho, conforme POP dos cuidados pessoais.
- Diariamente o operador de rádio deve passar o plantão das equipes para a Central de Regulação e anotar a equipe Reguladora de Suzano no impresso próprio. (ANEXO H).
- Se qualquer um dos profissionais apresentar algum problema de saúde ou de ordem pessoal que lhe cause transtornos físicos ou psicológicos e o impossibilite de alguma forma realizar seu trabalho integralmente deve comunicar imediatamente ao enfermeiro.
- Ficar atento aos comunicados e as convocações para reuniões sendo de responsabilidade dos mesmos tirar dúvidas referentes aos avisos.

P01 - HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

1. Paciente de Trauma:

Indicação para Protocolo de Trauma

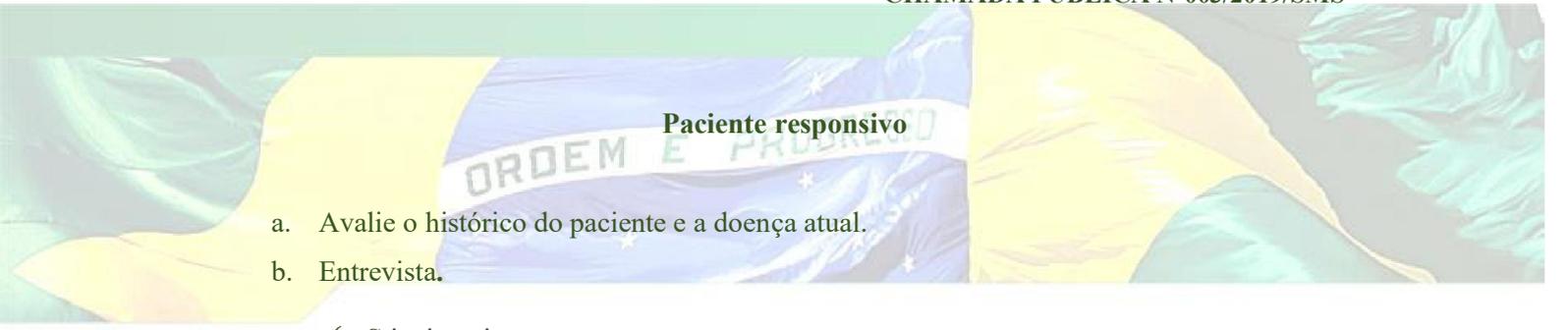
- ✓ Ejeção do veículo.
- ✓ Morte de outro passageiro do mesmo veículo (indica grande transferência de energia).
- ✓ Queda de uma altura igual ou superior a **3 vezes** a altura do paciente, especialmente se cabeça e/ou dorso colidem com superfície rígida.
- ✓ Capotamento de veículo.
- ✓ Colisões independente da velocidade.
- ✓ Atropelamento.
- ✓ Acidente com motocicletas e bicicletas.
- ✓ Inconsciência ou alteração do estado mental com queda ao solo sem possibilidade de coleta de informação sobre o evento.
- ✓ Trauma penetrante na cabeça, tórax ou abdome associado com queda ao solo.
- ✓ Lesões ocultas - relacione a cena com o paciente e avalie a transferência de energia (cinemática do trauma).

PROCEDIMENTOS

- a. Execute a **rápida avaliação física** (90 seg).
 1. Comece a estabilização manual da coluna cervical.
 2. Avalie o estado mental.
 3. Inspeção e apalpe seguindo a ordem de 04 a 09 (abaixo) olhando, procurando por:
 - ✓ Deformidades.
 - ✓ Contusões.
 - ✓ Abrasões.
 - ✓ Punção /Penetração.

 - ✓ Queimaduras.
 - ✓ Edema.
 - ✓ Avulsão;

- 
- ✓ Sensibilidade.
 4. Avalie a cabeça e pescoço.
 5. Imobilize a coluna cervical com colar adequado (tamanho).
 6. Avalie o tórax.
 7. Avalie o abdome.
 8. Avalie a pelve.
 9. Avalie as quatro extremidades. Verifique:
 - ✓ Pulso distal.
 - ✓ Sensibilidade.
 - ✓ Motricidade.
 - ✓ Perfusão capilar (ideal <2 seg)
 10. Role o paciente – verifique as costas (ou avalie a região dorsal de acordo com a possibilidade de mobilização adequada protegendo a coluna espinhal)
 11. Transfira para a prancha rígida e instale o head block.
 12. Todas as lesões identificadas devem ser tomadas as condutas de acordo com o tipo de lesão (abrasão, sangramento, crepitação, fratura exposta, amputação, avulsão, objetos penetrantes, queimaduras, edema)
 - a. Avalie sinais vitais (incluindo oximetria e glicemia capilar).
 - b. Entrevista.
 - ✓ S inais e sintomas.
 - ✓ A lergias (principalmente medicamentosa)
 - ✓ M edicamentos que faz uso.
 - ✓ P roblemas médicos anteriores/ Passado médico-hospitalar
 - ✓ L íquidos e alimentos - ultima alimentação oral.
 - ✓ A mbiente: cinemática o trauma/ avaliação e descrição da cena
 - c. Avaliação das escalas: Dor (numeral ou analógica), Glasgow adulto ou pediátrico, Trauma Adulto – RTS, Cincinnati.
 - d. Comunicação com a regulação médica.
 2. **Paciente de Caso Clínico**



Paciente responsivo

- a. Avalie o histórico do paciente e a doença atual.
- b. Entrevista.
 - ✓ S inais e sintomas.
 - ✓ A lergias (principalmente medicamentosa)
 - ✓ M edicamentos que faz uso.
 - ✓ P roblemas médicos anteriores/ Passado médico-hospitalar
 - ✓ L íquidos e alimentos - ultima alimentação oral.
 - ✓ A mbiente: avaliação e descrição da cena
- c. Avalie as queixas do paciente e os sinais e sintomas.
- d. Execute uma **rápida avaliação física**, somente se necessário (90 seg):
 - ✓ Avalie cabeça,
 - ✓ Pescoço,
 - ✓ Tórax,
 - ✓ Abdome,
 - ✓ Pélvis,
 - ✓ Extremidades,
 - ✓ Região posterior do tronco.
- e. Avalie os Sinais Vitais (incluindo oximetria e glicemia capilar).
- f. Avaliação das escalas: Dor (numeral ou analógica), Glasgow adulto ou pediátrico, Cincinnati.
- g. Comunicação com a regulação médica.
- h. No atendimento da gestante sempre transportá-la em DLE, realizar palpação do abdome e ausculta com PINNAR. Em caso de queixa de sangramento ou perda líquido com dor associada visualizar a parte externa da pelve sem tocá-la no intuito de verificar o tipo de perda, quantidade e coroamento.

Paciente irresponsivo

- a. Execute uma **rápida avaliação física** (90 seg)
 - ✓ Avalie cabeça.
 - ✓ Avalie pescoço.
 - ✓ Avalie tórax.
 - ✓ Avalie abdômen.
 - ✓ Avalie pélvis.

- ✓ Avalie quatro extremidades (MI e MS).
- ✓ Avalie região posterior do tronco.
- b. Avalie **sinais vitais** (incluindo oximetria e glicemia capilar).
- c. Obtenha o histórico de testemunhas, solicitantes e familiares da vítima na cena da ocorrência, antes de conduzir o paciente.
- d. Comunicação com a regulação médica.
- e. Antes de remover guarde a conduta médica via telemedicina.

EXAME FÍSICO DETALHADO

- a. Pacientes com lesões específicas (por exemplo, corte no dedo) não exigirão exame físico detalhado.
- b. Execute o exame físico detalhado para reunir informações adicionais.
- c. Deve ser executado completamente na cena, se o tempo o permitir, ou a caminho do hospital de acordo com a alteração do nível de consciência.
- d. Repita a avaliação inicial. Para paciente estável, a cada 15 minutos. Para paciente instável, a cada 5 minutos no mínimo.

CHEQUE INTERVENÇÕES

- a. Confira se o fornecimento de oxigênio e ventilação está adequado.
- b. Confira o controle de hemorragia.
- c. Confira a adequação de outras intervenções.
- d. Repita a avaliação do sinal vital ou alteração da glicemia quando estiver fora do parâmetro de normalidade comunicando à regulação médica.

COMUNICAÇÕES E DOCUMENTAÇÕES EM TODAS AS OCORRÊNCIAS

- a. Ao chegar à cena, repasse à regulação médica a situação geral da ocorrência, quantidade e condição clínica das vítimas, além de necessidade de apoio adicional, inclusive COBOM, DER, COPOM, DEFESA CIVIL, CET, GUARDA CIVIL MUNICIPAL, COMPANIA ELÉTRICA
- b. Informe à regulação médica os seguintes dados do ocorrência/paciente/vítima:
 - ✓ Número da ocorrência
 - ✓ Motivo do chamado
 - ✓ Prefixo da equipe
 - ✓ Idade, sexo
 - ✓ Achados da avaliação.
 - ✓ Histórico relevante (de saúde).
 - ✓ Frequência respiratória.
 - ✓ Frequência cardíaca.
 - ✓ Pressão arterial sistólica e diastólica.
 - ✓ Oximetria de pulso.
 - ✓ Glicemia capilar.
 - ✓ Escala de Coma de Glasgow.
 - ✓ Escala de Trauma Adulto - RTS
 - ✓ Escala de Cincinnati.
 - ✓ Idade gestacional.

- ✓ Procedimentos realizados
- ✓ Outros que a regulação solicitar.

A ficha de ocorrência deve ser preenchida completamente e obrigatoriamente em todos os casos em duas vias conforme P068

- a. A pessoa que preencheu o relatório deve ser a que atendeu o paciente.
- b. Deve ter informações objetivas e subjetivas, e ser claro.
- c. As informações contidas na Ficha de Ocorrência (FO) pertencem ao paciente ou ao seu representante legal. Seja discreto.
- d. Realize a conferência da FO para ter certeza de que não estão faltando nenhuma informação.

COMUNICAÇÕES NO LOCAL DE REFERÊNCIA

- a. Depois de chegar ao hospital, relate verbalmente o ocorrido à equipe de saúde.
- b. Refira-se ao paciente pelo nome (se é conhecido).
- c. Resuma a queixa principal, histórico do agravo à saúde, condutas executadas na cena, tratamentos adicionais dados em deslocamento, resposta do paciente, dados vitais e informações adicionais.
- d. Seguir o P070.

COMUNICAÇÕES INTERPESSOAIS

- a. Estabeleça e mantenha contato visual com o paciente.
- b. Quando atuar, posicione no mesmo nível ou no nível mais baixo que o paciente.
- c. Seja honesto com o paciente.
- d. Use uma linguagem que o paciente possa entender.
- e. Tenha domínio de sua própria linguagem corporal e expressão facial.
- f. Fale claramente, devagar e com boa pronúncia.
- g. Chame o paciente pelo seu próprio nome, ou na ausência de identificação, utilizar os seguintes pronomes pessoais – SENHOR e SENHORA, no caso de criança o substantivo - CRIANÇA, no caso de adolescente o substantivo – JOVEM.
- h. Se o paciente tiver dificuldade para ouvir, fale claramente com os lábios visíveis.
- i. Dê tempo para o paciente responder sua pergunta antes de fazer a próxima.
- j. Aja e fale com calma, de maneira confiante e com muito respeito.

P02 - PCR ADULTO

- ✓ Verifique a consciência da vítima (cheque responsividade tocando em seu ombro e perguntando se está bem).
- ✓ Se inconsciente, cheque rapidamente (não mais que 5 seg.) se a respiração está normal, com expansão visível de tórax.
- ✓ Se a vítima não respira ou não respira normalmente (respiração anormal ou agônica - *gasping*) acione o médico regulador e o DEA rapidamente.
- ✓ Avalie via aérea na possibilidade de obstrução proceda conforme P04, P05 e P06

Se há apenas 01 socorrista:

Após acionar o médico regulador e o DEA:

- ✓ Cheque pulso (de 5 a 10 seg.). Não havendo:
- ✓ Inicie RCP com 30 compressões torácicas e 02 ventilações de resgate com elevação visível de tórax.
- ✓ Utilize a cânula orofaríngea (guedel) do tamanho adequado para manter a via aérea pérvia facilitando as ventilações
- ✓ Continue o procedimento de 30x2 até que o DEA esteja disponível e com as pás conectadas no paciente.

Se há 02 ou mais socorristas:

- ✓ Um socorrista inicia a RCP com 30x2 e o outro providencia o DEA.
- ✓ Deite o paciente de costas em superfície plana rígida.
- ✓ Inicie pelas 30 compressões rápidas e fortes mínimo de 100 por minuto com depressão de 5 cm do osso esterno.
- ✓ Após as 30 compressão torácica abra rapidamente as vias aéreas e forneça duas respirações de resgate com expansão visível de tórax.
- ✓ Um socorrista faz as 30 compressões o outro faz as 2 respirações, juntos, mas não ao mesmo tempo.
- ✓ Após 5 ciclos de 30x2, caso o DEA não esteja disponível, troca-se o compressor (intervalo de 5 seg. para troca).

***Execute as 30 compressões com no mínimo 100 compressões por minuto, deprimindo o esterno em 5 cm.**

*** Permita o retorno completo do tórax após cada compressão.**

***Faça as compressões na metade inferior do osso esterno.**

***Minimize as interrupções entre os ciclos de compressões.**

***Evite excesso de ventilação (hiperventilação).**

*** Nas vítimas com suspeita de TRM a imobilização da cervical por colar deve ser excluída, pois ele impede a abertura da via aérea.**

- ✓ Permita que o DEA faça a leitura, assim que disponível e conectado.
- ✓ Se choque indicado, aplique-o e continue a RCP iniciando pelas compressões.
- ✓ Se choque não indicado, continue RCP pelas compressões.

Transporte para o HR (hospital de referencia) nos seguintes casos:

- a. O pulso da vítima retorna;
 - b. Após a aplicação de 6 a 9 choques, separados por 2 minutos de RCP;
 - c. O DEA emite 3 mensagens consecutivas, separadas por 2 minutos de RCP, de que o choque não é indicado.
 - d. Permanência de 20 minutos no local com manobra de RCP
- ✓ Todos os deslocamentos com vítima em PCR serão realizados com manobras de RCP com 30x2 ou em compressões contínuas.

***Somente cesse a RCP em caso de evolução para *rigor mortis* , exaustão dos membros da Equipe, se por determinação da regulação médica, transferência do paciente a outra equipe e retorno espontâneo da circulação e respiração, com retorno da consciência do paciente, manifestado por movimentos e respiração normal.**

***Em caso de ambiente hostil, Equipe fica autorizada a iniciar o deslocamento mesmo fora dos critérios anteriores deste protocolo.**

P03 - PCR CRIANÇA E LACTENTE

- ✓ Verifique a consciência da vítima (em criança, toque em seu ombro e pergunte se está bem; em lactentes, toque nos pés)
- ✓ Se inconsciente, cheque rapidamente (não mais que 5 seg.) se a respiração está normal, com expansão visível de tórax
- ✓ Se a vítima não respira ou não respira normalmente (respiração anormal ou agônica “*gasping*”) acione apoio da regulação e solicite o DEA rapidamente:
- ✓ Avalie via aérea na possibilidade de obstrução proceda conforme P04, P05 e P06

Se há apenas 01 socorrista:

1. Após acionar apoio e o DEA;
 - a. Cheque pulso (de 5 a 10 seg.) carotídeo na criança e braquial no lactente. Não havendo:
 - b. Inicie RCP com 30 compressões torácicas e 02 respirações de resgate com elevação visível de tórax
 - c. Utilize a cânula orofaríngea (guedel) do tamanho adequado para manter a via aérea pérvia facilitando as ventilações
 - d. Se criança, com 1 mão, na metade inferior do osso esterno, se lactente, com 2 dedos, posicionados 1 dedo abaixo da linha intermamária.
 - e. Continue o procedimento de 30x2 até que o DEA esteja disponível

Se há 02 ou mais socorristas (RCP em dupla)

- a. Um socorrista inicia a RCP com 15x2 e outro socorrista providencia o DEA;
 - b. Deite o paciente de costas em superfície plana rígida.
 - c. Inicie pelas 15 compressões rápidas e fortes com depressão de 5 cm do osso esterno para criança e 4 cm para lactente;
 - d. Após as 15 compressões torácicas, abra rapidamente as vias aéreas e forneça duas respirações de resgate com expansão visível de tórax.
- ✓ Compressões torácicas em lactente e em dupla são executadas com a técnica dos dois polegares mãos circundando o tórax. Não ventile e comprima ao mesmo tempo a menos que esteja em via aérea definitiva.

***Execute as compressões com no mínimo 100 compressões por minuto, deprimindo o esterno 5 cm em criança e 4 cm em lactente**

***Permita o retorno completo do tórax após cada compressão**

***Minimize as interrupções entre os ciclos de compressões.**

***Evite excesso de ventilação (hiperventilação)**

***Nas vítimas com suspeita de TRM a imobilização da cervical por colar deve ser excluída, pois ele impede a abertura da via aérea.**

- ✓ Permita que o DEA faça a leitura assim que disponível e conectado;
- ✓ Para crianças e lactentes no uso do DEA, o socorrista deve usar um atenuador de carga pediátrico, se disponível; se não, utilize o DEA padrão;
- ✓ Siga o posicionamento lógico padrão de eletrodos do DEA respeitando a característica do paciente. A corrente elétrica deve atravessar o coração.
- ✓ Se choque indicado, aplique-o e continue a RCP pelas compressões;
- ✓ Se choque não indicado, continue RCP pelas compressões;

Transporte para o hospital nos seguintes casos:

- a. O pulso da vítima retorna;
 - b. Após a aplicação de 6 a 9 choques, separados por 2 minutos de RCP;
 - c. O DEA emite 3 mensagens consecutivas, separadas por 2 minutos de RCP, de que o choque não é indicado.
 - d. Permanência de 20 minutos no local com manobra de RCP
-
- ✓ Todos os deslocamentos com vítima em PCR serão realizados com manobras de RCP com 30 X 02 (01 socorrista) ou 15 X 02 (2 socorristas) com troca do compressor a cada dois minutos ou em compressões contínuas.

***Somente cesse a RCP em caso de evolução para *rigor mortis*, exaustão dos membros da equipe, determinação da regulação médica, transferência do paciente a outra equipe, retorno espontâneo da circulação e respiração, com retorno da consciência do paciente, manifestado por movimentos e respiração normal.**

***Em caso de ambiente hostil, a equipe fica autorizada a iniciar o deslocamento mesmo fora dos critérios anteriores deste protocolo.**

P04 - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO ADULTO E CRIANÇA (OVACE)

- ✓ Verifique consciência. **SE CONSCIENTE**, verifique:

1. A vítima respira normalmente?
2. A vítima consegue chorar?
3. A vítima consegue emitir som?

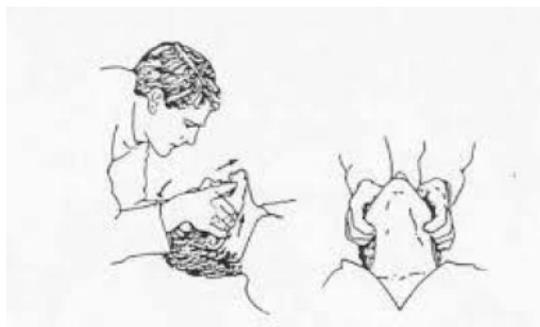
- ✓ Caso positivo para algum critério acima, acalme o paciente e o encaminhe a recurso hospitalar na posição de sentado.
- ✓ **SE CONSCIENTE** e não consegue nem tossir (no caso do lactente), nem emitir som e for detectado corpo estranho sólido, se inicie as compressões abdominais contínuas em j até desalojar o corpo estranho ou até o paciente tornar-se inconsciente, (Manobra de Heimlich).
- ✓ Em grávidas ou obesos, a posição é diferenciada com as mãos no osso esterno.

- ✓ Se o paciente **TORNAR-SE INCONSCIENTE**, cheque a boca à procura do corpo estranho, mas sem fazer varredura. Caso não o encontre encaminhe o paciente ao Hospital fazendo RCP durante o transporte.
- ✓ Se durante o primeiro contato com o paciente o mesmo **JÁ ESTIVER INCONSCIENTE**, inicie a RCP pelas compressões e siga o protocolo de RCP.
- ✓ Na ausência de sinal de obstrução por corpo estranho juntamente com as manobras de liberação de via aérea utilize a cânula orofaríngea (guedel) do tamanho adequado para manter a via aérea pérvia facilitando as ventilações

Em caso de suspeita de trauma realize a manobra de JAW THRUST
(tração da mandíbula sem inclinação da cabeça)

Na ausência de trauma realize a manobra de CHIN LIFT
(inclinação da cabeça e elevação do mento)

***Nas vítimas com suspeita de TRM a imobilização da cervical por colar deve ser excluída, pois ele impede a abertura da via aérea.**



Manobra de Jaw-Thrust



Manobra de Chin-Lift

***Lembre-se: após cada ciclo de compressões cheque rapidamente a boca à procura do corpo estranho antes de fazer as 2 ventilações de resgate.**

TRAQUEOSTOMIA:

Realizar ainda na Unidade Móvel a aspiração da cânula de traqueostomia com sonda de aspiração com o calibre adequado para não provocar sangramento da via aérea, introduzindo apenas o tamanho em que a sonda ocupe a cânula sem passar para a via aérea inferior, realizar instilação de água destilada ou SF0,9% em pequenas quantidades, deixar disponível BVM (bolsa-valva-máscara), Oximetria digital ligada e oxigenioterapia à 100%.

***Utilizar máscara e óculos no procedimento de aspiração da via aérea.**

***Em hipótese alguma remover ou reposicionar a cânula de traqueostomia**

**P05 - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO
LACTENTE E NEONATAL**

✓ Verifique consciência. **SE CONSCIENTE**, verifique:

1. A vítima respira normalmente?
2. A vítima consegue chorar?
3. A vítima consegue emitir som?

- ✓ Caso positivo para algum critério acima, acalme o paciente e o encaminhe a recurso hospitalar no colo do socorrista/pai/mãe.
- ✓ **SE CONSCIENTE** e não consegue nem tossir (no caso do lactente), nem emitir som, execute 5 pancadas entre as escápulas e 5 compressões no tórax, se for detectado ou ter sido presenciado corpo estranho sólido, se o engasgo for por líquido, peça a mãe/pai/parente, que sugue com a boca (quando fizer contato com solicitante até a chegada da equipe ao local). Realizar o procedimento de aspiração da via aérea na Unidade Móvel, com sonda de aspiração com o calibre adequado para não provocar sangramento da via aérea, introduzindo apenas na cavidade oral, deixar disponível BVM (bolsa-valva-máscara), oximetria digital ligada e oxigenioterapia à 100%.

*Utilizar máscara e óculos no procedimento de aspiração da via aérea.

- ✓ Se o paciente **TORNAR-SE INCONSCIENTE**, cheque a boca à procura do corpo estranho, mas sem fazer varredura. Caso não o encontre encaminhe o paciente ao Hospital fazendo RCP durante o transporte.
- ✓ Se durante o primeiro contato com o paciente o mesmo **JÁ ESTIVER INCONSCIENTE**, inicie a RCP pelas compressões e siga o protocolo de RCP.
- ✓ Na ausência de sinal de obstrução por corpo estranho juntamente com as manobras de liberação de via aérea utilize a cânula orofaríngea (guedel) do tamanho adequado para manter a via aérea pérvia facilitando as ventilações

***Os sinais em lactente são cianose e olhos arregalados, além da dificuldade de chorar, tossir e emitir sons.**

***Durante a desobstrução do lactente e o neonato, a cabeça do mesmo deve permanecer em nível inferior ao do corpo.**

***Nunca faça compressão abdominal no lactente neste caso.**

***Lembre-se: após cada ciclo de compressões cheque rapidamente a boca à procura do corpo estranho antes de fazer as 2 ventilações de resgate.**

Em caso de suspeita de trauma realize a manobra de JAW THRUST

Na ausência de trauma realize a manobra de CHIN LIFT

Nas vítimas com suspeita de TRM a imobilização da cervical por colar deve ser excluída, pois ele impede a abertura da via aérea.

P06 - PARADA RESPIRATÓRIA ADULTO, CRIANÇA e LACTENTE

a. Parada respiratória em Adulto

- ✓ Verifique a consciência da vítima (cheque responsividade tocando em seu ombro e perguntando se está bem)
- ✓ Se inconsciente, cheque rapidamente (não mais que 5 seg.) se a respiração está normal, com expansão visível de tórax
- ✓ Se a vítima não respira ou não respira normalmente (respiração anormal ou agônica “*gasping*”) acione a regulação médica e solicite o DEA rapidamente:
- ✓ Cheque pulso por 5 a 10 seg. – se tem pulso palpável, mas não respira inicie 1 respiração de resgate a cada 5 a 6 seg. durante 10 a 12 ciclos e a cada 1 minuto ou no fechamento do ciclo pare e cheque pulso novamente.

Para fim de padronização das equipes de resgate utilizaremos 1x5x10

- ✓ Utilizando a BVM, forneça 1 ventilação a cada 6 a 8 segundos durante 8 a 10 ciclos por 1 minuto.

Para efeito de padronização das guarnições de resgate utilizaremos 1x6x10.

**Em caso de suspeita de trauma realize a manobra de JAW THRUST
Na ausência de trauma realize a manobra de CHIN LIFT**

b. Parada respiratória em Criança e Lactente

- ✓ Verifique a consciência da vítima, (cheque responsividade, tocando em seu ombro e perguntando se está bem (em criança) ou tocando os pés (em lactente)).
- ✓ Se inconsciente, cheque rapidamente (não mais que 5 seg.) se a respiração está normal, com expansão visível de tórax
- ✓ Se a vítima não respira ou não respira normalmente (respiração anormal ou agônica “*gasping*”) acione a regulação médica e solicite o DEA rapidamente:
- ✓ Cheque pulso por 5 a 10 seg. (carotídeo em criança e braquial em lactente). Se tiver pulso palpável, mas não respira inicie 1 respiração de resgate a cada 3 a 5 seg. durante 12 a 20 ciclos e a cada 1 minuto ou no fechamento do ciclo pare e cheque pulso novamente
- ✓ Utilizando a BVM, forneça 1 ventilação a cada 6 a 8 segundos durante 8 a 10 ciclos por 1 minuto.

**Em caso de suspeita de trauma realize a manobra de JAW THRUST
Na ausência de trauma realize a manobra de CHIN LIFT**

P07 - REANIMAÇÃO NEONATAL

a. Conceito

- I. Neonatos são os pacientes na idade de 0 a 28 dias;
- II. Recém-nascido (RN) é o neonato que acabou de nascer;

b. Conduta

- Realize a avaliação do RN com o Índice de APGAR
 - Passe para Regulação Médica o 1º, 5º e 10º minuto.
- III. Se o RN é termo, o líquido amniótico está claro, o RN está respirando ou chorando e tem bom tônus muscular, aqueça, não utilize manta térmica, limpe as vias aéreas se necessário não á necessidade de realizar aspiração da via aérea superior neste caso, seque, avalie a cor da pele e faça a glicemia capilar e a identificação do RN com pulseira.
- A aspiração da via aérea do RN só deve ser realizada se o RN apresentar sinais de obstrução por excesso de secreção espessa, o RN naturalmente limpa a via aérea com espirros e tosse ao nascer.
 - ✓ Se rosada, posicione o RN junto à mãe e monitore não oferecer amamentação se não tiver em mãos a carteirinha do pré-natal com sorologias negativas.
 - ✓ Se os lábios estiverem cianóticos, forneça O2 suplementar e avalie respiração, pulsação e cor da pele;
- IV. Após 30 seg de O2, se RN está respirando e freq. cardíaca é > 100 bpm, mas o RN está cianótico, ventile com O2 suplementar e reavalie após 30 seg;
- ✓ Se freq. cardíaca > 100 bpm e a pele está rosada, apenas monitore o paciente e **NÃO FORNEÇA O2**;
 - ✓ Se freq. cardíaca é de 60 a 100 bpm continue ventilando **1 resp x 3 seg x 20 ciclos** e a cada 1 minuto cheque pulso braquial;
 - ✓ Se freq. cardíaca < 60 inicie RCP pelas compressões torácicas na frequência de **3 comp x 1 resp x 30 ciclos** com 90 compressões e 30 respirações a fim de atingir 120 eventos por minuto.
- V. Se RN está apnéico ou freq. card. < 100 bpm ventile com O2 suplementar. Reavalie após 30 segundos;
- ✓ Se freq. cardíaca > 100 bpm e a pele está rosada, apenas monitore o paciente e **NÃO FORNEÇA O2**;
 - ✓ Se freq. cardíaca é de 60 a 100 bpm continue ventilando **1 resp x 3 seg x 20 ciclos** e a cada 1 minuto cheque pulso braquial;
 - ✓ Se freq. cardíaca < 60 inicie RCP pelas compressões torácicas na frequência de **3 comp x 1 resp x 30 ciclos** com 90 compressões e 30 respirações a fim de atingir 120 eventos por minuto.

- VI. A abordagem ao RN é diferente do Adulto, Criança e Lactente. Para o RN continua o procedimento de ABC da vida uma vez que ele é vítima mais de parada respiratória do que cardíaca. Então proceda:
- ✓ Verifique a consciência da vítima (cheque responsividade, tocando em seus pés)
 - ✓ Se inconsciente, abra vias aéreas mantendo a cabeça neutra e faça a técnica VOS (ver, ouvir e sentir) de 5 a 10 segundos. Se não respira, forneça 2 respirações de resgate com expansão visível de tórax;
 - ✓ Mantenha a posição do A e do B e faça o C checando pulso braquial de 5 a 10 segundos

***Para avaliar o pulso do RN conte por 6 segundos e multiplique por 10**

***Forneça 40 a 60 insuflações por minuto no RN que necessite assistência ventilatória**

***Compressões torácicas em dupla são executadas com a técnica dos dois polegares mãos circundando o tórax, na razão de 3 compressões para 1 ventilação. Não ventile e comprima ao mesmo tempo a menos que esteja com via aérea definitiva.**

P08 - DEA

I. Indicações

- a. Inconsciência; e ausência de respiração normal; e ausência de pulso ou sinais de circulação normal
- b. PCR com ritmo chocável (FV – Fibrilação Ventricular e TVSP – Taquicardia Ventricular Sem Pulso);
- c. Adulto, Criança, Lactente e Neonato com as devidas pás específicas para cada paciente.

BOLSA PARA TRANSPORTE

1 ELETRODO ADULTO

1 ELETRODO PEDIÁTRICO: MENORES DE 8 ANOS OU MENOS DE 25 KILOS

DESFIBRILADOR ZOLL AED PLUS

10 PILHAS

2 BARBEADORES

II. Contra-indicações

Consciente, paciente respirando e com pulso.

III. Potenciais efeitos adversos / complicações do uso

- a. Queimadura na pele do paciente;
- b. Desativação de marca-passo ou cardiodesfibrilador (CDI);
- c. Lesões no operador ou pessoas próximas em contato com o paciente.

IV. Precauções no uso do DEA

- a. Afaste o paciente da água e de superfície molhada;
- b. Antes de conectar as pás, sempre seque e limpe o local permitindo que o adesivo da pá cole perfeitamente;
- c. Afaste as pás cerca de 2 a 2,5 cm de distância de marcapasso ou cardiodesfibrilador implantado (CDI), quando houver;
- d. Retire adesivo de medicação transcutânea se houver, limpe e seque a superfície onde a pá será instalada;
- e. Não movimente o paciente durante a utilização do DEA, devido aos artefatos de ruídos e à simulação de FV decorrentes do próprio movimento;
- f. Não toque nem deixe ninguém tocar o paciente durante a análise do ritmo e a administração do choque;
- g. Raspe os pelos do tórax do paciente, se necessário, nos locais onde serão colocadas as pás;
- h. Evite operar o DEA próximo a celulares e rádios de comunicação (HT) ligados, linhas de trem e metrô, e linhas de alta voltagem;
- i. Retire, quando possível, correntes, adornos e acessórios metálicos do pescoço e mamilo do paciente antes de colocar as pás;

- j. **Não use o DEA concomitante com oximetria de pulso, aparelhos de pressão e equipamentos médicos em contato com o paciente sob monitoramento.**
- k. **Não utilize ou ligue o DEA se a janela do indicador de status da unidade (localizada a esquerda da alça) estiver exibindo um X VERMELHO ou EMITINDO UM SINAL SONORO EM BIP**
- l. Mantenha o eletrodo conectado e guardado dentro da cobertura do DEA
- m. **Remova fontes de oxigênio e gases anestésicos inflamáveis antes de executar a desfibrilação. Há risco de incêndio e de explosão!**

V. Conduta para utilização do DEA

Inicie RCP até que o DEA esteja disponível.

1. Visualize o sinal verde no visor indicador de status
2. Ligue o DEA no botão lilás
3. Orientação sonora: FIQUE CALMO
VERIFIQUE A RESPONSABILIDADE
PEÇA AJUDA
ABRA AS VIAS AÉREAS
VERIFIQUE A RESPIRAÇÃO
VENTILE DUAS VEZES
4. Coloque os eletrodos de desfibrilação no peito do paciente na posição correta de acordo com a ilustração
5. Não toque no paciente analisando
 - **CHOQUE NÃO INDICADO/ INICIE RCP**
Inicie a RCP conforme o protocolo
Após 2 minutos de RCP:
(ORIENTAÇÃO SONORA) Pare a RCP/ Não toque no paciente analisando...
 - **CHOQUE INDICADO**
Se afaste o paciente, retire fontes de oxigênio, retire o parêmetro de oxímetro e aparelho de pressão.
Pressione o botão no centro do visor em forma de coração que está piscando
Choque realizado
Após um choque inicie a RCP conforme o protocolo
Após 2 minutos de RCP:
(ORIENTAÇÃO SONORA) Pare a RCP/ Não toque no paciente analisando...

A cada 2 minutos o DEA reinicia a avaliação

Após 20 a 30 min de RCP na cena, inicie deslocamento para hospital

ATENÇÃO

1. Posição das pás

As pás devem ser colocadas como está indicado na ilustração da embalagem

2. Presença de marca-passo e CDI

Afaste as pás cerca de 2 a 2,5 cm do marcapasso e CDI

3. Lesão na pele

Afaste as pás de local lesionado da pele.

4. Capacidade das baterias

300 choques ou autonomia de até 5 anos em modo de espera

Quando a capacidade das baterias estiverem abaixo de 20% o **X** vermelho vai aparecer juntamente com um sinal sonoro de **BIP**

5. Limpeza

Utilizar um pano limpo e macio úmido com água e sabão neutro
Não passar toalha de papel

6. Comunicação com Médico regulador

- Na identificação da indicação ao uso do DEA proceder a manutenção da via aérea (desobstrução, abertura e oxigênio terapia)
- Iniciar imediatamente as compressões torácicas até estar disponível o DEA
- Comunicar ao médico regulador passando o quadro
- Iniciar a conduta de utilização do DEA
- O médico regulador precisa saber se o **CHOQUE ESTÁ INDICADO OU NÃO**
- Este procedimento deve ser realizado com a Unidade Móvel parada

7. Check list

O DEA consta na lista dos equipamentos da Unidade Móvel, quando for realizado o check list conferir se a **SINAL VERDE** está aparecendo no visor indicador de status da unidade (localizada a esquerda da alça), caso estiver exibindo um **X VERMELHO** ou **EMITINDO UM SINAL SONORO EM BIP** comunicar imediatamente ao enfermeiro

As pás sempre devem estar conectadas no DEA

O DEA deve estar em uma superfície limpa e seca, não colocar nada sobre ou sob ele, e não retirá-lo da bolsa para transporte.

8. Após sua utilização

Relatar no livro de intercorrências o nº da ocorrência e um relatório, comunicar ao enfermeiro.

Quando utilizar as pás guardar a película protetora para ser recolocada para guardar as pás

Comunicar previamente ao enfermeiro se as pás estiverem sem condições de serem reutilizadas

Higienizar e guardar o DEA adequadamente

A utilização do DEA exige um trabalho em equipe sincronizado para ser eficiente

Não há evidência científica eficaz e suficiente para determinar que se faça RCP antes de usar o DEA. A RCP deverá ser realizada até que o DEA esteja em condições de ser utilizado, e que seja, o mais rápido possível.

VI. DEA e transporte

- I. Se durante o transporte, o paciente entra em PCR dentro da Unidade Móvel, pare, desligue a viatura e adote os passos de RCP e de desfibrilação.
- II. Se a Unidade Móvel estiver em deslocamento com RCP em andamento, não pare a viatura, nem cesse a RCP para o DEA analisar o ritmo e administrar o choque. Apenas mantenha as pás conectadas e aderidas.

VII. Situações especiais

- I. Se durante a aplicação do DEA a bateria descarregar, continue a RCP e inicie deslocamento.

Evite usar telefone celular próximo ao DEA. O alto nível de reação eletromagnética emitida pode resultar numa grande interferência prejudicando o funcionamento do DEA e colocando em risco o paciente.

O DEA foi desenvolvido para aplicação em procedimentos de desfibrilação que possibilita estímulo elétrico ao coração podendo ser usado por qualquer pessoa em qualquer ambiente hospitalar ou extra hospitalar, unidades de resgate aéreo ou terrestre, dando suporte avançado à vida.

O DEA é um equipamento energizado internamente capaz de operar recebendo energia de uma fonte de alimentação elétrica interna. Não abra o equipamento. Não dê choques com as pás curto-circuitadas, pois o dispositivo de disparo pode danificar-se. O paciente deverá estar imóvel durante a análise. Não utilize as pás se o invólucro estiver violado.

P09 - EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Conjunto de doenças e condições que envolvem o coração (cárdio) e os vasos sanguíneos (vascular).

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas mais comuns

- 1) Dor no peito (retroesternal – centro – ou precordial – à esquerda)
- 2) Dor irradiando para braço esquerdo
- 3) Dor irradiando para mandíbula
- 4) Pressão ou desconforto no tórax
- 5) Pressão no abdômen, no pescoço ou nas costas
- 6) Desconforto na região epigástrica
- 7) Dificuldade respiratória (dispnéia)
- 8) Sudorese excessiva
- 9) Pulso irregular ou fraco
- 10) Veias do pescoço dilatadas
- 11) Náuseas
- 12) Tontura
- 13) Fadiga
- 14) Vômito
- 15) Desmaio

b. Fatores de risco não modificáveis

- 1) Idade avançada
- 2) Raça
- 3) Hereditariedade
- 4) Sexo

c. Fatores de risco modificáveis

- 1) Hipertensão arterial
- 2) Tabagismo
- 3) Diabetes mellitus
- 4) Colesterol alto
- 5) Obesidade e sedentarismo

d. Fatores contribuintes

- 1) Estresse excessivo
- 2) Ingestão de álcool e drogas

e. Fatores precipitantes (presente em cerca de 50% dos casos)

- 1) Exercícios anormalmente vigorosos

- 2) Estresse emocional grave
- 3) Doenças graves

CONDUTA

- I. Mantenha vias aéreas pérvias;
- II. Previna o estado de choque:

1. Forneça oxigênio
2. Aqueça o paciente (manta aluminizada em caso de hipotermia)
3. Afrouxe suas vestes
4. Não permita que o paciente faça esforço físico – caminhe, fale muito, etc.

- III. Forneça apoio emocional e acalme o paciente
- IV. Monitore sinais vitais e o esforço respiratório e esteja preparado para RCP, se necessário;
- V. Se paciente estiver **consciente**, mantenha-o em posição de conforto (decúbito 45° ou sentado);
- VI. Se paciente estiver **inconsciente**, mantenha-o em posição supina, aqueça, forneça O2 e monitore sinais vitais.
- VII. Entre em contato com a Central de Regulação Médica, passe os sinais vitais, idade e avaliação de dor:

- ✓ Localização
- ✓ Tipo
- ✓ Irradiação
- ✓ Tempo
- ✓ Forma de alívio

- VIII. Siga as orientações do médico regulador e encaminhe a vítima para o Hospital após estabilização, o deslocamento deve ser seguro e seguindo orientação do médico regulador quanto à “brevidade”.

ATENÇÃO: Fique atento para a possibilidade de prescrição médica por telemedicina de Acido Acetilsalicílico

***Atente para o relato de histórico médico e de uso de medicamentos. A coleta de dados e anamnese dirigida não deverá atrasar o transporte.**

***No deslocamento para emergências cardiovasculares o socorrista já deve estar preparado para utilizar o DEA.**

***Algumas situações especiais como hipotermia, afogamento, trauma, choques elétricos, descargas de raios e gravidez podem provocar uma parada cardíaca.**

P010 - AVC

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas mais comuns

- I. Vertigem, confusão mental com perda visual parcial.
- II. Forte dor de cabeça.
- III. Forte dor de cabeça acompanhada de náuseas e vômitos.
- IV. Falta de coordenação, perda de força, fraqueza súbita.
- V. Diplopia: visão dupla e embaçada.
- VI. Afasia: dificuldade de completar palavras por som e por escrita.
- VII. Disartria: dificuldade na articulação da palavra.
- VIII. Disfasia: alteração na linguagem e compreensão em qualquer de suas formas.
- IX. Hemiparesia: paralisia / enfraquecimento incompleto ou parcial (mais grave nas mãos e na face).
- X. Hemiplegia: paralisia de um lado do corpo.
- XI. Dislexia: dificuldade na leitura.
- XII. Disgrafia: dificuldade para escrever

b. Outros sinais e sintomas encontrados

- I. Ausência de movimento nos olhos, exceto nas pálpebras.
- II. Ptose palpebral (queda da pálpebra).
- III. Falta de ar e sudorese.
- IV. Nível alterado de responsividade.
- V. Anisocoria: diferença no tamanho das pupilas.
- VI. Amaurose: perda total da visão transitória.
- VII. Síncope, torpor, convulsão, coma (ECGlasgow<8).
- VIII. Hipertensão arterial e hipertermia.
- IX. Disfagia: deglutição difícil.
- X. Incontinência urinária.
- XI. Alterações visuais.

c. Fatores de risco

- I. Idade avançada
- II. História familiar
- III. Hereditariedade
- IV. Doença cardiovascular
- V. Hipertensão arterial
- VI. Tabagismo
- VII. Diabetes mellitus
- VIII. AIT - ataque isquêmico transitório (déficit neurológico)

- IX. Histórico de colesterol alto
- X. Obesidade
- XI. Sedentarismo
- XII. Estresse excessivo
- XIII. Dificuldade de coagulação
- XIV. História de trauma craniano
- XV. Cirurgias recentes
- XVI. Uso de anticoncepcionais
- XVII. Uso de drogas (cocaína / anfetamina)
- XVIII. Uso de anticoagulantes
- XIX. Neoplasias

d. Conduta

- I. Mantenha vias aéreas pérvias
- II. Monitore o esforço respiratório e esteja preparado para assistência ventilatória.
- III. Forneça oxigênio.
- IV. Se paciente estiver **inconsciente**, mantenha-o em posição de recuperação, deitado sobre o lado afetado;
- V. Mantenha o paciente em repouso, sob observação contínua, monitorização constante e fornecimento de oxigênio durante o transporte de acordo com a avaliação da saturação de O₂.
- VI. Aqueça o paciente. Não superaqueça;
- VII. As aferições de pressão arterial devem ser estabelecidas em intervalos de 10 a 20 minutos e nunca em uma única aferição em ambas as extremidades superiores.
- VIII. Avalie a responsividade por meio da Escala Pré-Hospitalar de Cincinatti e Escala de Coma de Glasgow;
- IX. Contate o Médico regulador, passe os sinais vitais, estado geral, escala de Cincinatti e Glasgow;
- X. Encoraje membros da família a acompanhar o paciente até o hospital para que possam informar o histórico do paciente à equipe médica;
- XI. Quando da chegada ao hospital mantenha os procedimentos até a equipe médica responsável assumir o paciente, devidamente informada de toda situação.

e. Escala pré-hospitalar de Cincinatti

Uma anomalia encontrada em qualquer um deles a probabilidade de um AVC é igual a 72%.

SINAIS	COMANDO	NORMAL	ANORMAL
QUEDA FACIAL	Peça ao paciente que sorria e/ou mostre os dentes	Ambos os lados do rosto movem-se igualmente	Um lado do rosto não se move tão bem quanto ao outro
DEBILIDADE DOS BRAÇOS	Peça ao paciente que feche os olhos e mantenha os braços estendidos por 10 segundos	Ambos os braços movem-se igualmente	Um braço não se move ou cai em relação ao outro
FALA ANORMAL	Peça ao paciente para dizer “o rato roeu a	O paciente utiliza as palavras corretamente, com pronúncia clara	O paciente pronuncia palavras ininteligíveis,

	roupa do rei de Roma” ou outra frase similar		usa palavras incorretas ou é incapaz de falar
--	---	--	--

***A determinação do momento de início dos sintomas é crucial para fins de tratamento. O momento do início dos sintomas é o último momento em que o paciente foi visto assintomático.**

*** Tempo é cérebro!!! O início do tratamento com fibrinolíticos em hospital deve ocorrer entre 3 e 4,5 horas do início dos sintomas.**

P011 - EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas

- I. Ausência temporária de respiração (apnéia)
- II. Respiração superficial
- III. Respiração rápida e profunda
- IV. Respiração ruidosa
- V. Sensação vertiginosa
- VI. Ansiedade, agitação, letargia e sonolência
- VII. Cianose de extremidades (lábios e dedos)
- VIII. Dor torácica referida como aperto
- IX. Tosse contínua

b. Conduta

- I. Mantenha o paciente em posição de conforto (sentado com decúbito 45°)
- II. Oximetria digital de pulso
- III. Administra oxigênio conforme protocolo
- IV. Aqueça o paciente
- V. Ofereça apoio emocional
- VI. Fazer contato com a Regulação Médica passar os parâmetros e seguir orientações, o transporte não pode ser retardado uma vez que o paciente pode evoluir para parada respiratória necessitando do suporte avançado.

ATENÇÃO: Nos pacientes com DPOC o uso de oxigênio deve ser administrado com critério, a saturação de O² não deve exceder 90%, o fluxo contínuo de O² deve ser de concentração mínima.

*** Se o paciente está inconsciente, ou a respiração é inadequada ou ausente, faça a ventilação assistida (com BMV, cânula orofaríngea) com suplementação de oxigênio.**

P012 - CRISE CONVULSIVA

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Reconhecimento

I. Parciais com ou sem perda de consciência (Pequeno mal)

- ✓ Fase de ausência
- ✓ Grito epiléptico

II. Generalizadas (Grande mal)

- ✓ Inconsciência;
- ✓ Movimentos tônico-clônicos;
- ✓ Estupor pós ictal (fase pós-comicial).

RECONHECIMENTO DOS ESPASMOS

- ✓ CLÔNICOS: contração muscular generalizada
- ✓ MIOCLÔNICOS: contração muscular localizada na parte superior do torax
- ✓ TÔNICOS: fortes espasmos de curta duração isolados
- ✓ ATÔNCOS: ausência de espasmos
- ✓ TÔNICO-CLÔNICOS: contração muscular generalizada associada a fortes espasmos como “saltos”

b. Sinais e sintomas

- I. Dor referida em todo o abdome ou em região específica
- II. Palidez acentuada
- III. Náuseas e vômitos
- IV. Taquicardia ou Bradicardia
- V. Taquipnéia ou Dispnéia
- VI. Sudorese fria
- VII. Febre (entre 37,5 °C a 40°C.)
- VIII. Dor abdominal à palpação no exame físico
- IX. Abdome contraído, globoso ou escavado
- X. Defesa muscular abdominal no exame físico

c. Conduta

- I. Administre O2, fique preparado para possível parada respiratório ou PCR
- II. Mantenha o paciente em posição de conforto (decúbito dorsal ou semi-reclinado)
- III. Não contenha movimentos
- IV. Ampare a cabeça
- V. Em caso de secreção na boca, lateralize o paciente. Não insira os dedos na boca do paciente.
- VI. Se necessário, utilize cânula de “Guedel” e aspire as vias aéreas
- VII. Aqueça o paciente, passe os parâmetros para a regulação médica
- VIII. Ofereça apoio emocional

ATENÇÃO: CUIDADO AO INTRODUIR A CÂNULA DE GUEDEL NA BOCA DA VÍTIMA SE ELA APRESENTAR REFLEXO DE VÔMITO RETIRAR IMEDIATAMENTE

P013 - DIABETES MELLITUS E HIPOGLICEMIA

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Hipoglicemia (Choque insulínico)

I. Sinais, sintomas e eventos relacionados

- ✓ Glicemia capilar <60 mg/dL
- ✓ Paciente tomou insulina demais
- ✓ Alteração no nível de consciência
- ✓ Convulsão
- ✓ Agitação e mudança de comportamento
- ✓ Paciente em jejum (não se alimentou)
- ✓ Pele fria e úmida
- ✓ Taquicardia
- ✓ Cefaléia
- ✓ Palidez
- ✓ Salivação abundante
- ✓ Fome, borborigma ("ronco" na barriga)
- ✓ Náuseas, vômitos, desconforto abdominal
- ✓ Atividade mental anormal com prejuízo do julgamento
- ✓ Ansiedade, alteração de humor, depressão, choro e medo
- ✓ Negativismo, irritabilidade, agressividade e fúria
- ✓ Cansaço, fraqueza, apatia, letargia, sono,
- ✓ Confusão, amnésia, tontura, delírio
- ✓ Alteração de pupilas (dilatadas)
- ✓ Olhar fixo, visão embaçada, visão dupla
- ✓ Atos automáticos
- ✓ Dificuldade de fala
- ✓ Descoordenação motora às vezes confundido com embriaguez
- ✓ Déficit motor, paralisia, hemiparesia, parestesia, estupor
- ✓ Convulsão focal ou generalizada

b. Hiperglicemia

I. Sinais, sintomas e eventos relacionados:

Glicemia capilar > 200 mg / dl

- ✓ Paciente não tomou insulina
- ✓ Poliúria (aumento do volume urinário),
- ✓ Polidipsia (sede aumentada e aumento de ingestão de líquidos)
- ✓ Polifagia (apetite aumentado).
- ✓ Mudanças no formato das lentes dos olhos levando a dificuldades de visão. (Paciente relata visão borrada)
- ✓ Cansaço
- ✓ Pele seca e quente
- ✓ Cefaléia
- ✓ Dispnéia
- ✓ Hálito cetônico (Alta concentrações de cetona do sangue)
- ✓ Náuseas e Vômitos
- ✓ Dor abdominal
- ✓ Alteração de consciência (confusão, sonolência, letargia, hostilidade, mania, pânico, agresividade, etc).

- ✓ Coma com progressão para PCR

c. Conduta

I. Entrevista direcionada. Considere:

- ✓ Histórico de diabetes mellitus
- ✓ Medicações usadas em tratamento
- Insulina – tipo, dose, frequência, última dose
- Medicamentos orais - tipo, dose, frequência, última dose
- ✓ Última alimentação do paciente
- ✓ Recente doença ou lesão
- ✓ Atividade física recente
- ✓ Gravidez
- ✓ Verifique uso de álcool
- ✓ Histórico de reações à diabetes

II. Conduta geral

- ✓ Obtenha os sinais vitais
- ✓ Prepare-se para fazer aspiração de vias aéreas
- ✓ Prepare-se para uma PCR nas hipoglicemias severas
- ✓ Verificar glicemia capilar e passar os sinais para a regulação médica
- ✓ Aguarde conduta e siga as orientações, se a orientação for medicar no local realiza o procedimento conforme protocolo de medicação por telemedicina P054, realize o transporte seguro após estabilização do quadro.
- ✓ Repetir o teste de glicemia capilar após intervenção
- ✓ Evite gasto energético desnecessário do paciente

ATENÇÃO: NOS CASOS DE GLICEMIA CAPILAR MENOR QUE 70 mg/dl ESTÁ AUTORIZADO PELA REGULAÇÃO MÉDICA A PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA IMEDIATAMENTE CONFIRMANDO POR TELEMEDICINA A PRESCRIÇÃO DE AMPOLAS DE GLICOSE HIPERTÔNICA

Se paciente está consciente:

- Não lhe permita exercitar-se; deite-o na maca ou cadeira de rodas e o encaminhe à Unidade Móvel
- Proteja vias aéreas;
- Previna o choque. Aqueça o paciente.
- Ofereça oxigênio;
- Realize contato com a Regulação Médica.

Se paciente está inconsciente

- Proteja as vias aéreas. Aspire se necessário
- Previna o choque. Aqueça o paciente.
- Ofereça oxigênio;
- Posicione o paciente na posição de recuperação (decúbito lateral), se possível.
- Realize contato com a Regulação Médica passando todas as informações

*** Nem todos os sinais ou sintomas podem estar presentes no paciente**

REFERENCIA GLICEMIA CAPILAR NORMAL

70 A 120 mg/dl ANTES DAS REFEIÇÕES

ABAIXO DE 140 mg/dl DUAS HORAS APÓS A INGESTÃO DOS ALIMENTOS

P014 - EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

NASCIMENTO:

ABORTO: Inferior a 23 semanas

PRÉ-TERMO: De 23 a 37 semanas

TERMO: De 37 a 41 semanas

PÓS-TERMO: Após 41 semanas

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Parto normal iminente

I. Sinais e sintomas

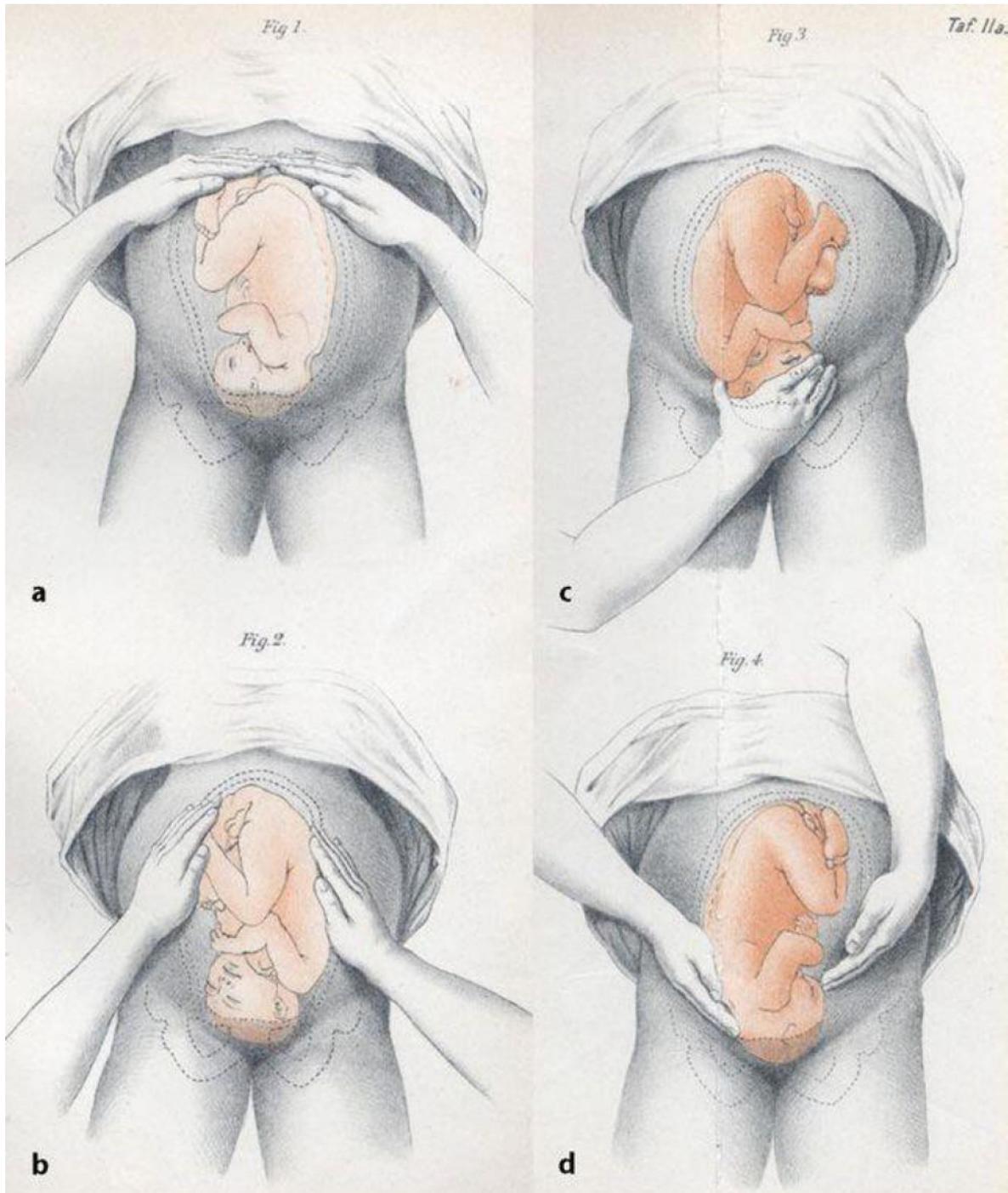
- ✓ Contrações uterinas em intervalos regulares iniciando com intervalo de 20min a 30 min com duração de 15 seg a 30 seg evoluindo para de 3 min a 5 min com duração de 50seg a 75 seg;
- ✓ Rompimento da bolsa amniótica ou não;
- ✓ Apresentação cefálica do feto (coroamento);
- ✓ Taquicardia e taquipnéia;
- ✓ Perda do tampão mucoso;

II. Conduta

- ✓ Quando for evidenciado o trabalho de parto ele deve ser realizado no local, se não ocorrer dentro da Unidade Móvel leve para próximo da parturiente todo material necessário, mochila de sinais vitais, mochila de parto, aspirador portátil, mochila de vias aéreas, torpedo de O² portátil, EPI necessário, kit punção venosa.

1. Sempre que possível leia o cartão pré-natal da gestante e busque informações sobre a gestação (se houve interações, doenças infectocontagiosas, hipertensão arterial, diabetes ou outras complicações);

2. Deite a gestante em decúbito dorsal, com pernas fletidas e com joelhos afastados;
3. Não faça toque (introdução dos dedos indicador e anelar na vagina) para verificar grau de dilatação do colo, visualizar a genital externamente para verificar intercorrências com canal vaginal;
4. Instale Oximetria digital de pulso e verifique a pressão arterial em decúbito lateral esquerdo; realize a verificação d glicemia capilar;
5. Avalie a necessidade de instalação de cateter de O² a 3l/mim;
6. Realize uma palpação abdominal minuciosa a fim de identificar o posicionamento da criança e a presença de movimentos fetais conforme figura a seguir:



7. Realizar ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) com estetoscópio de Pinard: Deve-se posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto; identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto; segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal. Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio; fazer, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo; Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal; controlar o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes, contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e ritmo e anotar. Pergunte a gestante sobre a presença dos movimentos fetais e suas variações nas últimas horas;



8. Comunique ao médico regulador os sinais vitais da gestante, quais suas queixas, o posicionamento da criança seu BCF e se há necessidade de punção venosa periférica com instalação de venóclise com Solução de Ringer Lactato ou prescrição de glicose hipertônica;

9. Siga as orientações do médico regulador;

10. Exponha os materiais do Kit Parto (mochila amarela) de forma organizada com fácil visualização dos materiais;

11. Ponha um lençol limpo sobre a maca e sobre ele o 1º campo estéril entre as pernas próximo à pelve da gestante e deixe as compressas à mão para auxiliar na higiene do RN e no seu aquecimento após a saída;

- ✓ Anotar o aspecto do líquido amniótico e descrever a evolução do parto;

Características no líquido amniótico:

- Normal – Claro com grumos;
- Anormal – Verde claro ou escuro

12. Oriente a gestante a fazer força para evacuar, quando sentir a contração sem desespero, peça para ela avisar quando começar a contração;

13. Quando a cabeça coroar, proteger o períneo posterior com compressas para evitar laceração;

14. Apoiar com a mão a cabeça da criança evitando a deflexão brusca da cabeça impedindo traumatismo do períneo anterior

15. Atenção para visualização de circular de cordão, caso ocorra colocar as duas mãos entre o pescoço da criança e o cordão tentando frouxar para que o RN passe o resto do corpo pelo cordão, não retire o pela cabeça, se caso estiver muito apertado coloque dois clamps e corte entre eles com a tesoura soltando do pescoço do RN;

16. Após o desprendimento da cabeça, aguardar que se complete espontaneamente a rotação fetal, encaixe os dedos indicadores e anelar da mão direita e esquerda em forma de pinça no pescoço

do RN ajudando no desprendimento do ombro – abaixamento da cabeça para o ombro anterior e elevação da cabeça para o ombro posterior;

17. Após a saída do RN, deite-o no campo seque imediatamente a cabeça com as compressas a fim de estimulá-lo e aquece-lo e **se necessário** aspire suas vias aéreas com aspirador tipo em baixa pressão;

- ✓ Na presença de mecônio aspire a via aérea do RN e esteja preparado para ventilação de resgate
- ✓ Aspire primeiro a boca, depois as narinas do RN, utilizar sonda de aspiração nº 6 introduzindo no máximo 2 cm

18. Clampeie o cordão umbilical dentro de 1 a 3 min após o nascimento, primeiro sinta o pulso do cordão, ele já deve estar ausente, coloque o clamp de 8 a 10 cm da inserção abdominal, realize uma pequena ordenha no sentido do RN para a puérpera e coloque outro clamp 4 cm após o primeiro, corte entre os clamps;

19. Seque rapidamente o RN e envolva no 2º campo estéril que deve estar em outro local próximo e o aqueça rapidamente, verifique a FC do RN com o estetoscópio na região intermamilar, se a FC < 60 bpm ou entre 60 bpm e 100 bpm, associar a reanimação neonatal imediatamente conforme P07

- ✓ O 2º campo estéril deve estar preparado desta forma: dobre uma manta aluminizada até reduzi-la ao tamanho do campo, coloque a manta dentro do campo para não ter contato direto com o RN.

20. Apresentar o RN para mãe se referindo a ele como do sexo feminino ou masculino

21. Não separar o RN da mãe e estimular amamentação (exceto na ausência de comprovação de sorologias negativas pelo cartão pré-natal);

22. Realize a glicemia capilar no RN coletando a gota de sangue com a lanceta no calcanhar;

23. Coloque pulseira de identificação na puérpera e no RN com documento com foto;

- Nome da mãe;
- Sexo do RN;
- Hora do nascimento;
- Data.

24. Aguarde a saída da placenta (dequitação), sem puxá-la, guarde-a em um saco plástico identificado e a deixe no hospital, a placenta pode sair logo após o RN ou levar até 30 min para dequitar, não é necessário aguardar todo este tempo no local, durante os cuidados com o RN é tempo hábil para a dequitação, se não ocorrer remova a puérpera e o RN ao hospital;

25. Cubra a região vaginal com compressa estéril após a dequitação;

26. Oriente a mãe a estender as pernas e uni-las, sem apertá-las;

27. Faça massagens circulares no sentido horário no abdômen da mãe, na região do útero, para reduzir a hemorragia puerperal e aqueça a puérpera;

28. Caso não haja restrições, estimule a mãe a amamentar o RN o quanto antes (esse método reduz a hemorragia puerperal);

29. Considere fornecimento de oxigênio para o RN e à mãe;

30. Avalie e classifique o RN na escala APGAR 1 minuto após o nascimento, repita isto após 5 e 10 minutos, mesmo durante o transporte;

31. Realize os sinais vitais da puérpera e passe para o médico regulador;

32. Abra uma folha de ocorrência para a puérpera e outra para o RN;

ATENÇÃO: UTILIZAR OS EPI'S ÓCULOS, MÁSCARA E VENTAL (MOTORISTA SOCORRISTA E TÉCNICO DE ENFERMAGEM).

*** Se o cartão pré-natal informar a presença de doença infecto-contagiosa ou risco de galactosemia (intolerância ao leite), ou se não houver cartão pré-natal, não estimule o aleitamento materno**

b. Parto anormal

I. Sinais e sintomas

1. Apresentação pélvica do RN no ato do parto (as nádegas ou ambos os membros inferiores apresentam-se primeiro);
2. Apresentação invertida (nasce um braço ou uma perna primeiro);
3. Prolapso do cordão umbilical;
4. Presença de mecônio no líquido amniótico;
5. Nascimento múltiplo;
6. Crise convulsiva no trabalho de parto;
7. Parto prematuro;
8. Natimorto;

II. Conduta

1. Segue-se conduta similar à assistência ao parto normal;
2. Aguarde o parto progredir naturalmente sem jamais puxar o RN;
3. Em parto pélvico, colocar a parturiente “de quatro” (técnica do parto pélvico com quatro apoios), a parturiente deve fazer força quando sentir a contração, não tocar no RN de forma alguma, aguardar a completa saída e dar o apoio apenas quando estiver praticamente fora da vagina;
4. Quando há apresentação de um dos membros primeiro, auxilie puxando levemente os membros, um de cada vez, com os dedos. Quando chegar na região do pescoço, utilizar o dedo anelar e o indicador em “V” para abaixar o RN introduzindo os dedos na vagina, colocando os dedos sobre o osso zigomático do RN evitando que o RN levante a cabeça. Realize essa manobra também no parto pélvico;
5. Em caso de prolapso do cordão, mantenha a mãe na posição genupeitoral, crie uma via respiratória para o RN utilizando os dedos para abrir a vagina, aliviando a pressão sobre o cordão e cubra o cordão com compressa úmida em soro fisiológico 0,9%. A remoção deve ser imediata não retire os dedos até chegar no centro obstétrico;
6. Em nascimentos múltiplos, a conduta será a mesma que em parto normal, devendo-se clampar e cortar o cordão umbilical do primeiro RN antes do nascimento do próximo;

a. Nascimento de prematuros também tem conduta semelhante ao parto normal, ressaltando-se a necessidade de se aquecer o RN;

- ✓ Aquecimento do RN: O RN prematuro não deve ser seco, mantê-lo com o vénix e envolve-lo em um saco branco deixando o rosto exposto e depois no campo preparado com a manta aluminizada

b. Em caso do RN nascer com PCR, inicie as manobras de RCP conforme protocolo P07, apenas no caso de natimorto (bolhas, odor forte e desagradável, etc.) não realizar RCP

- ✓ Apesar das diretrizes de reanimação do RN prematuro dizerem que diante de peso inferior a 400g e idade gestacional inferior a 23 semanas não se realiza reanimação, o SAMU deve remover o RN em reanimação para que no hospital seja avaliado pelo pediatra esta condição de peso e idade gestacional.

c. Em todos os casos, mantenha administração de O2 para a mãe;

d. Dê apoio emocional à mãe;

e. Monitorar sinais vitais e nível de consciência da mãe e do RN;

c. Hemorragia pré-parto

I. Sinais e sintomas

1. Surgimento de hemorragia vaginal excessiva (metrorragia) antes do momento do parto;
2. Indícios de estado de choque (fraqueza, tonteira, sede, ansiedade, taquipnéia, taquicardia, pele pálida, fria e úmida, etc.);
3. Ausência de movimentação fetal;
4. Comunicar a Regulação médica aguardar conduta

II. Conduta

1. Verificar a genital feminina, visualizando canal vaginal para mensuração aproximada da quantidade do sangramento;
2. Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo;
3. Manter as vias aéreas pérvias;
4. Administre oxigênio em caso de sinais de estado de choque;
5. Aquecer a vítima com manta aluminizada em caso de grandes hemorragias;
6. Cubra a região vaginal com lençol limpo (não se deve introduzir nada no canal vaginal);
7. Não ofereça nada para a gestante ingerir;
8. Monitorar sinais vitais e nível de consciência;
9. Comunicar a Regulação Médica.
10. Estar preparado para a necessidade de conduta médica em relação a punção venosa periférica e reposição volêmica.

d. Aborto

I. Sinais e sintomas

1. Cólica, dor e contrações abdominais;
2. Hemorragia vaginal excessiva (metrorragia);
3. Saída de fragmentos de tecidos do feto pelo canal vaginal;
4. Indícios de estado de choque (hipotensão, fraqueza, tonteira, sede, ansiedade, taquipnéia, taquicardia, pele pálida, fria e úmida, etc.);
5. Idade gestacional inferior a 23 semanas;
5. Comunicar a regulação médica e aguardar conduta

II. Conduta

1. Verificar a genital feminina, visualizando canal vaginal para verificação de sangramento ou restos fetais;
2. Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo;
3. Manter as vias aéreas pérvias;
4. Administrar oxigênio em caso de sinais de estado de choque;
5. Aquecer a vítima com manta aluminizada em caso de grandes hemorragias;
6. Cubra a região vaginal com lençol limpo (não se deve introduzir nada no canal vaginal);
7. Não oferecer nada para a vítima ingerir;
8. Dar apoio emocional;
9. Caso saia algum tecido fetal, guardá-lo em saco plástico e levá-lo para o hospital junto com a mãe;
10. Monitorar sinais vitais e nível de consciência;
11. Estar preparado para a necessidade de conduta médica em relação a punção venosa periférica e reposição volêmica.
12. Comunicar a Regulação Médica.

***Em caso de suspeita de aborto provocado, deve-se considerar sinais e sintomas de intoxicação exógena e seguir o protocolo de intoxicação P017**

P015 - ABDOME AGUDO

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Reconhecimento

- ✓ Dor abdominal de aparecimento súbito e não traumático geralmente referenciado como a queixa principal do paciente.

b. Sinais e sintomas

- ✓ Dor referida em todo abdome ou em região específica
- ✓ Palidez acentuada
- ✓ Náuseas e vômitos
- ✓ Taquicardia ou Bradicardia
- ✓ Taquipnéia ou Dispnéia
- ✓ Sudorese fria
- ✓ Febre (entre 37,5 °C a 40°C.)
- ✓ Dor abdominal à palpação no exame físico
- ✓ Abdome contraído, globoso ou escavado
- ✓ Defesa muscular abdominal no exame físico

c. Conduta

- ✓ Administre O2
- ✓ Realize os sinais vitais e comunique a regulação médica
- ✓ Mantenha o paciente em posição de conforto (decúbito dorsal, semi-reclinado ou posição fetal)
- ✓ Aqueça o paciente no caso de hipotermia
- ✓ Ofereça apoio emocional
- ✓ Remova para o Hospital com o paciente estabilizado

P016 - EMERG. PSIQUIÁTRICAS E COMPORTAMENTAIS

a. Conduta

- I. Determine se a cena é segura. Se não, afaste-se e solicite apoio do 190;
- II. Tente estabelecer um diálogo com o paciente;
- III. Dialogue com técnica:
 - ✓ Use um tom calmo, direto e enfático;
 - ✓ Apresente claramente os limites e opções do paciente;
 - ✓ Respeite seu espaço pessoal;
 - ✓ Tente estabelecer uma relação de confiança;
 - ✓ Uma única pessoa deve estabelecer a comunicação e ter a atenção do paciente;
 - ✓ Não adote uma postura de confronto;

b. Considere outras causas de comportamento anormal

- ✓ Hipóxia, hipoperfusão, hipoglicemia;
- ✓ Abuso de álcool ou drogas;
- ✓ AVC, TCE, estágio pós-comicial, etc

c. Conduta

- ✓ Fazer contato com a Regulação médica e comunicar a necessidade de contenção mecânica seguir protocolo de contenção P046
- ✓ Contenha mecanicamente o paciente apenas se for necessário. Utilize ataduras próprias para este procedimento ou outro meio que não cause lesões para imobilizar o paciente na maca somente se o mesmo oferecer perigo para si, para a equipe e para outras pessoas.
- ✓ Use prancha longa para imobilizar em lugar de difícil acesso. Deite o paciente na maca central da Unidade Móvel e nela imobilize os quatro membros. Após, confirme se não há prejuízo para a respiração e circulação.
- ✓ Se o paciente está cuspidando na equipe posicione uma máscara de tecido (EPI) na face dele.
- ✓ Coloque o paciente em uma posição de conforto, se possível.
- ✓ Não coloque o paciente em posição prona (decúbito ventral) na maca, procure elevar o decúbito.

***Se após a contenção mecânica o paciente permanece agitado ou violento, ofereça O2 em máscara facial. Considere hipóxia.**

- a. **Mantenha a contenção mecânica durante o transporte.**
- b. **As razões pelas quais foi necessária a contenção mecânica do paciente devem estar muito bem descritas no relatório.**
- c. **A contenção mecânica deve ser comunicada a necessidade para o médico regulador sob sua autorização.**
- d. **Ao chegar ao hospital as ataduras próprias para contenção pertencentes ao SAMU devem ser substituídas imediatamente para que não haja perda do material.**
- e. **Diante da impossibilidade de verificação dos sinais vitais d vítima instale o oxímetro digital de pulso e faça uma anotação pela falta de condições de realizar os mesmos.**

017 - ENVENENAMENTO E INTOXICAÇÃO

a. Promova a segurança da cena

- ✓ Não entre em locais confinados ou com atmosfera tóxica sem EPI apropriado para espaços confinados
- ✓ Tente identificar a substância tóxica através do **MANUAL DE PRODUTOS PERIGOSOS**
- ✓ Solicite apoio, se necessário, do Corpo de Bombeiro;
- ✓ Realize um contato com o solicitante antes de chegar ao local, oriente a se afastar do local e da exposição do produto indo para um local ventilado longe da exposição do sol

b. Sinais e sintomas

- ✓ Tonturas;
- ✓ Náuseas;
- ✓ Cefaleia;
- ✓ Vômitos;
- ✓ Formação excessiva de saliva ou espuma na boca;
- ✓ Estado mental alterado, podendo chegar à inconsciência;
- ✓ Alterações pupilares (contraída ou dilatada);
- ✓ Dor abdominal;
- ✓ Aumento da frequência cardíaca;
- ✓ Padrões respiratórios anormais e dispneia;
- ✓ Espasmos musculares;
- ✓ Erupção cutânea;
- ✓ Lacrimejamento;
- ✓ Diarreia;
- ✓ Podem ocorrer pruridos e ardência na pele;
- ✓ Vermelhidão cutânea;
- ✓ Choque anafilático.

c. Conduta

- ✓ Mantenha as vias aéreas pérvias;
- ✓ Forneça O₂ em alta concentração se o nível de consciência estiver alterado, encurtamento da respiração, dificuldade respiratória ou paciente tossindo.
- ✓ Comunique a Central de Regulação Médica tendo o máximo de informações possíveis das descritas a seguir:

1. **O que** – especifique a toxina e a quantidade envolvida:
 - ✓ Se possível, leve com segurança para o hospital o frasco do comprimido envolvido;
 - ✓ Não transporte “produto perigoso”, apenas medicamentos.
2. **Quando** – tempo de exposição;
3. **Por quê** – a causa da exposição (acidente, etc).
4. **Onde** – identifique o ambiente da exposição (local confinado, indústria, silos, plantações, etc).
 - ✓ Trate toxinas específicas baseado em cuidados específicos

1. Substâncias ingerível

- a. Não dê nada para o paciente beber;
- b. Não induza vômito;

2. Substâncias inaláveis

- a. Retire o paciente do ambiente tóxico (usando EPI);
- b. Trate os sintomas: vômito, tosse, decréscimo do nível de consciência, etc;
- c. Ventile, se necessário;
- d. Monitore com oxímetro de pulso, exceto em caso de intoxicação por monóxido de carbono ou cianeto, em que a leitura é falsa.

3. Substâncias absorvíveis

- a. Remova as roupas contaminadas;
- b. Lave a área contaminada copiosamente, ao menos por 20 min e continue em rota para o hospital, após verificar se o produto não tem reação à água
- c. Líquidos – lave abundantemente, mas sem contaminar áreas corporais não afetadas;
- d. Pós – usando EPI, raspe os resíduos da pele e lave com água abundante o que permanecer;
- e. Olhos expostos a líquidos ou pós – lave o olho afetado com soro fisiológico abundantemente, do nariz para a orelha.

Transporte o aciente na posição semi-reclinado ou sentado, se possível

ESTEJA PREPARADO PARA UMA PCR

P018 - ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS

a. Sinais e sintomas

1. Depressão do sistema nervoso (sonolência, coma, letargia e diminuição da resposta à dor);
2. Tremores (principalmente se a vítima está sofrendo de abstinência), abstinência acompanhada à dor;
3. Problemas digestivos que incluem gastrite, vômito, sangramento e desidratação;
4. Respiração excessivamente lenta ou ausente, crises convulsivas do tipo grande mal;
5. *Delirium tremens*;
6. Distúrbios visuais, confusão mental e falta de coordenação muscular;
7. Comportamento desinteressado;
8. Perda de memória e alucinações (vultos e vozes).
9. Odor característico (no caso de álcool).

b. Conduta

Geral – Para todos os pacientes

1. Fique alerta para obstrução de vias aéreas e problemas respiratórios
2. Esteja pronto para aspirar e permeabilizar vias aéreas se o paciente perder a consciência, entrar em crise convulsiva ou vomitar.
3. Auxilie o paciente durante o vômito, lateralizando-o e aspirando-o.
4. Previna o choque. Ofereça O2 e aqueça o paciente.

Paciente consciente

1. Chame o paciente pelo nome
2. Identifique e trate a queixa principal
3. Posicione o paciente na posição de segurança (sentado ou lateralizado) para evitar a aspiração de vômito.
4. Não deixe o paciente ferir a si mesmo.
5. Fique alerta à mudança de comportamento e a necessidade de contenção seguir o protocolo P016 e P046
6. Se estiver inconsciente, comunique a Central de Regulação Médica e examine os bolsos da vítima e ao seu redor para procurar evidências de medicamentos, que podem complicar o quadro de forma significativa.
7. Passar todas as informações para a regulação médica, estabilizar o paciente para um transporte seguro.

Paciente em overdose

1. Esteja preparado para uma parada cardíaca. Monitore os sinais vitais constantemente; sua prioridade principal é manter as vias aéreas desobstruídas.
2. Não entre em pânico; trate a vítima com calma. Se ela estiver inalando uma substância tóxica ou estiver em perigo iminente, retire-a do local.
3. Se o paciente estiver consciente, tente sentá-lo ou deitá-lo. Não tente contê-lo, a não ser que ela represente uma ameaça.
4. Estabilize e, mantenha as vias aéreas desobstruídas. Remova qualquer corpo estranho da boca ou da garganta que possa ameaçar a respiração, incluindo próteses dentárias, sangue, muco ou vômito.
5. Administre respiração artificial, se necessário.
6. Monitore os sinais vitais frequentemente; vítimas de overdose podem estar conscientes em um dado momento e entrar em coma em seguida ou apresentar crise convulsiva. Em caso de complicações respiratórias ou cardíacas (vasoconstrição da coronária), trate imediatamente qualquer condição que ponha a vida da vítima em risco.
7. Fique alerta às reações alérgicas.
8. Reduza os estímulos ao máximo; diminua a iluminação e leve-o para o hospital de referência.
9. Explique com cuidado cada etapa de tratamento para ajudar a reduzir a paranoia.

a. Conduta

- i. Pacientes conscientes sem suspeita de Trauma Raqui Medular devem ser conduzidos na posição semi-sentado.
- ii. Pacientes inconscientes e/ou com suspeita de Trauma Raqui Medular devem ser transportados na posição supina;
- iii. O paciente deve realizar o mínimo de esforço. Sempre que for necessário movimentá-lo, os socorristas devem fazê-lo.

Informe qualquer sinal de sangue no vômito (sangue vermelho-vivo no vômito pode ser sinal de ruptura de vasos sanguíneos no estômago ou no esôfago).

P019 - TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE)

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas

1. Cortes profundos ou lacerações no couro cabeludo;
2. Inconsciência ou redução do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow);
3. Exposição de massa cefálica;
4. Ferimento penetrante na cabeça (arma de fogo, arma branca, objetos encravados);
5. Edema, saliências, deformidade ou fragmentos ósseos na superfície craniana;
6. Sinal de Guaxinim (hematoma periorbitário) ou Sinal de Battle (equimose retro-auricular);
7. Diâmetros pupilares desiguais (anisocoria);
8. Pupilas com reação lenta ou nula à luz
9. Sangramento pelo nariz (rinorragia) e/ou pelos ouvidos (otorragia) ou saída de líquido (fluido claro) também pelos ouvidos ou nariz;
10. Fraqueza (paresias) ou formigamento (parestésias) em um lado do corpo;
11. Alteração dos sinais vitais;
12. Náuseas e vômito, quando conjugados com os outros sinais/sintomas específicos do TCE
13. Crise convulsiva quando conjugada com outros sinais/sintomas específicos;
14. Cefaléia e/ou dor no local da lesão.

b. Conduta

1. Estabilização cervical manual/mecânica
2. Manter as vias aéreas pervias. Em vítimas inconscientes, com controle cervical tração da mandíbula sem elevação da cabeça (JAW THRUST);
3. Utilizar cânula orofaríngea (COF) em vítimas com ECG ≤ 8 , sem reflexo de vômito;
4. Administrar oxigênio com máscara facial e bolsa reservatória com vazão superior a 10 l/min;
5. Aspirar orofaringe em caso de vômito e/ou hemorragias nas vias aéreas superiores (rinorragia e/ou otorragia);
6. Se a vítima apresentar Sinal de Battle ou Equimose Periorbital Bilateral não realizar aspiração nasal profunda apenas superficial
7. Controlar hemorragias com curativos oclusivos; cuidado com curativos compressivos diante da possibilidade de fragmentos ósseos
8. Estabilizar objetos encravados com compressas volumosas sem removê-los;
9. Não impedir saída de líquido e/ou sangue do nariz (rinorragia) ou ouvidos (otorragia);
10. Realizar o teste de Duplo Halo para identificar a presença de líquido
11. Aquecer a vítima com manta aluminizada;
12. Considerar estado de choque;
13. Considerar possível PCR
14. Monitorar sinais vitais e nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow)
15. Comunicar a Regulação Médica, o estado geral, escala de Glasgow, escala de trauma e sinais vitais e seguir orientações.

FIQUE ATENTO: a bradicardia, a hipertensão e a bradipnéia associadas nos casos de TCE, são chamadas de Síndrome de Cushing, um sinal grave de aumento da Pressão Intracraniana (PIC). O aumento da PIC diminui o fluxo sanguíneo cerebral (FSC). A diminuição do FSC resulta em isquemia cerebral.

P020 - TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM)

a. São eventos presumivelmente relacionados à TRM

1. Ejeção do veículo;
2. Morte de outro passageiro do mesmo veículo;
3. Queda superior a 1 metro de altura ou 5 degraus de uma escada, especialmente se cabeça e/ou dorso colidem com superfície rígida;
4. Capotamento de veículo;
5. Colisão a alta velocidade;
6. Atropelamento;
7. Acidente com motocicletas e bicicletas;
8. Inconsciência ou alteração do estado mental após trauma;
9. Trauma penetrante na cabeça, tórax ou abdome.
10. Mergulho em água rasa

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas

1. Lesões ocultas - relacione o local com o paciente e avalie a transferência de energia;
2. Histórico de lesão ou anormalidade na coluna;
3. Trauma significativo acima das clavículas;
4. Perda de sensibilidade em extremidades;
5. Paralisia (perda de movimento ou função) de membro;
6. Fraqueza ou paresia de extremidades
7. Dor na região cervical
8. Sinais e sintomas de paraplegia e tetraplegia;
9. TCE;
10. Hipotensão mesmo após infusão venosa (choque neurogêncio)
11. Priapismo

b. Conduta

Realize protocolo de trauma raquimedular sempre na evidência de lesão ou suspeita, a imobilização deve ser realizada na posição em que a vítima se encontrar, de pé, sentada ou deitada. Mantenha a coluna cervical imobilizada. Primeiro manualmente, depois por meio de KED (ANEXO O) se for necessário, ou “manobra de rauteck”, prancha longa; Aplique o colar cervical do tamanho apropriado; Imobilize na posição encontrada se:

1. Resistência
2. Espasmos dos músculos do pescoço
3. Aumento da dor
4. Parestesia (formigamento) durante o posicionamento do pescoço
5. Comprometimento das vias aéreas ou respiração
6. Mantenha a via aérea pérvua, assista a respiração, avalie a circulação e procedam as intervenções se necessário; JAW-THRUST
7. Administre O2 conforme protocolo;
8. Fique atento a possibilidade de Parada Respiratória;
9. Imobilize inicialmente com o KED se o paciente estiver sentado; após, imobilize-o em prancha longa;
10. Imobilize o paciente em prancha longa se o mesmo estiver em pé ou deitado;
11. Não eleve as pernas do paciente, nem a prancha longa, ainda que em estado de choque;
12. Aqueça o paciente (manta aluminizada)
13. Comunique a Central de regulação o estado geral, escala de glasgow, escala de trauma, sinais vitais e siga orientações.

***Em crianças pequenas utilize coxins sob suas costas para manter a coluna cervical na posição neutra.**

***Não utilize KED em pacientes encarcerados instáveis. Faça retirada rápida (Manobra de Rauteck)**

P021 - TRAUMA TORÁCICO

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas

1. Dor localizada em segmento do tórax;
2. Dor em inspiração profunda;
3. Edema, saliências, deformidade ou fragmentos ósseos na região torácica;
4. Movimento paradoxal na ventilação quando há tórax instável (duas ou mais costelas adjacentes são fraturadas, em pelo menos dois pontos);
5. Dilatação das veias jugulares – no pneumotórax hipertensivo;
6. Dificuldade respiratória (dispnéia);
7. Padrões anormais de ventilação (taquipnéia, bradipnéia, ou respiração superficial - que são movimentos respiratórios curtos, etc.)
8. Coloração azulada (cianose) dos lábios e extremidades;
9. Desvio de traquéia – no pneumotórax hipertensivo;
10. Saída de bolhas (ar e sangue) em ferimentos abertos no tórax e nas vias respiratórias;
11. Vítima reclama de gosto de “ferrugem” na boca (hemorragia interna) a até a eliminação de sangue por meio da tosse;
12. Formigamento (parestesias) em extremidades;
13. Diminuição do murmúrio vesicular.

b. Conduta

1. Estabilização cervical manual/mecânica;
2. Manter as vias aéreas pérvias. Em vítimas inconscientes, considerar abertura das vias com controle cervical (JAW-THRUST)
3. Caso não haja indícios de TCE/TRM, elevar a cabeça da maca (posição de ortopnéia);
4. Considere assistência ventilatória com uso de BVM;
5. Aspire orofaringe e narinas em caso de vômito e/ou hemorragias nas vias aéreas superiores (rinorragia e/ou otorragia);
6. Estabilize objetos encravados com compressas volumosas sem removê-los, conforme Protocolo de ferimentos específicos para objetos empalados;
7. Em trauma aberto, aplique “curativo oclusivo” específico; **curativo de três pontas.** (ANEXO P)
8. Em tórax instável (afundamento de tórax) aplique curativo volumoso, que inclua o segmento lesado;
9. Estabilize o segmento instável (que se move paradoxalmente durante as respirações) por meio de curativos volumosos afixados com esparadrapos ou bandagens;
10. O curativo não deve impedir a expansão torácica;
11. Comunique a Central de regulação o estado geral, escala de glasgow, escala de trauma, sinais vitais e siga orientações

***Forneça O2, conforme protocolo e previna o estado de choque.**

P022 - TRAUMA ABDOMINAL

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas

1. Vômito contendo sangue (hematêmese);
2. Trauma (aberto, fechado, penetrante) no abdômen;
3. Objetos encravados no abdômen;
4. Rigidez e/ou dor abdominal;
5. Hemorragia vaginal ou pelo reto;
6. Exposição de órgãos da parede abdominal (evisceração);
7. Índícios de estado de choque (fraqueza, tonteira, sede, ansiedade, taquipnéia, taquicardia, pele pálida, fria e úmida etc.) sem causa aparente;

b. Conduta

1. Posicione a vítima em posição supina, sempre que possível;
2. Mantenha as vias aéreas pérvias;
3. Administre oxigênio em caso de sinais de estado de choque;
4. Aqueça a vítima com manta aluminizada;
5. Em ferimentos abertos sem evisceração, controle a hemorragia com curativo compressivo;
6. Em ferimentos abertos com evisceração, cubra os órgãos exteriorizados com bandagem estéril e úmida (com soro fisiológico 0,9%) e cubra com plástico para reter o calor;
7. Estabilize objetos encravados com compressas volumosas sem removê-los;
8. Não ofereça nada para a vítima ingerir;
9. Remova roupas molhadas (água, sangue, etc.) da vítima para prevenir hipotermia;
10. Monitore sinais vitais e nível de consciência.
11. Comunique a Central de regulação o estado geral, escala de glasgow, escala de trauma, sinais vitais e siga orientações.

***Jamais tente recolocar as vísceras expostas dentro da cavidade abdominal devido ao risco de infecção e de morte.**

P023 - TRAUMA PÉLVICO E GENITAL

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas:

1. Queixa de dor na pelve;
2. Edema progressivo, escoriações e hematomas na pelve;
3. Ferimentos pélvicos abertos com evidências de fratura;
4. Deformidade pélvica;
5. Rotação do membro inferior (interno ou externo);
6. Presença de sangue na urina (hematúria);
7. Crepitação à palpação;
8. Hipotensão sem causa aparente;
9. Outros indícios de estado de choque sem causa aparente;
10. Objetos encravados na pelve;
11. Hemorragia vaginal ou pelo reto.

b. Conduta

1. Posicione a vítima em decúbito dorsal, sempre que possível;
2. Mantenha as vias aéreas pérvias;
3. Forneça oxigênio;
4. Realize palpação suave na pelve durante a avaliação física (latero-lateral, antero-posterior e em sínfise púbica).
5. Em ferimentos abertos sem evisceração, controle a hemorragia com curativo compressivo;
6. Em ferimentos abertos com evisceração, cubra os órgãos exteriorizados com bandagem estéril e úmida (com soro fisiológico 0,9%) e cubra com plástico para reter o calor;
7. Estabilize objetos encravados com compressas volumosas sem removê-los;
8. Em caso de hemorragia vaginal, cubra-a com compressas (não se deve introduzir nada no canal vaginal);
9. Remova roupas molhadas (água, sangue, etc.) da vítima para prevenir hipotermia;
10. Aqueça a vítima com manta aluminizada;
11. Não ofereça nada para a vítima ingerir;
12. Monitore sinais vitais e nível de consciência;
13. Com indícios de fratura pélvica, realize imobilização de quadril com técnica adequada
14. Em caso de sangramento no pênis não realizar garrote ou curativo compressivo
15. Comunique a Central de regulação o estado geral, escala de glasgow, escala de trauma, sinais vitais e siga orientações.

***O exame físico da pelve (que é feito com palpações suaves) deve ser realizado somente uma vez, pois repetidas exames podem agravar a situação da vítima**

***Na expressão para identificar a fratura de quadril usa-se a região palmar das mãos cada uma em uma crista ilíaca ao mesmo tempo no sentido de fora pra dentro uma única vez**

***O sangramento vaginal e no pênis já é indicio de fratura de pelve, proceder com a imobilização adequada**

P024 - CHOQUE ELÉTRICO

a. Conduta

1. Garanta a segurança de todos os envolvidos na cena;
2. Acione outros órgãos, com concessionárias de energia, Polícia Militar, CET, quem for necessário para deixar a cena segura, desligando a fonte de energia ou afaste o paciente (com segurança) desta fonte, antes de iniciar o atendimento;

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Efeitos da corrente elétrica no corpo:

1. Alteração do nível de consciência;
2. Dispneia;
3. Lesões associadas com trauma (quedas, ejeções, etc.);
4. Queimaduras;
5. Laceração;
6. Amputação traumática;
7. Hemorragia decorrente de lesões associadas;
8. Parada Cardiorrespiratória.

b. Conduta

1. Mantenha vias aéreas pérvias;
2. Comunique a Central de regulação o estado geral, escala de glasgow, escala de trauma, sinais vitais e siga orientações.
3. Monitore o esforço respiratório e esteja preparado para assistência ventilatória;
4. Se necessário, forneça oxigênio;
5. Se possível, localize o ponto de entrada e de saída da corrente elétrica (para posterior tratamento da lesão);
6. Retire o calçado
7. Avalie a queimadura, se houver, e a trate conforme protocolo P030;
8. Previna estado de choque;
9. Trate parada cardiorrespiratória, caso haja;
10. Trate as lesões potencialmente associadas ao choque elétrico conforme os protocolos específicos (fraturas, hemorragias, TCE, TRM, etc.).

***Choques elétricos podem causar parada cardiorrespiratória. Mesmo que o paciente pareça estável, esteja preparado para complicações que envolvam vias aéreas ou circulação. Monitore o paciente com DEA.**

***Não toque na vítima antes que o circuito tenha sido interrompido.**

***Em choques elétricos, nem sempre as queimaduras são o problema mais grave. Arritmias cardíacas, danos ao Sistema Nervoso Central (SNC), traumas a órgãos internos e até mesmo fraturas podem ocorrer.**

P025 - FERIMENTOS ESPECÍFICOS

* Diante destas ocorrências devem ser verificados os sinais vitais, realizado a estabilização do ferimento conforme o protocolo e comunicado a regulação médica a Classificação do Choque, Escala de Trauma e Glasgow conforme protocolos e aguardar conduta do médico regulador para estabilização dos quadros de choque para um transporte seguro.

a. Amputação

i. Sinais e sintomas

1. Evidente falta do membro
2. Dor no membro amputado (dor fantasma)
3. Sangramento excessivo, discreto ou ausente

ii. Conduta

1. Ponha o paciente deitado, em uma posição de conforto, se não há suspeita de TRM;
2. Limpe a superfície do coto do membro amputado, mas não esfregue;
3. Nunca complete uma amputação parcial;
4. Contenha a hemorragia, conforme protocolo P026;
5. Coloque o membro amputado, ou parte dele em um recipiente envolto com gaze estéril embebida com soro fisiológico dentro de um recipiente estéril (de preferência);
6. Não coloque a parte amputada em contato direto com gelo;
7. Não imersa a parte amputada diretamente em solução salina;
8. Coloque o recipiente com o membro amputado dentro de outro recipiente com gelo, mas não use gelo seco;
9. Imobilize conforme protocolo P028 a parte amputada para evitar lesões adicionais;
10. Transporte a parte amputada com o paciente;
11. Trate o choque, induza à hemostasia conforme protocolo P026 e ministre O2;

***O transporte do paciente não deve ser atrasado para se procurar a parte amputada. Oriente quem ficou na cena de como preservar e encaminhar a parte amputada para o hospital de referência.**

b. Avulsão

i. Sinais e sintomas

1. Ferimento em que parte de tecidos é arrancado do corpo;
2. Dor e hemorragia intensa;

ii. Conduta

1. Adote os mesmos procedimentos para amputação

c. Ferimentos abertos: laceração, escoriação, incisão e punção

i. Sinais e sintomas

1. Sangramento e dor local ou irradiando (conforme local e profundidade);

ii. Conduta

1. Exponha a ferida, retire ou corte as roupas do paciente;
2. Limpe a superfície ferida. Retire objetos sólidos macro, de preferência com pinça, mas não tente desbridamento nem lavá-la.
3. Controle a hemorragia protocolo P026
4. Mantenha o paciente deitado e calmo. Não aumente a circulação.
5. Previna o choque e forneça oxigênio.

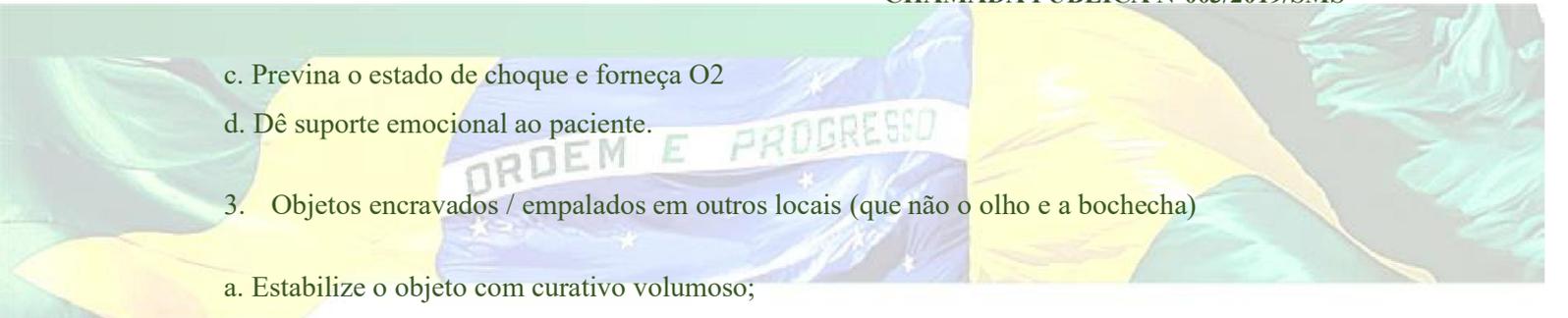
d. Objetos encravados e empalados

i. Sinais e sintomas

1. Objetos encravados são aqueles que penetram a pele e se fixam criando orifícios não naturais ao corpo.
2. Objetos empalados são aqueles que penetram por orifícios naturais do corpo e nele permanecem.

ii. Conduta

1. Objetos encravados na bochecha com hemorragia profusa ou dificultando a respiração.
 - a. Remova objetos encravados se isto puder ser feito sem resistência;
 - b. Se objeto estiver em estruturas mais profundas (palato) imobilize-o no lugar;
 - c. Mantenha vias aéreas abertas, facilitando a drenagem da boca.
 - d. Contenha hemorragia com compressa entre os dentes e a bochecha e faça curativo externamente;
 - e. Considere a possibilidade de dentes soltos e outros objetos sólidos na boca do paciente e os retire;
 - f. Prepare-se para realizar aspirações.
2. Objetos encravados no olho
 - a. Estabilize o objeto com curativo estéril e rolos de ataduras. Cubra-o com um copo firmemente fixado para impedir toques e movimentações.
 - b. Cubra o olho não afetado;

- 
- c. Previna o estado de choque e forneça O2
 - d. Dê suporte emocional ao paciente.
 3. Objetos encravados / empalados em outros locais (que não o olho e a bochecha)
 - a. Estabilize o objeto com curativo volumoso;
 - b. Não remova o objeto, a menos que esteja impedindo a RCP;
 - c. Previna o estado de choque e forneça O2;
 - d. Dê suporte emocional ao paciente.
 4. Objeto estacionário ou fixo encravado / empalado
 - a. Acione o Corpo de Bombeiros;
 - b. Se não possível cortar, tente transportá-lo com o paciente;
 - c. Imobilize o objeto com curativo volumoso.

***Em caso de objeto encravado no tórax, que presumivelmente atingiu o coração, que esteja movimentando-se de forma rítmica, conforme os batimentos cardíacos, não o imobilize. Deixe-o “pulsar” com o coração.**

P026 - HEMORRAGIA

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Hemorragia interna

i. Sinais e sintomas

1. Sangramento por orifícios naturais do corpo
2. Vômito com sangue (hematêmese) ou tosse contendo sangue (hemoptise);
3. Trauma (aberto, fechado, penetrante) em tórax, abdômen ou pelve;
4. Rigidez e/ou dor abdominal;
5. Hemorragia vaginal (metrorragia) ou pelo reto;
6. Fraturas em ossos longos;
7. Indícios de estado de choque (fraqueza, tonteira, sede, ansiedade, taquipnéia, taquicardia, pele pálida, fria e úmida, hipotensão, alteração da consciência, etc.) sem causa aparente.

ii. Conduta

1. Posicionar a vítima em decúbito dorsal;
2. Manter as vias aéreas pérvias;

3. Administrar oxigênio conforme protocolo P044;
4. Aquecer a vítima com manta aluminizada;
5. Remover roupas molhadas (água, sangue, etc.) da vítima para prevenir hipotermia;
6. Imobilizar fraturas conforme P028, caso haja, o quanto antes para reduzir lesões internas;
7. Não oferecer nada para a vítima ingerir;
8. Monitorar sinais vitais e nível de consciência;

b. Hemorragia externa

i. Sinais e sintomas

1. Perda sanguínea (arterial, venosa ou capilar) que saem de pontos de ruptura de tecidos, de origem traumática;
2. Presença de sangue de coloração vermelho vivo, geralmente em jatos sincrônicos (hemorragia arterial);
3. Presença de sangue de coloração vermelho escuro inicialmente com saída contínua (hemorragia venosa);
4. Presença de sangue de coloração de intensidade intermediária aos anteriores, mas com escoamento lento (hemorragia capilar);

ii. Conduta

1. Faça compressão direta com compressa seca e bandagem (tamponamento)
2. Conjugue a elevação do membro com compressão direta, caso esta não tenha sido suficiente (exceto em suspeita de fraturas e TRM);
3. Conjugue a compressão indireta (artéria braquial ou femoral) com os métodos anteriores, caso os mesmos não tenham sido suficientes;
4. Utilize o torniquete apenas nos casos de risco de morte, mesmo que sua aplicação aumente o risco de perder o membro onde foi instalado, da seguinte forma:
5. Utilize torniquete (com manguito do esfigmomanômetro, bandagem não estreita – ao menos 5 cm) ou a faixa SMARSH;
 - a. Coloque o torniquete imediatamente proximal do local da lesão;
 - b. Uma vez administrado o torniquete não o afrouxe mais;
 - c. Mantenha o torniquete exposto;
 - d. Anote o horário de administração e informe aos profissionais de saúde no hospital.
6. Em hemorragia aguda, deve-se sobrepor as compressas sem a remoção da anterior;
7. Administre oxigênio conforme protocolo P044;
8. Aqueça a vítima com manta aluminizada, em grandes hemorragias;
9. Em fraturas expostas, deve-se primeiro conter a hemorragia para depois imobilizar o membro.
10. Todos os parâmetros devem ser passados para a regulação médica, seguir orientação para um transporte seguro

***O sangue pode ficar retido nas roupas da vítima, no chão, areia, grama, etc) A vítima pode ter mudado de local, impedindo ao socorrista ver o volume deixado na cena da hemorragia.**

***Não lave a lesão com soro fisiológico, pois isso favorece o aumento ou retorno da hemorragia. Use compressa seca para remover excesso de detritos da lesão (sem fricção excessiva)**

*** O TORNIQUETE DEVE SER APLICADO SE A TÉCNICA DE TAMPONAMENTO E A TÉCNICA DE COMPRESSÃO DIRETA E ELEVAÇÃO DO MEMBRO FERIDO NÃO SURTIR EFEITO**

CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO HEMORRÁGICO NO ADULTO

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perda Sangüínea (ml)	700 ml	750 - 1500 ml	1500 - 2000 ml	> 2000 ml
Perda Sangüínea (%)	Até 15%	15 -30%	30-40%	> 40%
Frequência de Pulso	< 100	Entre 100 -120	>120	>140
Pressão Arterial	Normal	Normal	Diminuída (PA sistólica)	Muito Diminuída
Frequência Respiratória	14-20	20-30	30-40	>35
Estado Mental	Ansiedade Leve	Ansiedade Moderada	Ansioso e Confuso	Ansioso Letárgico e

***Todos os quadros hemorrágicos no adulto, devem ser classificados pela ESCALA DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO, ESCALA DE TRAUMA ADULTO – RTS, GLASGOW e comunicado a Regulação médica.**

P027 – HEMOSTASIA EM FAV

a. Descrição

FAV – Fístula Arteriovenosa, anastomose realizada em um membro superior entre um vaso venoso e um arterial para punção e instalação de hemodiálise.

b. Intercorrências

A região do membro que se localiza a FAV pode ficar com a pele fragilizada devido ao grande número de punções, principalmente em idosos, esta condição pode acarretar quadros hemorrágicos de difícil contenção já que o paciente hemodialítico faz uso de anticoagulante.

Nos dias em que o paciente passa por sessão de hemodiálise o local da punção pode sangrar com facilidade mesmo horas após o procedimento.

c. Conduta

1. Ao chegar ao local procure conversar com o paciente de forma tranquila passando tranquilidade para ele e para os familiares, convide os familiares para observarem o procedimento dando a todos a orientação sobre como proceder nestes casos.
2. Faça uma “bolinha” bem apertada enrolando uma única gaze e a coloque exatamente sobre o ponto onde esta o sangramento, pressione por cinco minutos.
3. Coloque tiras de fita crepe sobre a “bolinha” sem dar a volta no membro, não utilize esparadrapo ou ataduras.
4. Se for necessário substitua a “bolinha” de gaze por outra até ela ficar limpa.
5. Limpe o restante do membro removendo o excesso de sangue e não retire o curativo.
6. Não verificar a pressão arterial no membro com FAV.
7. Não realizar punção venosa no membro com FAV.
8. **NÃO GARROTEAR O MEMBRO COM FAV**
9. **NÃO REALIZAR TORNIQUETE**
10. A FAV apresenta um “choque” suave chamado de frêmito
11. Anotar o tempo em que o paciente começou a sangrar
12. Verifique os sinais vitais passe para o médico regulador

IMPORTANTE

O paciente que faz hemodiálise não pode perder sua sessão, certifique-se de quando ele vai para a clínica, se for ao mesmo dia não o remova para o hospital, salvo em situações em que ele apresente hipotensão ou se ele realmente quiser ser removido. **(O paciente com FAV não pode ficar hipotenso, pois ele apresenta um risco muito grande de perder a FAV)**. O melhor serviço para resolver o problema do paciente hemodialítico é sua referencia em hemodiálise. Se ele não for fazer hemodiálise remova – o até o hospital para verificar os parâmetros de hematócrito, hemoglobina e coagulograma.

Ninguém melhor do que o próprio paciente sabe sobre sua condição de saúde nestes casos, faça-lhe perguntas sobre a sua última sessão, onde fica seu hospital de referencia, quanto tempo ele tem esta fistula, se tem alguma desligada e em qual local, todas estas informações devem constar no relatório de enfermagem e serem passadas para o enfermeiro do hospital.

Algumas fistulas desligadas possuem **aneurismas** e eles podem romper e sangrar muito, nesses casos realiza-se o curativo compressivo comum e até garroteamento do membro se for necessário (aneurisma de fistula desligada é extremamente doloroso).

P028 - LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS

a. Conduta

- i. Assegure vias aéreas pérvias, respiração e circulação adequadas.
- ii. Mantenha a cabeça e coluna cervical imobilizada manualmente, em caso de mecanismo de lesão significativo, conforme protocolo P01, ou suspeita de TRM.

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

b. Procedimentos comuns a todos os tipos de lesões

- i. Manualmente imobilize a articulação acima e abaixo do local lesionado;
- ii. Avalie pulso, motricidade e sensibilidade distais antes de aplicar talas de imobilização.

***Considere todo ferimento aberto próximo a local de lesão músculo esquelética como possível fratura aberta.**

- iii. Remova ou corte as roupas do membro lesionado;
- iv. Remova relógio e joias da extremidade afetada;
- v. Aqueça a vítima com manta aluminizada a exposição dentro da Unidade Móvel
- vi. Trate hemorragia, se presente. Não faça excessiva compressão, faça o curativo adequado.
- vii. Imobilize o membro lesionado conforme as seguintes diretrizes:

1. Ossos longos

- a. Se o osso está angulado ou a extremidade distal está cianótica ou sem pulso tente alinhar o membro, aplicando tração manual DE APOIO apenas acompanhando o movimento voluntário da vítima antes de imobilizar com talas. Se houver resistência, ou dor pare imediatamente e imobilize na posição encontrada.

***Imobilize fratura exposta (com exposição óssea visível) na posição encontrada**

- b. Meça a tala e a aplique, imobilizando o membro e a articulação acima e abaixo do local lesionado;
- c. Mantenha o pé e a mão em posição funcional (neutra);
- d. Reavalie pulso, motricidade e sensibilidade distais depois de aplicar talas de imobilização.

2. Lesões nas ou próximo às articulações

- a. Aplique estabilização manual;
 - b. Avalie pulso distal antes e depois da aplicação da tala;
 - c. Imobilize o membro na posição encontrada não reposicione a articulação;
 - d. Imobilize uma articulação acima e outra abaixo do local lesionado;
- * As talas devem ser colocadas no tamanho adequado e moldadas de acordo com o posicionamento da lesão e da articulação em posição de conforto**
- * Verifique os sinais vitais, escala de trauma e classificação do choque e passe para o médico regulador**
- *Trate o choque de acordo com a orientação médica para realizar um transporte seguro**
- *Administre O2 conforme protocolo P044**

P029 - LESÕES NA CABEÇA E PESCOÇO

1. HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

Na evidencia de quaisquer uns destes ferimentos devem se realizar o processo normal de atendimento comunicando ao médico regulador o caso de acordo com os protocolos.

a. Lesões nos olhos

i. Conduta

1. Cubra os olhos com curativo oclusivo seco, inclusive o não afetado;
2. Não lave o ferimento em caso de corte ou objeto encravado;
3. Estabilize objeto encravado com várias camadas de gaze/compressas e cubra o objeto com copo plástico, se disponível, para se evitar o toque no mesmo;
4. Em vítimas inconscientes ou desorientadas, deve se prender suas mãos na prancha-longa ou maca para evitar que possam remover o curativo agravando a lesão;
5. Em caso de avulsão do olho, não tente recolocá-lo na cavidade orbital;
6. Não faça compressão direta no globo ocular
7. Trate queimaduras conforme protocolo.

b. Lesões faciais

i. Conduta

1. Não havendo suspeita de TCE ou TRM, mantenha a vítima sentada com a cabeça levemente inclinada para frente, permitindo-se a drenagem de sangue pela boca;
2. Em cortes externos, contenha a hemorragia com curativo compressivo no local;
3. Em cortes internos, contenha a hemorragia com curativo compressivo no local, com uma ponta dele para fora da boca (para facilitar sua retirada se necessário). Deve-se atentar com o risco de aspiração do curativo;
4. Estando a vítima em prancha-longa, utilize o aspirador para garantir as vias aéreas pérvias;
5. Remova próteses dentárias;
6. Caso o objeto encravado obstrua as vias respiratórias;
7. Em avulsão (perda de tecido) use gaze/compressa em abundância sendo a parte avulsionada guardada em um plástico estéril ou gaze, preferencialmente resfriados;
8. Em caso de avulsão de dente em traumas isolados (acidentes domésticos), transporte o dente avulsionado em copo com leite (preferencialmente) ou soro fisiológico, sem tocar na raiz do dente, nem limpá-lo.

c. Lesões em nariz

i. Conduta

1. Não havendo suspeita de TCE ou TRM, ponha a vítima sentada com a cabeça levemente inclinada para frente, apertando-se suas narinas, orientando a respirar pela boca;
2. Mantenha a compressão das narinas pelo tempo necessário para se controlar a hemorragia;
3. Estando a vítima em prancha-longa, utilize o aspirador para garantir as vias aéreas pérvias;
4. Estabilize objetos encravados/empalados sem removê-los e sem obstruir as vias respiratórias;
5. Não oclua as narinas com curativos;

6. Em avulsão (perda de tecido) use compressa em abundância sendo a parte avulsionada guardada em um plástico estéril ou gaze, preferencialmente resfriados.

d. Lesões em orelhas

i. Conduta

1. Em caso de lesão com hemorragia na **orelha**, faça curativo compressivo no local;
2. Em caso de sangramento pelo **ouvido** (otorragia), faça curativo frouxo cobrindo toda a orelha, sem impedir a saída de sangue e líquido;
3. Realizar o teste de duplo Halo para confirmar a presença de líquido;
4. Em lacerações, utilize diversas camadas de compressa começando atrás da orelha e depois na sua frente;
5. Em avulsão (perda de tecido) use compressa em abundância sendo a parte avulsionada guardada em um plástico estéril ou gaze, preferencialmente resfriados.

e. Lesões no pescoço

i. Conduta

1. Mantenha as vias aéreas pérvias;
2. Faça compressão direta no local com a sua mão enluvada;
3. Aplique a pressão necessária para parar o sangramento, mas não pressione ambos os lados ao mesmo tempo;
4. Faça curativo oclusivo com material não aspirável através do ferimento aberto. A borda do curativo deve ultrapassar ao menos 5 cm da borda do ferimento.
5. Coloque uma bandagem sobre o curativo oclusivo;
6. Não permita que a bandagem obstrua as vias aéreas nem a circulação do pescoço;
7. Se o mecanismo da lesão puder causar lesão cervical, imobilize o pescoço com colar cervical.

P030 - QUEIMADURAS

a. Verifique o tipo de queimadura

- i. Térmicas (pelo frio e pelo calor)
- ii. Elétricas
- iii. Químicas

b. Chame o Corpo de bombeiros para retirar a vítima do ambiente hostil;

c. Manter a cena segura.

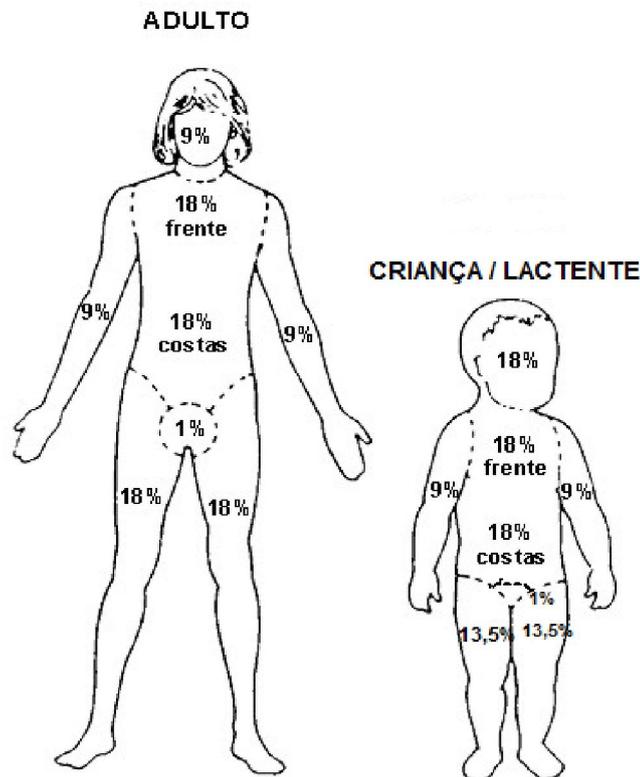
HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Profundidade da queimadura

- i. Primeiro Grau (superficial): atingindo apenas a primeira camada da pele (epiderme); caracteriza-se por ser uma queimadura dolorosa, mas que regride em poucos dias. A pele fica avermelhada.
- ii. Segundo Grau (moderada): queimadura mais profunda (epiderme + derme) causa bolhas (flictenas), eritemas e manchas e é muito dolorosa.
- ii. Terceiro Grau (profunda): pode atingir todas as camadas como tecido gorduroso, músculos, nervos, vasos, ossos e órgãos; aparência esbranquiçada, com tecidos negros e sem vida; não há dor porque as terminações nervosas responsáveis pela sensibilidade à dor foram também queimadas; nas bordas poderá haver queimaduras de primeiro e segundo grau.

b. Extensão de uma queimadura – regra dos 9

- i. Percentual da superfície corporal



c. Aspectos da queimadura

- i. Primeiro Grau (superficial): seca, rubor, edema mínimo ou ausente.
- ii. Segundo Grau (moderada): flictenas, aspecto úmido (exsudativo), aspecto rosado, edema.
- ii. Terceiro Grau (profunda): seca, branca pálida (aspecto de couro) ou carbonizada, rígida e sem elasticidade, destruição total de terminações nervosas, folículos pilosos e glândulas sudoríparas com possível destruição óssea.

d. São queimaduras graves

- i. Em mãos, pés, face, virilha, nádegas, coxas, articulações, que circulem o corpo, que envolvam aparelho respiratório e genitália;
- ii. Em vias aéreas (manifestadas por dificuldade respiratória, dor e pelos nasais chamuscados);
- iii. De 2º e 3º graus em mais que 20% da área do corpo;

iv. Queimaduras elétricas;

iii. Queimaduras associada a:

1. Idade maior de 55 anos e menor 5 anos;
2. Fraturas em ossos longos;

e. Sinais e Sintomas

- i. Primeiro Grau (superficial): dor que suaviza com o frio e hipersensibilidade;
- ii. Segundo Grau (moderada): dor e hipersensibilidade.
- iii. Terceiro Grau (profunda): indolor, edema, choque, possibilidade de porta de entrada e de saída na queimadura elétrica.

***A extensão aparente da lesão tecidual em uma queimadura elétrica, não reflete com exatidão a gravidade da lesão. Trate sempre como grave.**

***Os pacientes queimados podem ter outras lesões e o aspecto da queimadura não pode desviar a atenção dos socorristas de lesões com risco de vida.**

f. Conduta

- i. Exponha o corpo do paciente, removendo as roupas não aderidas à pele. Corte as roupas aderidas a pele.
- ii. Remova anéis, relógios e joalherias imediatamente;
- iii. Determine a área afetada e a profundidade;
- iv. Resfrie a área afetada com soro fisiológico frio, limitando-se a no máximo 10% da área corporal, para evitar hipotermia (a pele queimada perde a capacidade de regular a temperatura corporal);
- v. Cubra a área queimada com compressa estéril umedecido com soro fisiológico;
- vi. Raspe pós químicos e lave abundantemente líquidos, ao menos por 20 min com solução salina e procure saber a natureza química e o tempo de ação de ambos;
- vii. A queimadura deverá ser protegida do ar, do vento e da poeira e outras sujeiras;
- viii. Cubra o olho queimado e o não queimado com compressa de gaze umedecida com soro fisiológico.
- ix. Dedos queimados devem ser separados com gaze;
- x. Em queimaduras elétricas verifique sempre dois possíveis locais de lesão e frequentemente este tipo de queimadura pode levar a vítima a PCR esteja atento para aplicar RCP;
- xi. Não fure nenhuma bolha;

- xii. Trate lesões adicionais;
- xiii. Previna o estado de choque e forneça O2 conforme;
- xiv. Comunique a Central de regulação o estado geral, a extensão da queimadura utilizando o percentual de superfície corporal, escala de glasgow, escala de trauma, sinais vitais e siga orientações.
- xv. Retire o calçado da vítima em caso eletrocussão, avaliando a possibilidade de queimaduras nos pés

***Cuidado ao resfriar paciente pediátrico. Isso pode acelerar o estado de choque**

031 - VIOLÊNCIA SEXUAL

a. Conduta

- ii. Avalie a situação e se necessário acione 190 para apoio;
- iii. Atenção com sua segurança. O agressor pode estar por perto.
- iv. Tente preservar a cena do crime para a atuação da perícia.
- v. Socorrista do mesmo sexo da vítima pode melhor se relacionar com ela se a mesma encontra-se em crise emocional.
- vi. Não expresse julgamento da situação. Mantenha uma atitude de cuidado do paciente.
- vii. Tanto quanto possível, desencoraje a vítima a trocar de roupa, lavar-se, urinar e defecar a fim de preservar evidências.
- viii. Mantenha o fato sobre estrita confidencialidade.
- ix. Tão logo confirme a violência sexual, acione a polícia, se já não foi feito antes.

1. HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Sinais e sintomas

- i. Alterações emocionais: vítima chorosa;
- ii. Lesões faciais com hemorragia profusa são comuns;
- iii. Dor e sangramento no local do abuso;
- iv. Outras lesões difusas.

b. Conduta I

- i. Tranquelize a vítima e forneça apoio emocional;
- ii. Administre O2 se indicado;
- iii. Trate lesões específicas conforme protocolos específicos;
- iv. Havendo sangramento na vagina, faça curativo compressivo. Não introduza compressa no canal vaginal.
- v. Não limpe secreções da área genital e anal.
- vi. Esteja alerta ao choque e trate-o conforme orientação do médico regulador

a. Conduta II

- i. Não relate detalhes do fato próximo a vítima, responsáveis por ela ou parentes; faça o contato com a regulação médica num local reservado
- ii. Se a vítima for menor de idade, a Unidade deve acionar o conselho tutelar nos termos do Art. 12 do ECA, se já não foi feito pelos órgãos policiais.
- iii. Se a vítima for idoso, a Unidade deve acionar as autoridades competentes (Art. 19 do Estatuto do Idoso), se já não foi feito pelos órgãos policiais:

1. Autoridade policial;
2. Ministério Público;
3. Conselho Municipal do Idoso;
4. Conselho Estadual do Idoso;
5. Conselho Nacional do Idoso.

v. Se a vítima for mulher, além dos encaminhamentos acima, acionar a autoridade policial, nos termos da Lei Federal Nº 11.340, de 7Ago06 – Lei Maria da Penha, se já não foi feito pelos órgãos policiais.

***Não tente examinar a área genital e anal, a menos que haja sangramento abundante a ser contido.**

P032 - AFOGAMENTO

TIPOS

É a aspiração de líquido não corporal por submersão ou imersão.

1. Afogamento primário

É o tipo mais comum de afogamento. Ocorre o quadro de asfixia. É encontrado em cerca de 87% dos casos. Não tem causa precipitante. A vítima apresenta cianose e congestão, podendo apresentar espuma em boca e nariz.

2. Afogamento Secundário

É o afogamento causado por patologia ou incidente associado que o precipita. Ocorre em 13% dos casos de afogamento.

3. **Grau Resgate** - Ocorre quando a vítima é resgatada da água e não apresenta tosse ou espuma na boca e/ou nariz.

4. **Já cadáver** - É a morte por afogamento sem chances de iniciar RCP, comprovada por tempo de submersão superior a 1 hora ou sinais evidentes de morte.

Classificação do afogamento

Grau	Consciência	Sinais
1	Sim	Tosse sem espuma na boca / nariz
2	Sim	Pouca espuma na boca / nariz
3	Sim	Grande quantidade de espuma na boca / nariz, com pulso radial.
4	Sim	Grande quantidade de espuma na boca / nariz, sem pulso radial.
5	Não	Parada respiratória, com pulso.
6	Não	Parada cardiorrespiratória e afogamento < 1 hora

JÁ CADÁVER

Afogamento > 1 hora, sinais evidentes de morte.

HISTÓRICO, EXAME FÍSICO e CONDUTA.

* Em todos os casos realizar a escala de glasgow

1. Grau Resgate

Sinais e sintomas

Sem tosse, sem espuma na boca/nariz nem dificuldade na respiração.

Conduta

- a. Avalie e libere do local.

2. Afogamento Grau 1

Sinais e sintomas

- a. Tosse **sem** espuma na boca ou nariz.

Conduta

Repouso, aquecimento e medidas que visem o conforto e tranquilidade do paciente.

Não há necessidade de oxigenação ou hospitalização.

3. Afogamento Grau 2

Sinais e sintomas

- a. Pouca espuma na boca e/ou nariz

Conduta

Oxigênio a 10 litros/min, com máscara de não re-inalação

Aquecimento corporal, repouso e tranquilização.

Encaminhar ao Hospital.

4. Afogamento Grau 3

Sinais e sintomas

- a. Muita espuma na boca e/ou nariz, com pulso radial.

Conduta

Oxigênio a 15 litros/min, com máscara de não re-inalação.

Posição lateral de segurança sobre o lado direito, com cabeça elevada acima do tronco.

Encaminhar ao Hospital.

5. Afogamento Grau 4

Sinais e sintomas

- a. Muita espuma na boca e/ou nariz sem pulso radial

Conduta

Oxigênio por máscara de não re-inalação a 15 litros/min no local do acidente.
Observe a respiração com atenção - pode haver parada respiratória – utilize o oxímetro de pulso.
Posição lateral de segurança sobre o lado direito.
Encaminhar ao Hospital.

6. Afogamento Grau 5

Sinais e sintomas

- a. Parada respiratória **com** pulso carotídeo ou sinais de circulação presente.

Conduta

Verifique o ABC / CAB
Ventilação com BVM com O2 a 15 l/min – utilize oxímetro de pulso.
Após retornar a respiração espontânea - trate como grau 4.
Posição lateral de segurança sobre o lado direito.
Encaminhar ao Hospital.

7. Afogamento Grau 6

Sinais e sintomas

- a. Parada Cardiorrespiratória (PCR).

Conduta

Verifique o ABC / CAB
Reanimação Cardiopulmonar (RCP);
Após sucesso da RCP, com retorno da consciência, trate como grau 4;

Com a vítima já estava fora da água, executa o CAB.
Em afogamento grau 2 a grau 6 aqueça o paciente, forneça O2, previna ou trate o choque.
Passar todo o caso ao médico regulador
Não utilizar o DEA com o paciente molhado
É IMPORTANTE relatar ao médico regulador se o afogamento ocorreu em água doce ou salgada, anotar na folha de ocorrência.
Avalie a possibilidade de TRM por mergulho em água rasa, proceder de acordo com o protocolo.
Além da classificação de afogamento passar para a regulação médica a escala de glasgow

P033 - ACIDENTES DE MERGULHO

(Visão Geral)

Barotrauma:

Qualquer lesão ocorrida em ambiente sob pressão do meio.

Ambiente:

O ambiente físico do mergulho afeta seu corpo e pode resultar em problemas de saúde. Nem todos os médicos estão familiarizados com os sinais e sintomas de doenças de mergulho.

Ar:

Após alguns minutos ou horas respirando gás comprimido (mergulho autônomo ou dependente) a manifestação de sinais e sintomas característicos pode exigir a imediata remoção para um serviço de medicina hiperbárica.

Doença Descompressiva (*Bends*):

Dores articulares, amortecimento, formigamento ou fraqueza são sintomas comuns. Dores nas costas ou abdominais, paralisia, perda do controle de bexiga ou intestino, falta de ar, dores de cabeça, cegueira parcial ou total, confusão mental, dores no peito, tosse e vertigem, são sintomas menos comuns.

Embolia Arterial Gasosa (EAG):

Alteração do nível de consciência, inconsciência, paralisia, fraqueza, confusão mental, dores de cabeça ou qualquer alteração neurológica. Pode estar associado com pneumotórax, enfisema do mediastino e/ou subcutâneo na região do pescoço e tórax. Pode ocorrer em qualquer mergulho respirando gases comprimidos, inclusive em profundidades pequenas, como a 1 metro.

Mal Descompressivo (MD):

Não perca tempo tentando diagnosticar se foi DD ou EAG, trate como mal descompressivo e inicie os primeiros socorros até conseguir um histórico detalhado sobre os fatos e auxílio de um médico hiperbárico.

Os principais sinais e sintomas de doença descompressiva acontecem até 2 horas após o mergulho.

Os principais sinais e sintomas de EAG acontecem até meia hora após o mergulho.

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

Sinais e sintomas

- Constata o acidente a partir dos sinais e sintomas característicos, queixa principal e Escala de Coma de Glasgow.
- Verifique se o paciente respirou debaixo d'água, usando um aparato com ar comprimido:

Se não

O acidente não é relacionado ao mergulho. Transporte ao hospital mais próximo

Se sim

Verifique se os sinais e sintomas são moderados ou graves

(a) Moderados

1. Fadiga
2. Erupção na pele
3. Coceira

(b) Graves

1. Fraqueza fora do normal
2. Dores nas articulações, abdômen e região lombar
3. Tonteira, dificuldade de ver e falar,
4. Paralisia e formigamento
5. Dificuldade de respirar, tosse severa, boca espumante e sangrenta
6. Diminuição ou perda de consciência
7. Convulsões

Conduta

1. Classifique o paciente na Escala de Coma de Glasgow – ECG

Se sintomas são moderados

- (a) Administre O2 a 100%
- (b) Aqueça o paciente
- (c) Deixe o paciente deitado de lado, com corpo nivelado, com a cabeça amparada.
- (d) Administre por via oral líquidos sem álcool, como sucos de fruta, para reidratá-lo.
- (e) Esteja atento para sintomas mais sérios
- (f) Encaminhe ao hospital mais próximo

Se sintomas são graves

- (a) Mantenha uma via aérea aberta
- (b) Caso necessário inicie RCP
- (c) Caso o paciente esteja respirando por si mesmo forneça O2 a 100%
- (d) Aqueça o paciente
- (e) Deixe o paciente de lado, com o corpo nivelado e a cabeça amparada.
- (f) Em caso de convulsões, não contenha o paciente, ampare sua cabeça e pescoço.
- (g) Proteja o paciente do calor excessivo, frio umidade e vapores nocivos.
- (h) Caso o paciente esteja consciente administre por via oral líquidos sem álcool, como sucos de fruta, para reidratá-lo.
- (i) Transporte imediatamente para o hospital mais próximo
- (j) Continue fornecendo O2 durante o transporte mesmo que haja melhora.

2. Mesmo que aplicando os primeiros socorros o paciente apresente melhora, não interrompa o fornecimento de O2 até que o mesmo esteja dentro de um hospital, sendo atendido por um médico. A primeira referência é o hospital mais próximo, sempre.
3. O uso de O2 a 100% para acidentados de mergulho com vítimas respirando, estando conscientes ou não, será sempre com válvula de demanda e sem umidificador, mesmo durante o transporte. Para pacientes em parada respiratória ou cardiorrespiratória será sempre com bolsa válvula-máscara com O2 a 15 l/min, sem umidificador.
4. Nunca deixe um mergulhador acidentado com a cabeça para baixo, cabeça para cima ou sentado. Ficou comprovado que nestas posições ele desenvolve embolia e edema cerebral mais rapidamente.

5. Não coloque a vítima de mergulho em uma aeronave de asa rotativa antes de 12 horas após o mergulho, sem antes fornecer O2 e encaminhar ao hospital mais próximo do local do acidente por ambulância terrestre.
6. O vôo após o mergulho pode provocar doença descompressiva através da produção e expansão de bolhas já existentes, desidratação devido à altitude e induzir a DD, principalmente após um mergulho repetitivo longo e de saturação.
7. Caso seja estritamente necessário o deslocamento pelo ar, o piloto não deverá ultrapassar 500 metros de altitude para o bem-estar do paciente. Se possível, recomenda-se voar entre 245 a 300 metros.

P034 - ANIMAIS PEÇONHENTOS / PERIGOSO

a. Mantenha a cena segura. Acione apoio do CB para salvamento, ou resgate.

Animais peçonhentos são aqueles que produzem ou modificam algum veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na presa ou predador.

Os principais animais peçonhentos são:

- ✓ Serpentes
- ✓ Escorpiões
- ✓ Aranhas
- ✓ Lepidópteros (mariposas e suas larvas)
- ✓ Himenóperos (besouros)
- ✓ Quilópode (lacrarias)
- ✓ Peixes
- ✓ Cnidários (águas – vivas e caravelas)

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

1. SERPENTES

Mais comuns: cascavel, jararaca, surucucu e corais verdadeiras

Nível de lesão: neurotóxica, miotóxica e coagulante

a. Sinais e sintomas

- ✓ Náusea
- ✓ Prostração
- ✓ Sonolência
- ✓ Cefaleia
- ✓ Diplopia e visão turva
- ✓ Midríase
- ✓ Ptose palpebral
- ✓ Afagia
- ✓ Mialgia
- ✓ Astenia
- ✓ Urina escura
- ✓ Insuficiência renal

Os sinais e sintomas estão diretamente relacionados com que tipo de veneno/peçonha foi inoculado no paciente.

b. Conduta

- i. Mantenha o paciente calmo e em repouso;
- ii. Identifique o animal agressor se possível;
- iii. Localize o local da inoculação (identificar com caneta, se possível);
- iv. Lave o local da inoculação com água e sabão neutro;
- v. Colocá-lo na posição semi-sentada;
- vi. Forneça oxigênio;
- vii. Não deixe o paciente se movimentar excessivamente;
- viii. Remova anéis, jóias, braceletes e outros objetos que possam fazer constrição no membro afetado;
- ix. Não corte ou perfure a pele para extrair sangue;
- x. Não aperte, esprema ou aspire o local da inoculação;
- xi. Aplique uma pressão com compressa de 40mmhg à 70 mmhg na extremidade superior e 55 mmhg na extremidade inferior em torno de toda a extensão da extremidade picada;
- xii. Pode ser aplicada compressa fria, **EXCETO PARA PICADAS DE COBRAS**;
- xiii. O socorrista deve manter o membro afetado, se possível, abaixo do nível do coração.
- xiv. Leve o paciente imediatamente ao hospital para continuidade do tratamento, incluindo soroterapia para alguns casos.
- xv. O transporte não deve ser retardado.

2. Aracnídeo

a. Sinais e sintomas

- ✓ Pequenas marcas vermelhas de pressas
- ✓ Espasmos musculares graves (iniciam dentro de 1 a 4 horas)
- ✓ Febre e calafrios
- ✓ Dor de cabeça e tontura
- ✓ Irritabilidade
- ✓ Insônia
- ✓ Aumento da pressão arterial
- ✓ PCR

b. Conduta

- i. A principal conduta é identificar o animal e rápida remoção para o hospital;
- ii. Tratar os sintomas
- iii. Mantenha o paciente calmo e em repouso;
- iv. Localize o local da inoculação (identificar com caneta, se possível);
- v. Lave o local da inoculação com água e sabão neutro;
- vi. Colocá-lo na posição semi-sentada;
- vii. Forneça oxigênio;
- viii. Não deixe o paciente se movimentar excessivamente;

- ix. Remova anéis, jóias, braceletes e outros objetos que possam fazer constrição no membro afetado;
- x. Não corte ou perfure a pele para extrair sangue;
- xi. Não aperte, esprema ou aspire o local da inoculação;

3. Escorpiões

a. sinais e sintomas

- ✓ Sudorese profusa
- ✓ Tontura
- ✓ Visão turva
- ✓ Tremores
- ✓ Espasmos musculares
- ✓ Confusão mental
- ✓ Hiper ou hipotermia
- ✓ Sialorréia
- ✓ Náuseas
- ✓ Vômitos
- ✓ Dor abdominal
- ✓ Diarreia
- ✓ Priapismo
- ✓ Convulsões
- ✓ Arritmias cardíacas
- ✓ Hipertensão ou hipotensão arterial
- ✓ Insuficiência cardíaca congestiva
- ✓ Taquipneia
- ✓ Dispneia
- ✓ Edema agudo de pulmão
- ✓ Choque
- ✓ Coma
- ✓ PCR

b. conduta

- i. A principal conduta é identificar o animal e rápida remoção para o hospital;
- ii. Tratar os sintomas
- iii. Mantenha o paciente calmo e em repouso;
- iv. Localize o local da inoculação (identificar com caneta, se possível);
- v. Lave o local da inoculação com água e sabão neutro;
- vi. Colocá-lo na posição semi-sentada;
- vii. Forneça oxigênio;
- viii. Não deixe o paciente se movimentar excessivamente;
- ix. Remova anéis, jóias, braceletes e outros objetos que possam fazer constrição no membro afetado;
- x. Não corte ou perfure a pele para extrair sangue;
- xi. Não aperte, esprema ou aspire o local da inoculação;

**Não perca tempo tentando localizar o animal. Em caso de mordida de animal, trate os ferimentos conforme protocolos próprios.
Havendo suspeita de hidrofobia, comunicar no hospital e orientar os responsáveis ou zoonoses a manter o animal preso por 10 dias. ***

P035 – ENVENENAMENTO POR CARAVELAS OU BEXIGUINHAS

Flutuando na água ou encalhadas na praia, geralmente em grupos, em certas épocas do ano. Têm o corpo gelatinoso, de cor roxo-azulada, com uma parte semelhante a uma bexiga, que é visível acima da linha da água.

RISCOS

Os longos (até mais de 30 metros) e finos tentáculos são muito urticantes. Ao tocarem a vítima, aderem-se à pele provocando sérias lesões.

SINTOMAS

- Irritação forte, dor intensa.
- Nos casos mais graves, provocam câimbras, náuseas, vômitos, desmaios, convulsões, arritmias cardíacas e problemas respiratórios.
- Formam-se linhas vermelhas na pele da vítima.

COMO EVITAR

- Não nade quando caravelas e águas-vivas estiverem por perto.
- Se souber que houve acidentes nas proximidades, fique alerta e não entre na água.
- Os cuidados devem ser redobrados com relação às crianças, que são, particularmente, mais sensíveis do que os adultos.

CONDUTA

- Remova os tentáculos com luvas, pinças. Não esfregue a região do ferimento;
- Aplique compressas de água do mar gelada ou bolsas de gelo;
- Utilize compressas de vinagre para desativar o veneno.
- Não use álcool ou urina.
- Não lave com água doce
- Deixe o paciente o mais confortável possível, verifique os sinais vitais e passe para o médico regulador

SOLUÇÃO DE ÁCIDO ACÉTICO 4 A 6%

O vinagre inativa o veneno, lavar com vinagre abundante por no mínimo 30 segundos, após a remoção ou inativação dos nematocistos a dor deve ser tratada com água quente quando possível.

P036 – ENVENENAMENTO POR ÁGUAS-VIVAS

São gelatinosas, com aspecto de guarda-chuva ou prato. Possuem tentáculos urticantes. Nadam na água, geralmente em grupo. A maioria é pequena e inofensiva. Raramente são visíveis quando no mar.

RISCOS

- Assim como as caravelas, os seus tentáculos possuem pequenas estruturas, semelhantes a agulhas hipodérmicas, repletas de toxinas.
- Ao tocarem a vítima, essas substâncias são injetadas na pele.

SINTOMAS

- Desde dermatites discretas até lesões intensamente dolorosas e necrose da pele.
- Em geral, causam os mesmos problemas provocados por caravelas, deixando também vergões na pele

COMO EVITAR

- Não nade quando caravelas e águas-vivas estiverem por perto.
- Se souber que houve acidentes nas proximidades, fique alerta e não entre na água.
- Os cuidados devem ser redobrados com relação às crianças, que são, particularmente, mais sensíveis do que os adultos.

CONDUTA

- Remova os tentáculos com luvas, pinças ou a lâmina de uma faca.
- Não esfregue a região do ferimento.
- Aplique compressas de água do mar gelada ou bolsas de gelo.
- Utilize compressas de vinagre para desativar o veneno.
- Não use álcool ou urina.
- Não lave com água doce.
- Deixe o paciente o mais confortável possível, verifique os sinais vitais e passe para o médico regulador.

SOLUÇÃO DE ÁCIDO ACETICO 4 A 6%

O vinagre inativa o veneno, lavar com vinagre abundante por no mínimo 30 segundos, após a remoção ou inativação dos nematocistos a dor deve ser tratada com água quente quando possível.

P037 – FERIMENTOS CAUSADOS POR POLVOS, OURIÇOS DO MAR, BAGRES, MANGANGÁS, PEIXE ESCORPIÃO, RAIAS OU ARRAIAS E MORÉIAS

CONDUTA

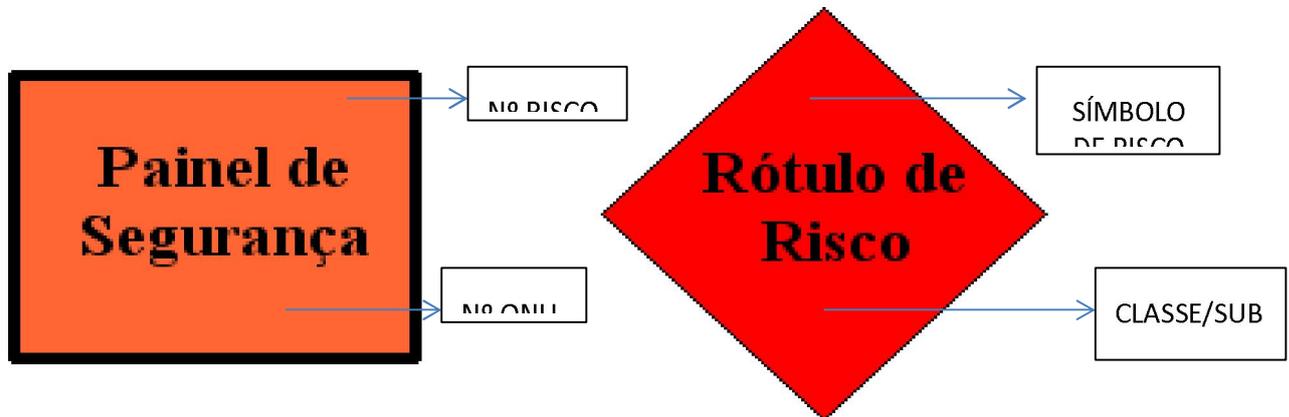
- Lave a região com água e sabão.
- Caso haja dor intensa, mergulhe o local em água quente por 30-90 minutos
- Comprimir o local no caso de sangramento (Moréia)
- Aquecer a vítima
- Deixe o paciente o mais confortável possível
- Verifique os sinais vitais e passe para o médico regulador.

P038 – COLISÃO COM VEÍCULO DE CARGA PERIGOSA

Uma das primeiras ações a ser executada em um cenário acidental envolvendo o transporte rodoviário de produtos perigosos é o da pronta classificação e identificação dos produtos envolvidos. O acesso às informações relativas às características físicas e químicas do produto irá subsidiar as equipes na imediata adoção das medidas de controle, reduzindo os riscos para a comunidade, aos próprios atendentes da ocorrência e ao meio ambiente.

Em casos onde estão envolvidos na colisão veículo de carga perigosa proceder primeiramente na identificação do produto para tornar a cena segura.

Os produtos perigosos são classificados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em nove classes de riscos e respectivas subclasses



O número de risco é fixado na parte superior do Painel de Segurança e pode ser constituído por até três algarismos (mínimo de dois), que indicam a natureza e a intensidade dos riscos, conforme estabelecido na Resolução nº 420, de 12/02/2004, da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT)/Ministério dos Transportes.

1. CONDUTA

- a. Identificar os painéis de segurança e passar a informação para a Base Central de Suzano
- b. O operador de rádio realiza a consulta no Manual de Produtos Perigosos disponível na Central
- c. Passar a Informação para o Corpo de Bombeiros acionando 193 e aguardar orientação
- d. Este tipo de acidente representará uma cena de resgate na maioria das vezes, sendo necessária utilização de EPI adequado, o perímetro zona quente só pode ser determinado com a identificação do produto, o SAMU deve permanecer em uma distancia segura longe da zona quente, permanecendo na zona morna.

P039 - EMERGÊNCIAS RELACIONADAS AO CALOR

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

Tipos de emergências mais comuns

Em todos os casos verifique os sinais vitais e passe para a regulação médica
aguarde conduta, estabilize o paciente para um transporte seguro.

1. Câimbras musculares pelo calor

Causa

- a. Incapacidade de repor NaCl perdido na sudorese;
- b. Problemas eletrolíticos e musculares

Sinais e sintomas

- a. Câimbras musculares dolorosas, normalmente nas pernas e abdômen.

2. Desidratação

Causa

- a. Incapacidade de repor a perda de suor com líquido

Sinais e sintomas

- a. Sede, náusea, fadiga excessiva;
- b. Hipovolemia, diminuição da termoregulação;
- c. Redução da capacidade física e mental.

3. Exaustão pelo calor

Causa

- a. Esforço físico no calor excessivo, sem ingestão adequada de água;

Sinais e sintomas

- a. Taquicardia, fraqueza, marcha instável;
- b. Fadiga extrema, pele úmida e pegajosa;
- c. Cefaleia, tontura, náusea e desmaio;
- d. Se não tratada, pode provocar INTERMAÇÃO.

4. Intermação

Causa

- a. Altas temperaturas centrais > 40,6°C;
- b. Rupturas celulares, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas;
- c. Distúrbio neurológico com falha no centro termoregulador.

Sinais e sintomas

- a. Alterações no estado mental;
- b. Comportamento irracional ou delírio;
- c. Possível tremor;
- d. Inicialmente taquicardia, evoluindo tardiamente para bradicardia;
- e. Hipotensão, respiração rápida e superficial;
- f. Pele quente, úmida ou seca;
- g. Perda da consciência, convulsões e coma.

Conduta

1. Câimbras musculares pelo calor

- a. Remova para um lugar fresco;
- b. Faça alongamento muscular;
- c. Permita ao paciente beber líquidos isotônicos (se não houver outro agravo clínico ou traumático associado e se não houver diminuição do nível de consciência).

2. Desidratação

- a. Reponha a perda de suor com líquidos levemente salgados (se não houver outro agravo clínico ou traumático associado e se não houver diminuição do nível de consciência).
- b. Mantenha o paciente em posição supina;

3. Exaustão pelo calor

- a. Remova da fonte de calor e posicione o paciente em local fresco (pode ser dentro da Unidade Móvel, com ar condicionado ligado);
- b. Resfrie o corpo com água fria e ventilação;
- c. Permita ao paciente ingerir líquidos levemente salgados ou isotônicos (se não houver outro agravo clínico ou traumático associado e se não houver diminuição do nível de consciência).

4. Intermição

- a. Resfrie imediatamente o paciente com água gelada nas axilas, virilha e pescoço;
- b. Envolve o paciente com panos úmidos e ventile o seu corpo;
- c. Não dê nada para o paciente beber;
- d. Trate o estado de choque;
- e. Transporte imediatamente.
- f. Se o paciente está com náusea ou vômito transporte em decúbito lateral

P040 - HIPOTERMIA E CONGELAMENTO

- a. **Promova a segurança da cena. Se o paciente está em uma câmara de resfriamento, por exemplo, retire-o com EPI adequado;**
- b. **Segundo a AHA, assim se classifica a hipotermia:**
 - ✓ Leve: 34 °C a 36 °C
 - ✓ Moderada: 30°C a 34 °C
 - ✓ Grave: < 30 °C
- c. **Segundo o PHTLS**

Hipotermia primária é causada por condições ambientais adversas;

1. Imersão água < 21 °c
2. Exposição em atmosfera fria etc.

Hipotermia secundária é causada por condições fisiológicas adversas

1. Recém-nascidos e lactentes
2. Associadas ao alcoolismo ou traumas
3. Drogas ou medicamentos
4. Cocaína
5. Todos os idosos
6. Hipotireoidismo, doenças cardíacas e diabetes.
7. Queimados
8. Pacientes desnutridos
9. Moradores de rua

O congelamento ocorre quando o membro afetado esfria a menos de 2° C, causando destruição de células com aparecimento de bolhas e hematomas.

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

Sinais e sintomas

1. Hipotermia leve
 - ✓ Sensação de frio;
 - ✓ Nível de consciência inalterado;
 - ✓ Tremores;
 - ✓ Respiração rápida;
2. Hipotermia moderada
 - ✓ Rigidez muscular
 - ✓ Perda da coordenação
 - ✓ Paciente confuso, letárgico e sonolento
 - ✓ Pacientes normalmente sentados ou deitados (não confundir com uso de drogas e álcool)
2. Hipotermia grave
 - ✓ Irresponsivo
 - ✓ PA indeterminável
 - ✓ 1 ou 2 movimentos respiratórios por minuto
 - ✓ Parada cardiorrespiratória

- ✓ Morte aparente
- 4 O congelamento é classificado em 1º, 2º, 3º e 4º graus.

Conduta geral

1. Retire o paciente do ambiente frio
2. Retire roupas molhadas
3. Leve para interior da Unidade Móvel e aqueça o ar (ideal 29° C)
4. Cubra a cabeça, pescoço e tronco com cobertores quentes;
5. Monitore a temperatura corporal;
6. Evite agitação e movimentação exagerada do paciente;
7. Não permita que ele ande ou se exercite;
8. Cubra todo o corpo com cobertor;
9. Pacientes conscientes sem agravos adicionais podem beber líquidos quentes não alcoólicos e sem cafeína.

Conduta específica para hipotermia

1. Em hipotermia moderada e grave, fluidos intravenosos a 40° C
2. Em hipotermia grave, RCP se necessário;
3. Administre O2, conforme
4. A oximetria pode estar alterada

Conduta específica para congelamento

1. Cubra frouxamente o membro afetado com uma compressa seca, estéril e não aderente, sem comprimir.
2. Os dedos das mãos e dos pés devem ser separados e protegidos por gaze estéril;
3. Não drene bolhas;
4. Tente elevar as mãos e os pés para reduzir o edema (se não houver lesão músculo-esquelética associada);
5. Não permita que a parte descongelada volte a congelar (risco de trombose).

Durante o deslocamento proteja os tecidos frágeis de lesões adicionais durante o transporte da vítima de congelamento
Passar para o médico regulador o estado geral da vítima, realizar estabilização para transporte seguro.

P041 – PRECAUÇÕES PARA CONTAMINAÇÃO

1. PARA TODOS OS TIPOS DE PACIENTES

- a. Use luvas de procedimento com talco em todos chamados em que houver contato com sangue ou qualquer outro fluido corporal (drenagem, urina, vômito, fezes, diarreia, saliva, muco nasal e secreção genital) ou quando precisar tocar objetos que entraram em contato com esses.
- b. Lave suas mãos frequentemente, antes e sempre após cada chamado. Lave as mãos mesmo se tiver utilizado luvas durante o atendimento e se possível reidrate a pele com creme de escolha pessoal.
- c. Utilize água e sabão neutro durante 15 segundos antes de secar;
- d. Antes de lavar, retire relógios, anéis e qualquer adorno das mãos e braços
- e. Molhe completamente as mãos e pulsos e dispense sabão em ambas
- f. Ensaboe as mãos friccionando todas as faces (palma, dorso, interdigitais, articulações e unhas);

- g. Enxágue as mãos totalmente no sentido das extremidades para o centro;
- h. Pegue o papel toalha, feche a torneira sem tocá-la e enxugue ambas as mãos;
- i. Use sempre óculos contra respingo de fluidos corporais provenientes de hemorragias arteriais ou qualquer outro ferimento. Caso ocorra o contato entre os fluidos do paciente e a pele do socorrista, tão logo seja possível, lave a região com água e sabão.
- j. Use máscara BVM - máscara com reservatório quando precisar realizar ventilação no paciente.
- k. Reporte imediatamente qualquer acidente entre pele não íntegra ou mucosa do socorrista e o sangue ou fluidos da vítima para a chefia. Um serviço médico deve ser procurado o mais breve possível a fim de iniciar tratamento profilático anti-HIV e/ou avaliação e relate no livro de intercorrência. Realizar procedimento para abertura de CAT.

2. CONDUTA PARA PREVENÇÃO DE EXPOSIÇÃO À DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

- a. As precauções respiratórias são indicadas para o atendimento de pacientes conhecidamente portadores de patologias de transmissão respiratória, por exemplo: Tuberculose, H1N1, gripe, SARS entre outras.
- b. Para esses pacientes e para os suspeitos os profissionais utilizam máscara FP95, óculos de proteção e capote de proteção.
- c. A máscara utilizada no paciente é a do tipo comum cirúrgica durante o transporte (não utilizar a máscara FP95;
- d. Limpe e realize a desinfecção, conforme protocolo próprio, de todos os materiais e equipamentos utilizados na ocorrência que sejam reutilizados e descarte em saco branco os descartáveis.

3. DESCARTES APROPRIADOS

- a. Substitua peças de fardamento contaminadas colocando-os em saco branco, para posterior lavagem em casa separados;
- b. Todo lixo dos sacos brancos devem ser condicionados em local apropriado no Hospital de Referência.
- c. Todo material perfuro-cortante deve ser descartado exclusivamente no recipiente de descarte apropriado e de uso exclusivo
- d. Não ultrapassar a marca indicativa de capacidade do recipiente de coleta perfuro-cortante, lacrá-lo, transportá-lo pela alça com as mãos enluvasadas mantendo o recipiente distante do corpo, entrega-lo ao colaborador do serviço de higienização do hospital de referência.

NO CASO DE EXPOSIÇÃO DA EQUIPE A DOENÇAS CONTAGIOSAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA COMUNICAR IMEDIATAMENTE AO ENFERMEIRO, ANOTAR NO LIVRO DE OCORRÊNCIA OS DADOS DA OCORRÊNCIA

SINAS E SINTOMAS DE INFECÇÃO

Aspectos para serem observados na prevenção do risco:

- ✓ Rash e febre
- ✓ Secreções drenando de feridas
- ✓ Icterícia
- ✓ Vômitos
- ✓ Tosse seca ou produtiva

P042 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES

1. MATERIAIS PARA SUBSTITUIÇÃO:

- ✓ COLAR CERVICAL
- ✓ BORRACHA DE SILICONE DO ASPIRADOR
- ✓ CÂNULA DE GUEDEL
- ✓ MASCARÁ DE VENTURI
- ✓ MASCARA DE ALTA CONCENTRAÇÃO
- ✓ CATETER PARANASAL
- ✓ TALAS
- ✓ ALMOTOLIAS

Todos os materiais descritos acima devem ser descartados após o uso e substituídos

2. MATERIAIS DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO:

- ✓ AMBÚ (BVM)
- ✓ HEAD BLOCK
- ✓ KED (Kendrick Extrication Device)
- ✓ PRANCHA LONGA DE MADEIRA
- ✓ FRASCO DE ASPIRAÇÃO
- ✓ UMIDIFICADOR
- ✓ OCULOS DE PROTEÇÃO
- ✓ MOCHILAS
- ✓ CINTA P/ PRANCHA
- ✓ MACA DE LONA
- ✓ TESOURA INDIVIDUAL
- ✓ TESOURA ESTÉRIL
- ✓ MANGUITO
- ✓ FAIXA AZUL DE CONTENÇÃO

Os materiais descritos (ambú, frasco de aspiração e umidificador) devem ser lavados com água e sabão neutro na presença de sujidade visível e secar com pano limpo apenas quando não houver resíduo biológico no expurgo do hospital de referencia da sala de emergência. Friccionar com pano embebido em álcool 70% de uso exclusivo antes do uso entre um paciente e outro. Se houver contaminação com resíduo biológico encaminhar este material para o centro cirúrgico e anotar no livro de intercorrência.

Cinto p/ prancha, faixa azul de contenção e mochilas devem ser descartado com autorização do enfermeiro ou encaminhado para a lavanderia.

Head block, KED, maca de lona e prancha de madeira devem passar por desinfecção no local de uso para lavar a viatura. Utilizar água oxigenada previamente na presença de sangue. Friccionar com pano embebido em álcool 70% de uso exclusivo antes do uso entre um paciente e outro.

Óculos de proteção e tesoura individual devem passar por desinfecção com água e sabão e álcool 70%

Tesoura estéril deve ser entregue no centro cirúrgico.

Manguito com sujidade deve ser entregue ao enfermeiro para ser substituído por outro e entregue para o serviço de engenharia clínica.

Termômetro, estetoscópio e sensor de oxímetro devem ser realizado limpeza com álcool 70% antes e depois do uso no paciente.

3. DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Na presença de sangue: utilizar água oxigenada para retirar o excesso de sangue, passar água e sabão neutro e retirar com pano e água limpa, após passar um pano limpo embebido em álcool 70 %.

Remover poeira: passar pano úmido com solução desinfetante exclusivo para o uso.

4. LIMPEZA DO PISO

Na presença de sangue, secreção, vômito ou outro fluido corporal: remover a viatura para o local adequado lavar o piso com água e sabão e passar solução desinfetante com pano úmido exclusivo para o uso, certificar-se de que o piso está bem seco.

Remover poeira: passar pano úmido com solução desinfetante exclusivo para o uso.

Advertência: para realizar a limpeza e desinfecção dos materiais e superfície utilizar luvas e na necessidade de lavagem do material ou superfície utilizar avental descartável e óculos de proteção

5. LAVAGEM EXTERNA DA VIATURA

Sempre que na presença de sujidade externa a cada passagem de plantão encostar a viatura em local adequado para lavagem com jato de água

6. LIMPEZA TERMINAL EXTERNA DA VIATURA

Será realizada imediatamente nos casos de confirmação de exposição da equipe a infecções contagiosas de notificação compulsória

- A LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS E SUPERFÍCIES DA VIATURA SÃO DE RESPONSABILIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM E DO MOTORISTA SOCORRISTA
- A LIMPEZA EXTERNA DA VIATURA É DE RESPONSABILIDADE DA EQUIPE

7. LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DAS BASES

Diariamente manter a organização com cada coisa no seu devido lugar.

Eletrodoméstico de uso coletivo é de responsabilidade de todos a limpeza e conservação.

Não deixar pertences de forma desorganizada e leva-lo após a saída do plantão ou colocar no armário pessoal.

É proibido o uso do lençol hospitalar no descanso.

Não passar o plantão com alimentos na geladeira.

A limpeza semanal e diária da Base Riviera é de responsabilidade do serviço de higienização da Riviera.

A limpeza semanal e diária da Base Centro é de responsabilidade do serviço de higienização do Hospital Suzano .

A limpeza semanal e diária da Base Boracéia é de responsabilidade do serviço de higienização da UBS Boracéia.

P043 - OXIMETRIA DE PULSO

1. CONCEITO

- Oximetria de Pulso é um procedimento não-invasivo para determinar o valor de saturação de oxigênio (SaO₂) e a freq. de pulso periférico;
- Provê aos socorristas um alarme precoce da diminuição da oxigenação porque fornece medida contínua da oxigenação;
- O oxímetro de pulso pode ser utilizado em ambientes clínicos, domiciliares, ambientes hospitalares, pré-hospitalares, durante transporte terrestre e aéreo.

2. ORIENTAÇÕES PARA O USO DO OXÍMETRO

- Deverá ser utilizado longe de fonte de calor, fora da luz solar direta e em local onde não haja umidade excessiva;
- Deverá ser colocado o sensor do oxímetro no dedo (de preferência o indicador) ou no lóbulo da orelha, em crianças pequenas pode ser colocado no hálux.
- Utilize sensores de tamanho e tipos adequados;
- Não utilize em presença de agentes anestésicos inflamáveis;
- Não utilize na presença de equipamento de ressonância;
- Não utilize concomitante a descarga elétrica de um desfibrilador externo automático;
- Não utilizar debaixo de lâmpada cricóide da Unidade Móvel ou sob luz forte;
- O aparelho pode ser afetado na presença de fontes eletromagnéticas e de radiofrequência;
- Evite quedas e choques mecânicos;
- Para os pacientes com hipotermia, estado de choque, usando de drogas vasoativas, anemia falciforme, intoxicação por monóxido de carbono, esmalte de unha negro ou metálico, se mexendo e com calafrios, o oxímetro pode não ter acurácia.
- Dedos calejados, queimados, uso em dias frios e úmidos poderá causar leituras errôneas;
- Em paciente traumatizados graves, a Oximetria de pulso pode não ser confiável por causa da perfusão periférica ruim.

3. A INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Percentual de O ₂	Classificação da Hipóxia	Cuidado Geral do Paciente
96% a 100%	Normal	Somente se necessário administre oxigênio
91% a 95%	Hipóxia Leve	Somente se necessário administre oxigênio
86% a 90%	Hipóxia Significativa	Administre O ₂ a 100% (Considere ventilação assistida)
≤ 85%	Hipóxia Grave	Administre O ₂ a 100% (Considere ventilação assistida)

P044 - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO

Benefício do O₂ no APH

- ✓ Oxigenação dos tecidos hipóxicos;
- ✓ Redução dos edemas dos tecidos;
- ✓ Facilita a respiração;

- ✓ Alivia sintomas;
- ✓ Reduz os riscos dos sintomas residuais melhorando o prognóstico pós-atendimento.

Equipamentos disponíveis para ventilação/administração de O₂

Para pacientes respirando (conscientes ou não) utilize:

1. Máscara de não re-inalação com bolsa reservatória;
2. Máscara válvula inalatória de demanda (venturi);
3. Cateter nasal.

Para pacientes que não estão respirando:

1. BVM (bolsa válvula máscara);

Segurança ao manusear oxigênio puro

- ✓ Oxigênio não é inflamável, mas é comburente.
- ✓ Não permita o uso de qualquer tipo de óleo, lubrificante ou graxa em qualquer cilindro ou equipamento que esteja em contato com O₂;
- ✓ Não permita a presença de brasas, chamas, faíscas ou que se FUME próximo ao O₂ e aos equipamentos;
- ✓ O local onde será utilizado o O₂ deverá ser ventilado;
- ✓ Sempre mantenha a válvula fechada e o sistema purgado quando o O₂ não estiver sendo utilizado;
- ✓ Nunca deixe o cilindro de O₂ solto e não permita que caia ou role;
- ✓ Não deixe o cilindro exposto a temperaturas maiores que 52°C;
- ✓ Assegure-se de que o cilindro de O₂ a ser utilizado encontra-se dentro do prazo de validade do teste hidrostático.

1. PARA ADMINISTRAÇÃO DE O₂

a. Sinais e sintomas mais comuns com indicativo para uso de O₂:

- ✓ Todo paciente com quadro sugestivo de insuficiência respiratória aguda por patologia clínica ou traumática
- ✓ Emergências diabéticas;
- ✓ Crise convulsiva;
- ✓ Alergias e choque anafilático;
- ✓ Estado de choque;
- ✓ Hemorragias;
- ✓ DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)
- ✓ AVC (acidente vascular cerebral)
- ✓ Queimaduras;
- ✓ Afogamento;
- ✓ Envenenamento e intoxicações;
- ✓ Emergências obstétricas;
- ✓ Aborto natural ou induzido.
- ✓ Trabalho de parto com distócia

2. CONDUTA GERAL

- ✓ Assegure-se que o local seja seguro, adequado, ventilado e ausente de perigo;
- ✓ Abra as vias aéreas. Remova objetos, corpo estranho, secreções e/ou aspire se necessário;

- ✓ Insira a cânula orofaríngea selecionando o tamanho adequado, se $ECG \leq 8$, sem reflexo de vômito;
- ✓ Não retarde o início da RCP para fornecimento de O₂
- ✓ Constate se todo o equipamento está montado e pronto para utilização;
- ✓ Verifique se a mangueira de pressão intermediária está conectada a saída de fluxo contínuo e/ou regulador multifuncional e não permita que se dobre durante a utilização;
- ✓ Abra (através do registro) o cilindro de O₂ totalmente e volte ½ volta como medida de segurança;
- ✓ Verifique a pressão do cilindro e garanta que não existem vazamentos no sistema;
- ✓ Sempre deixar a válvula do cilindro fechada quando não estiver utilizando oxigênio;
- ✓ Se utilizando máscara de não re-inalação com bolsa reservatória, coloque um dedo dentro da máscara, fechando a válvula de não retorno até que a bolsa reservatória esteja inflada (faça isto antes de utilizar no paciente);
- ✓ Se utilizando a BVM com bolsa reservatória aguarde que o reservatório de O₂ infle primeiro antes de utilizar no paciente;
- ✓ O cilindro de O₂ deve ser recarregado quando constar 40 libras acionando o colaborador da manutenção para troca;
- ✓ Observe a máscara que esteja utilizando (sempre transparente) embaçar durante a **expiração** e desembaçar durante a **inspiração**;
- ✓ Com cateter nasal utilize somente se o mesmo se encontrava lacrado e ajuste adequadamente ao paciente;
- ✓ Observe a expansão e retorno do tórax durante a administração de O₂;
- ✓ Monitore e mantenha o conforto do paciente;
- ✓ Continue verificando o correto funcionamento do sistema de O₂ evitando vazamentos, o mau funcionamento do equipamento, falha em inflar e desinflar as bolsas e resposta do paciente quanto ao uso de O₂;
- ✓ Se o paciente apresentar quadro de convulsão ou vômito interrompa temporariamente o fornecimento de O₂, avalie vias aéreas, aspire se necessário e garanta a permeabilidade das vias aéreas e respiração;
- ✓ Caso o paciente não tolere o fornecimento de O₂, troque o tipo de equipamento, diminuindo a concentração e continue o fornecimento de O₂.

Uma leitura da SpO₂ entre 96% a 100% geralmente indica oxigenação adequada. Uma leitura da SpO₂ entre 91% a 95% sugere hipóxia leve. A SpO₂ menor do que 91% sugere hipóxia significativa ou grave.

3. CONDUTA EM PACIENTE RESPIRANDO

- ✓ Com cateter nasal: Utilize de 1 a 6 lpm (24 a 44%) na maioria dos casos clínicos com SpO₂ normal;
- ✓ No caso de DPOC utilize baixa concentração de O₂ com cateter nasal, 1 a 2 lpm. Persistindo a hipóxia / cianose aumente aos poucos.
- ✓ Emergências Clínicas com SpO₂ normal pode-se utilizar válvula inaladora de demanda ou máscara de não re-inalação com bolsa reservatória a 10 lpm (60% a 100%);
- ✓ Emergências Clínicas com SpO₂ indicativo de hipóxia utilize válvula inaladora de demanda a 15 lpm ou máscara de não re-inalação com bolsa reservatória a 15 lpm (80% a 100%);
- ✓ Emergências traumáticas utilize máscara de não re-inalação com bolsa reservatória a 10 a 15 lpm (80% a 100%);

4. USO DE O₂ EM PACIENTE IRRESPONSIVO (PR-PCR)

- ✓ BVM com O2 a 15 lpm (80% a 100%)

5. TABELA DE USO DE O2 SUPLEMENTAR

Equipamento utilizado	Fluxo (lpm - litros por minuto)	Percentual de Concentração de Oxigênio	Condição do Paciente
Cateter nasal	1	24%	Respirando
	2	28%	Respirando
	3	32%	Respirando
	4	36%	Respirando
	5	40%	Respirando
	6	44%	Respirando
Máscara facial simples (sem válvula de não-reinalação e sem bolsa reservatória)	10	40 – 60%	Respirando
Máscara facial com bolsa reservatória e sem válvula de não-reinalação	6 a 10	35 – 60%	Respirando
Máscara facial com válvula de não re-inalação e com bolsa reservatória	12 a 15	90% - 100%	Respirando
Bolsa Válvula Máscara (BVM) com bolsa reservatória (AMBÚ)	15	100%	Parado

NÃO administre O2 umidificado devido ao risco de contaminação.

A oxigenação não substitui a ventilação de resgate. Controle constantemente o tempo de utilização disponível de oxigênio.

O uso prolongado (>2h) de altas concentrações (>12 lpm) de O2 SEM INTERVALO pode resultar em sérios riscos de lesões e problemas de saúde aos pacientes.

Forneça O2 a um NEONATO via máscara facial. Não utilize cateter nasal em crianças menores de 06 anos ao administrar O2.

Utilize máscara facial de não reinalação. Não utilize O2 durante a aplicação do choque do DEA – risco de explosão

Em pessoas com DPOC a oxigenioterapia deve ser utilizada com critério, não pode ser em alta concentração.

- ✓ Permita ventilação dentro da Unidade Móvel durante transporte de paciente utilizando O2;
- ✓ Mantenha boa vedação de máscara/paciente criando um selo hermético evitando escape de O2;
- ✓ Não permita cilindro solto dentro da Unidade Móvel a fim de se evitar acidentes;
- ✓ Assegure-se que o equipamento de O2 utilizado no paciente seja descartado, limpo ou testado após o uso.
- ✓ Fique atento à necessidade de aspiração de vias aéreas.
- ✓ Utilize apenas quando for necessário o torpedão de O² portátil fora da Unidade Móvel.

**PARA TROCA DO CILINDRO DE O₂ DURANTE O PLANTÃO NOTURNO LIGAR
PARA O PLANTÃO DA MANUTENÇÃO**

P045 - ASPIRAÇÕES DE VIAS AÉREAS

Indicações

1. Secreções traqueobrônquicas, vômito, saliva, sangue na boca e orofaringe, de difícil expectoração ou em pacientes com tosse ineficaz.

Potenciais efeitos adversos / complicações do uso

- i. Reflexo de vômito
- ii. Hipóxia, se demorar além de 15 seg
- iii. Cessação das insuflações e oxigenação durante aspiração

Tipos de equipamentos de aspiração

- i. Equipamentos elétricos portáteis
- ii. Régua de gases em unidade móvel

Conduta

- i. Utilize os EPI'S necessários (óculos, máscaras descartáveis e luvas)
 - ii. Reúna o equipamento necessário à aspiração.
 - iii. Estabilize o aspirador portátil numa base firme ou da régua de gases
 - iv. Ligue o equipamento e conecte o cateter
 - v. Insira o cateter na cavidade oral até a base da língua, se possível, sem acionar o vácuo
 - vi. Aplique aspiração. Mova o cateter de um lado a outro
 - vii. Aspire no máximo por 15 segundos
1. Em lactentes e crianças o tempo de aspiração deve ser o menor possível e com baixa pressão realize a aspiração se possível sempre em decúbito elevado.
 2. Utilize água destilada ampola para instilar gotas nasais para lubrificar e liquidificar a secreção.
 3. Se o paciente tem vômito (êmese) ou secreção que não pode ser aspirado facilmente, lateralize o paciente e limpe sua orofaringe.
 4. Se o paciente produz tanta secreção quanto o aspirador possa aspirar, faça sucção por no máximo 15 segundos, ventile por no máximo 30 segundos (com O₂ a 15 lpm) e aspire novamente. Continue desta maneira.
 5. Se necessário lave o interior do cateter (aspirando água destilada) para desobstruí-lo.
 6. A extensão de látex do aspirador deve ser substituída no caso de grande quantidade de sujidade
 7. O frasco de aspiração deve ser lavado com água e sabão após o uso ou entregue no centro-cirúrgico para desinfecção, o enfermeiro deve ser comunicado

Insira o cateter – rígido ou flexível – na orofaringe até o onde pode ser visto, próximo à base da língua.

Evite o reflexo de vômito! Risco de aspiração e PCR!

Realizar aspiração superficial nasal se ao vítima apresentar o Sinal de Batle ou Equimose Periorbital, aspirar com cuidado a cavidade oral

P046 - CONTENÇÃO MECÂNICA

a. DEFINIÇÃO

A **contenção física** se caracteriza pela imobilização do paciente ou vítima por várias pessoas que o seguram firmemente no solo.

A **contenção mecânica** se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em dois ou quatro pontos, que fixam o paciente a maca ou leito.

A contenção é necessária no intuito de prevenir dano imediato ou eminente ao paciente ou aos demais membros da equipe

b. CONDUTA

1. Analise a cena para evidenciar se existe necessidade de contenção física, se sim acionar o 190 (NOS CASOS DE CENA INSEGURA).
2. Nenhum tratamento deve ser realizado ao paciente psiquiátrico sem seu consentimento esclarecido ou autorização de um representante legal, se for o caso, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de urgência.
3. Passar a condição para o médico regulador que vai orientar e autorizar a contenção mecânica
4. Anotar na ficha de ocorrência “realizado contenção mecânica conforme orientação do Dr...”
5. Realizar a contenção mecânica dos membros superiores com as ataduras de tecido com técnica adequada para não causar lesões nem garroteamento
6. Os membros inferiores devem ser contidos se forem necessários
7. A contenção deve ser retirada apenas no Hospital após avaliação médica
8. Ficar atento à alteração dos sinais vitais, sinais de desconforto respiratório e risco de broncoaspiração causada pela grande agitação
9. Acompanhar oximetria digital de pulso avaliando a necessidade de instalação de O²

**O SAMU não realiza contenção física
Não realizar contenção do tórax**

P047 - PACIENTES PEDIÁTRICOS – GENERALIDADES E ABUSO

Classificação etária

- i. Neonato: paciente cuja idade é de 0 a 28 dias de vida;
- ii. Lactente: paciente cuja idade é de 28 dias e 01 ano;
- iii. Criança: paciente cuja idade é de 01 a 12 anos.

Para fins de Estatuto da Criança e do Adolescente, a faixa etária da criança é de 0 a 12 anos incompletos e adolescentes é entre 12 e 18 anos incompleto.

O menor deve ser acompanhado de um responsável adulto para atendimento, no caso de não estar presente o responsável realizar o atendimento necessário e acionar o serviço social

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

Características gerais do atendimento a lactentes, crianças e adolescentes:

Idade	Características	Estratégias de abordagem
-------	-----------------	--------------------------

0 a 01 ano	<ul style="list-style-type: none"> - Lactentes não gostam de ser separados dos pais; - Tem mínimo de ansiedade com estranhos; - Estão acostumados a serem despidos, mas gostam de ser aquecidos; - Lactentes novos seguem movimentos com os olhos; - Lactentes mais velhos são mais ativos; - Não gostam da máscara de oxigênio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenha os pais por perto; - Mantenha mãos e estetoscópio quentes; - Observe sinais primeiramente à distância; - Aborde pelos pés. Observe coração e pulmões primeiro. Depois a cabeça; - Segure a máscara de O2 perto do rosto.
01 a 03 anos	<ul style="list-style-type: none"> - não gostam de ser separados dos pais - Acreditam que suas doenças são punições por serem más - Não gostam de lactentes. Não gostam de serem despidas - Assustam-se facilmente. - Apresentam reação exacerbadas, sentem medo fácil. - Podem entender mais que conseguem expressar - Sentem-se sufocados pela máscara de O2 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenha os pais por perto - Explique que ela não é má - Tire uma peça de roupa por vez e vestir novamente - examine primeiro pelo tronco - ofereça conforto e dar seu brinquedo favorito - considere a escolha da criança - segure máscara perto da face da criança
03 a 06 anos	<ul style="list-style-type: none"> - não gostam de serem separados dos pais - Acreditam que suas doenças são punições por serem más - Não gostam de lactentes. Não gostam de serem despidas - Tem medo de dor, sangue e ferimento - São curiosas comunicativas e podem cooperar - não gostam da máscara de O2 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenha os pais por perto - Tire uma peça de roupa por vez e vista-a novamente - mantenha a calma - explique o que você está fazendo - Segure a máscara de O2 pediátrica segurada perto do rosto
06 a 12 anos	<ul style="list-style-type: none"> - cooperam, mas gostam que suas idéias sejam ouvidas - temem sangue, dor desfiguramento e ferimentos permanentes - São envergonhados e não gostam que seus corpos sejam expostos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permita que a criança tenha a responsabilidade de contar a sua história - Explique o exame - Apresente-se confiante, calmo e com boas maneiras - Respeite a timidez do paciente
12 a 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes querem ser tratados como adultos - Adolescentes julgam-se indestrutíveis, mas tem medo de lesões e desfiguramentos. - Adolescentes variam em termos de desenvolvimento físico e emocional e podem não se sentir bem com suas mudanças corporais 	<ul style="list-style-type: none"> - Apesar deles gostarem de ser tratados como adultos, necessitam de tanta atenção como as crianças - Apresente-se de maneira calma, respeitosa e transmita confiança - Explique o que você está fazendo durante o socorro - Respeite a timidez. Considere avaliá-lo próximo a seus pais. - Sempre que possível o socorrista que faz o exame físico deve ser do mesmo sexo que a vítima.

EXAME FÍSICO DETALHADO

São possíveis achados físicos de abuso

- ✓ Equimoses ou hematomas em diferentes estágios de cura;
- ✓ Equimoses ou marcas de mordida no rosto, lábios da boca, pescoço, punho, coxas, tornozelos ou dorso;
- ✓ Ferimentos em ambos os olhos ou ambos lados da face (normalmente apenas um lado da face é ferido em um acidente);
- ✓ Marcas agrupadas, que formam padrões regulares, que refletem a forma de artigos como um cabo elétrico, fecho do cinto, garfo dentes, ou dentes humanos;
- ✓ Queimaduras com pontas de cigarro ou por imersão, principalmente na palma das mãos e solas dos pés (marcas tipo luvas e meias);
- ✓ Queimadura por superfície aquecida: ferro de passar roupa, fogão, panela.
- ✓ Sinais de mordida;
- ✓ Lesão ou sangramento na genitália, períneo e região anal seguir o P031
- ✓ Marcas de compressão manual: esganadura, estrangulamento, unhas, agarrões, etc.
- ✓ Luxações, múltiplas fraturas, entorses e distensões.
- ✓ Hemorragia no couro cabeludo compatível com tentativa de se arrancar o cabelo;
- ✓ Fratura ou perda de dentes;
- ✓ Síndrome de “*shaken baby*” – bebê sacudido.

1. Déficit neurológico sem trauma externo aparente
2. Déficit motor

São possíveis achados psicológicos / comportamentais de abuso

- ✓ Fadiga crônica;
- ✓ Comportamento inapropriado, tais como criança mais velha (10 anos, por exemplo) chupar o dedo, balançando e mordendo;
- ✓ Relatos de ausência em casa dos pais ou responsáveis;
- ✓ Frequentemente ausente ou atraso na escola;
- ✓ Hipocondria;
- ✓ De queixoso passa a adotar comportamento agressivo;
- ✓ Comportamento inapropriado para a idade;
- ✓ Paciente implorando por comida;
- ✓ Atraso no desenvolvimento mental ou emocional;
- ✓ Uso de álcool ou drogas.

Conduta

Trate lesões específicas conforme protocolos próprios

Em caso de maus tratos / agressões

- i. Encaminhe ao hospital e comunicar a regulação médica;
- ii. O hospital deve acionar o conselho tutelar nos termos do Art. 12 do ECA, se já não foi feito por órgão policial.
- iii. Não esquecer de anotar no livro de intercorrência

Segundo o parágrafo único do art. 4º do ECA a criança e o adolescente tem a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias

P048 - PACIENTE PORTADOR DEFICIÊNCIA FÍSICA E MENTAL

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

a. Paciente surdo

- ✓ Mantenha-se desinibido
- ✓ Certifique-se que o paciente é realmente surdo
- ✓ Verifique se o paciente sabe ler os lábios
- ✓ Ao falar, mantenha a face iluminada
- ✓ Articule bem as palavras
- ✓ Não se vire durante a fala
- ✓ Se o paciente não sabe ler os lábios, use sinais
- ✓ Aponte para seu corpo antes de tocar no dele
- ✓ Não finja entender

b. Paciente cego

- ✓ Aja naturalmente – não se envergonhe
- ✓ Antecipe para o mesmo o que você vai fazer
- ✓ Mantenha-o informado do arredor
- ✓ Lembre-se de 3 coisas:

1. Não grite com ele (o paciente é cego, não surdo)
2. Não mude a maneira de falar habitualmente (inclusive diga “veja”/ “olhe”)
3. Mantenha contato contínuo através da fala ou toque

- Nunca empurre ou puxe um paciente cego

c. Paciente portador de necessidades especiais (físicas)

- ✓ Apresentam dificuldade maior no exame físico
- ✓ Pergunte ao paciente sobre a extensão do dano anterior ao atendimento
- ✓ Portador de necessidades especiais gosta de ser independente – tenha paciência

d. Paciente portador de necessidades especiais (transtornos mentais e comportamentais)

- ✓ Mantenha-se calmo e desenvolva comunicação efetiva com o paciente
- ✓ Trate o paciente naturalmente
- ✓ Faça perguntas cujas respostas sejam SIM ou NÃO
- ✓ Descubra se o paciente tem noção de tempo e lugar
- ✓ Avaliar o nível de compreensão do paciente
- ✓ Obtenha a história e faça ao exame lentamente. Prepare-se para respostas lentas e para dar repetidas explicações.
- ✓ Se estas pessoas não estiverem acompanhadas comunicar no hospital a necessidade e encaminhar ao serviço social
- ✓

P049 - PACIENTE IDOSO – GENERALIDADE E ABUSO

a. Paciente geriátrico: acima de 65 anos (Obs.: o estatuto do idoso aplica-se a pacientes de idade igual ou superior a 60 anos.)

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO

Características gerais do idoso

i. Diminuição da:

- ✓ Acuidade visual
- ✓ Reação pupilar
- ✓ Função renal
- ✓ Água total do corpo
- ✓ Capacidade respiratória
- ✓ Estatura
- ✓ Audição
- ✓ Produção de saliva
- ✓ Débito e frequência cardíaca
- ✓ Elasticidade da pele
- ✓ 15 a 30% da gordura corporal
- ✓ Atividade esofágica
- ✓ Olfato e paladar

Conduta

- ✓ Trate-o como paciente adulto
- ✓ Demonstre respeito
- ✓ Não use gírias nem intimidade excessiva
- ✓ Fale em tom audível, não necessariamente alto
- ✓ Diga as palavras pausadamente e precisamente
- ✓ Se o cônjuge estiver perto, prepare-se para ter outro paciente
- ✓ Esteja atento a familiares e amigos

São indícios de maus tratos

- ✓ Explicações não plausíveis sobre lesões físicas;
- ✓ Demora injustificada para solicitar socorro;
- ✓ Solicitações frequentes para socorro;
- ✓ Medo ou distanciamento do socorrista;
- ✓ Cuidador se recusa a deixar o paciente sozinho com os membros da equipe;
- ✓ Medo do cuidador ou familiar
- ✓ Reação anormal do cuidador ou familiar

Possíveis achados físicos de maus tratos

- ✓ Contusões em áreas incomuns (interna do braço, tronco, nádegas, escalpe);
- ✓ Hematomas e ferimentos em estágios diferentes de cicatrização;
- ✓ Roupas sujas ou inadequadas para a estação;
- ✓ Padrão precário de higiene pessoal;
- ✓ Lesão ou sangramento na genitália, períneo e região anal;
- ✓ Desidratação, desnutrição e perda de peso inesperado;
- ✓ Úlceras de pressão (úlceras de decúbito);
- ✓ Lesões similares aos objetos que a causaram;
- ✓ Queimaduras com pontas de cigarro ou por imersão, principalmente na palma das mãos e solas dos pés (marcas tipo luvas e meias);
- ✓ Sinais de mordida;
- ✓ Marcas de compressão manual: esganadura, estrangulamento, unhas, agarrões, etc.
- ✓ Luxações, múltiplas fraturas ou fraturas em espiral;
- ✓ Hemorragia no couro cabeludo compatível com tentativa de se arrancar o cabelo;
- ✓ Fratura ou perda de dentes;

Conduta

i. Trate lesões específicas conforme protocolos próprios

Em caso de maus tratos

Encaminhe ao hospital e comunique a regulação médica

- ✓ O hospital deve acionar as autoridades competentes (Art. 19 do Estatuto do Idoso), se já não foi feito pela autoridade policial:

1. Ministério Público;
2. Conselho Municipal do Idoso;
3. Conselho Estadual do Idoso;
4. Conselho Nacional do Idoso.

- ✓ **Anotar no livro de intercorrências**

P050 - OPERAÇÃO DE VEÍCULOS DE APH

1. AO ASSUMIR O SERVIÇO

O condutor socorrista deverá realizar o check list da Unidade Móvel diariamente em todos os plantões e a cada troca de carro (quando o carro chegar da mecânica)

O CHECK LIST ANEXO D DEVE SER ENTREGUE PARA SER ARQUIVADO NA SALA CENTRAL DO SAMU SUZANO

2. DESLOCAMENTO PARA OCORRÊNCIA

- a. Adote uma direção defensiva ao longo do deslocamento, com velocidade moderada, a fim de se evitar acidentes e danos em equipamentos da Unidade Móvel;
- b. Em todos os deslocamentos para ocorrência as luzes de advertência e os faróis devem estar ligados;
- c. As sirenes devem ser ligadas apenas em casos de emergência real;

- ✓ Segundo o Código de Trânsito Brasileiro (CTB)

- i. Os veículos destinados a socorro de incêndio e salvamento, os de polícia, os de fiscalização e operação de trânsito e as ambulâncias, além de prioridade de trânsito, gozam de livre circulação, estacionamento e parada, quando em serviço de urgência e devidamente identificados por dispositivos regulamentares de alarme sonoro e iluminação vermelha intermitente”.
- ii. A prioridade de passagem na via e no cruzamento deverá se dar com velocidade reduzida e com os devidos cuidados de segurança, obedecidas as demais normas do Código;

Durante o deslocamento todos os ocupantes da Unidade Móvel devem utilizar cintos de segurança, inclusive pacientes e acompanhantes.

3. NA CENA

- a. Evite parar na zona quente, devido aos perigos à viatura: produtos químicos, calor, objetos perfurantes dos pneus, etc. Pare na zona morna.
- b. Estacione na mesma faixa onde ocorreu o acidente.
- c. Sinalize a via com cones conforme quadro abaixo:

O SAMU não deve desviar o trânsito e sim bloqueá-lo para proteger a cena

Tipos de Vias	Distância do 1º Cone à Viatura
---------------	--------------------------------

	Velocidade Máxima Permitida	Com pista seca	Com chuva, neblina, fumaça e à noite
Vias Locais	40 km/h	40 passos longos	80 passos longos
Avenidas	60 km/h	60 passos longos	120 passos longos
Vias de Fluxo Rápido	80 km/h	80 passos longos	160 passos longos
Rodovias	110 km/h	110 passos longos	220 passos longos

- d. O 1º cone (início da sinalização) é o primeiro a ser visualizado pelos motoristas usuários da via que estão na faixa onde ocorreu o acidente. Se nas duas, ambas devem ser sinalizadas;
- e. A Unidade Móvel ou outro veículo de emergência (preferencialmente) deve estar entre o fluxo de veículos e a cena.
- f. Mantenha as luzes de emergência ligadas, pois segundo o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) é infração de trânsito deixar de manter ligado, nas situações de atendimento de emergência, o sistema de iluminação vermelha intermitente dos veículos de polícia, de socorro de incêndio e salvamento, de fiscalização de trânsito e das ambulâncias, ainda que parados.
- g. Se a Unidade Móvel é a primeira viatura de emergência na cena, pare antes da zona quente, de forma a proteger a Equipe de eventual colisão provocada por outro veículo e de modo que o farol e as luzes da viatura iluminem a cena;
- h. Estacione de maneira a garantir uma rápida partida da cena e o máximo de segurança para a Equipe;
- i. À noite ou em baixa iluminação, a Equipe deve utilizar coletes ou uniformes refletivos ou durante atendimento em via pública.

A sinalização e o isolamento devem permitir o trabalho seguro da equipe. Os demais motoristas da via devem VER a sinalização, COMPREENDER o que ela quer dizer e ter tempo de REAÇÃO, evitando assim novos acidentes. Havendo necessidade, peça aos agentes de trânsito para interromper totalmente o fluxo de veículos. Na ausência dos mesmos, a Equipe deve providenciar a interrupção.

4. AO DESLOCAR PARA HOSPITAL

- a. Apenas use as sirenes se estritamente necessário; o médico regulador dirá o nível de prioridade da ocorrência do qual será necessário acionar as sirenes
- b. Segundo a AHA, o uso de sirenes durante transporte de paciente consciente com emergência cardiovascular (infarto, angina, insuficiência cardíaca congestiva, taquicardia ventricular etc) não é benéfico e pode ser maléfico ao paciente – evidência classe III.);
- c. Desligue a sirene ao aproximar-se de hospitais, inclusive o do destino do paciente.
- d. É terminantemente proibido transportar paciente/vítima sozinho no salão da Unidade Móvel, sem exceção.

Não é permitido à Equipe, ao paciente ou ao acompanhante fumar durante o atendimento da ocorrência ou e no interior da Unidade Móvel, esteja a mesma em deslocamento ou parada.

Não é permitido à Equipe, ao paciente ou ao acompanhante alimentar-se no interior da Unidade Móvel.

Após cada atendimento limpe e descontamine a viatura e equipamentos, conforme a necessidade.

Reponha materiais se necessário.

Segundo a Resolução CFM 2.110/2014 é de responsabilidade do médico plantonista responsável pelo setor de urgência tomar providencias quanto a liberação da maca da Unidade Móvel.

ATENÇÃO

Se a Unidade Móvel chegar primeiro na ocorrência em caso de colisão veicular com risco de incêndio levar para a zona morna o extintor de incêndio e acionar apoio 193

P051 - OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA CENA

1. Considere a presença de médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde não pertencentes à Equipe na cena como um potencial apoiador à Equipe;
2. A Equipe deve acatar as orientações de procedimentos do profissional médico desde que não contrariem as diretrizes do Protocolo de APH do Socorrista;
3. Caso o mesmo dê uma ordem que possa prejudicar o paciente explique a ele, conforme o Protocolo de APH do Socorrista, as razões pelas quais você não a pode cumprir;
4. Em caso de conflito, solicite a intervenção do médico regulador, se o tempo total de cena o permitir;
5. Anote o nome completo, o Nº do CRM, do COREM ou de outro Conselho a que pertença o profissional que intervier na ocorrência;
6. Relate na ficha de ocorrência os procedimentos técnicos adotados pelo profissional;
7. Faça um relatório do conflito havido, citando dados completos da ocorrência e testemunhas.

P052 - RECUSA DE ATENDIMENTO

QUESTÕES LEGAIS

- ✓ Todas as pessoas têm direito constitucional à assistência à saúde;
- ✓ A vida e a saúde são bens indisponíveis;
- ✓ O SAMU, como garantidor legal, possui o dever de socorrer;
- ✓ Se a vítima interpõe óbices intransponíveis ao auxílio, não há que se falar em crime de omissão de socorro;
- ✓ Em caso de recusa de paciente vítima de lesões leves (ou potencialmente leves), em que o próprio paciente ou representante legal pode buscar socorro adequado ou providenciar sua própria assistência por meios próprios, também não há crime.

OS SEGUINTE DADOS DEVEM SER CONHECIDOS DO SOCORRISTA, ANTES QUE O PACIENTE POSSA RECUSAR FORMALMENTE O ATENDIMENTO:

- a. O paciente está alerta e orientado quanto à pessoa, tempo e lugar?
- b. Há algum sinal que o impeça de compreender as consequências de sua decisão, tais como:
 - i. Uso de álcool ou drogas;
 - ii. Desordens psiquiátricas ou psicológicas;
 - iii. Paciente apresenta-se como um perigo para si e para outros;
 - iv. Trauma de cabeça;
 - v. Histórico de doença que afeta sua capacidade mental;
 - vi. Alguma outra condição clínica que possa limitar sua capacidade de pensar racionalmente;
 - vii. Menor de idade.
- c. Os sinais vitais estão normais?
- d. O paciente compreende as possíveis consequências de sua recusa?
- e. O paciente oferece uma resistência intransponível ao atendimento?
- f. O quadro clínico do paciente é potencialmente grave?

SE O PACIENTE (OU REPRESENTANTE LEGAL) RECUSA O ATENDIMENTO, MAS A EQUIPE ENTENDE QUE ELE NECESSITA DE ATENDIMENTO MÉDICO:

- a. Tente contar com os familiares, ou amigos ou pessoas próximas a ele no sentido de ajudar a convencê-lo da gravidade de sua condição;
- b. Comunique imediatamente o médico regulador;

c. Se ainda assim não houver sucesso nas tentativas, solicite autoridade policial para auxiliar no socorro e/ou registrar a recusa de atendimento.

SE O PACIENTE POSSUI LESÕES LEVES, SE O MECANISMO DA LESÃO NÃO FOI SIGNIFICATIVO E O MESMO NÃO DESEJA SER ATENDIDO, O SOCORRISTA PODERÁ ACATAR SEU DESEJO.

COMUNIQUE IMEDIATAMENTE A REGULAÇÃO MÉDICA;

OS DADOS PESSOAIS E CLÍNICOS DO PACIENTE E OS DADOS DA OCORRÊNCIA DEVEM SER COLHIDOS EM TODOS OS CASOS DE RECUSA. CASO O PACIENTE NÃO PERMITA A COLETA DESTES DADOS, TAL FATO DEVE CONSTAR EM RELATÓRIO (FICHA DE OCORRÊNCIA)

COLHA ASSINATURA DE 2 TESTEMUNHAS OU PELO MENOS 1 E ORIENTE O PACIENTE QUANTO AOS SEGUINTE ASPECTOS:

- a. Seu estado médico pode se agravar em decorrência de eventual condição clínica oculta não detectada pela equipe;
- b. O serviço de emergência do SAMU está disponível 24 horas / dia e acessível via fone 192

P053 - PRESUNÇÃO DE ÓBITO

QUESTÕES LEGAIS

- a. Somente profissional médico pode expedir a declaração de constatação de óbito;
- b. Em casos óbvios, contudo, o profissional não médico pode presumir o óbito.

São situações extremas como:

a. Presunção de óbito, sem que se inicie as manobras de RCP deve ser considerada apenas nas seguintes condições:

- i. Decapitação;
- ii. Decomposição;
- iii. *Rigor mortis*;
- iv. *Livor mortis* com lividez dependente;
- v. Secção de tronco com parada cardiorrespiratória;
- vi. Esmagamento total de crânio com parada cardiorrespiratória;
- vii. Carbonização;
- viii. Paciente sem pulso e apnéico, mesmo após permeabilização de vias aéreas, em ocorrências com múltiplas vítimas, em que os recursos operacionais são insuficientes para atendimento de todas as vítimas, mas apenas das vivas (respira e tem pulso);

Em caso de mulher grávida, mesmo com lesão incompatível com a vida (e.g. *esmagamento total de cabeça*) com PCR testemunhada, deve-se iniciar a RCP e transportá-la para o hospital de referência mais próximo, na tentativa de salvar o bebê!!!.

Paciente hipotérmico pode sobreviver mesmo em situações extremas de parada cardiorrespiratória.

Em caso de óbito no local, onde a Unidade Móvel foi solicitada e presumiu o óbito óbvio, a equipe deve contatar o médico regulador, comunicar ao Serviço Hospitalar de referência para que seja encaminhado o médico plantonista do hospital para declarar o óbito.

Em caso de cena de crime, suicídio ou morte violenta deverá acionar o 190 antecipadamente. Em ambos os casos, a equipe só deverá retornar a base à partir da autorização do médico regulador.

Abrir a ficha de ocorrência relatar toda a descrição da cena e deixar a via carbonada com

a família no local para ser entregue ao médico que irá declarar ou atestar o óbito
Em caso de ambiente hostil a prioridade é a segurança da equipe
Cuidado para não alterar a cena em caso de suspeita de crime.
Caso a central reguladora passar um chamado de óbito e pedir apenas para passar para o
médico do hospital, comunicar pessoalmente ao enfermeiro do pronto socorro e relatar no
livro de ocorrência.
O SAMU não transporta o médico do hospital para o local para constatar óbito.

P054 - PUNÇÃO VENOSA E MEDICAÇÃO POR TELEMEDICINA

Toda punção venosa e administração de medicamentos deve ser autorizada pela regulação médica por telemedicina após avaliação da situação de urgência e emergência pelo médico regulador.

De acordo com a Norma da ANVISA, que regulamenta a Segurança do Paciente – RDC Nº 36, de julho de 2013, o médico regulador (prescritor) deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara, quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor, antes de administrar o medicamento. As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no prontuário ou folha de registro após a administração do medicamento.

1. O técnico de enfermagem deve avaliar a cena, realizar a avaliação física e realizar os sinais vitais e entrevista, aplicar as escalas padronizadas pelos protocolos e passar todas as informações para o médico regulador.
2. O técnico de enfermagem deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor, antes de administrar o medicamento.
3. Não realizar punção venosa com a Unidade Móvel em deslocamento devido o risco de acidente com perfuro-cortante.
4. Se a rede vascular da vítima estiver comprometida ou for de difícil acesso o médico regulador deve ser comunicado imediatamente, o deslocamento da Unidade Móvel não deve ser atrasado por uma tentativa de punção difícil.
5. A prescrição médica por telemedicina deve estar restrita aos medicamentos e soros estabelecidos no protocolo de punção venosa e medicação por telemedicina e autorizado pelo médico responsável técnico.
6. Relatar todo o procedimento na ficha de ocorrência

P055 – NÚMERO DE PACIENTES A SEREM TRANSPORTADOS NA UNIDADE MÓVEL

A equipe designada para atendimento no serviço pré-hospitalar móvel, em unidade de suporte básico, é a mínima exigida, recomendada para o transporte de apenas uma vítima por Unidade Móvel, a fim de garantir que o atendimento seja realizado com qualidade e segurança, tanto para o paciente, quanto para a equipe.

Em casos de acidentes com mais de uma vítima, para não caracterizar abandono a Unidade Móvel deve remover por viatura dois pacientes estáveis, e no caso de necessidade solicitar apoio.

Nos casos em que ocorrerem situações como:

1. Uma ocorrência designada para um paciente e ao chegar ao local outra pessoa pediu assistência que não faz parte do motivo do chamado
2. Chamados diferentes em endereços próximos

3. Viatura se deslocando para atendimento ou voltando dele se deparando com outra ocorrência

Diante de todos estes casos não ignorar o fato e passar a tomada de decisão para o médico regulador sobre a autorização de remover mais de um paciente na Unidade Móvel, relatar o ocorrido na ficha de ocorrência anotando o nome do médico que autorizou.

Não deixar de passar todos os detalhes da situação para o médico regulador após avaliação do caso.

Todas as pessoas que estiverem dentro da Unidade Móvel devem estar devidamente sentadas e com cinto de segurança, principalmente o acompanhante e paciente/vítima. Salvo os socorristas que estiverem em atendimento de situações críticas que exijam remoção com atendimento.

É permitido apenas um acompanhante por ocorrência, ele pode ser transportado na frente com o condutor socorrista em caso de situação crítica do paciente/vítima. Ficar atento para passar tranquilidade para o acompanhante dando à ele as informações necessárias sobre os procedimentos realizados.

P056 - SINAIS VITAIS

1. CONCEITO

a. Sinais vitais são as medidas das mais básicas funções do corpo. São quatro: temperatura, pressão arterial, respiração e pulso. São indicativos importantes também a cor da pele e mucosas, perfusão capilar e oximetria de pulso.

b. Seus valores possuem pequenas alterações conforme as referências bibliográficas adotadas

2. MEDIDAS

a. Temperatura corporal (axilar)

Normal	Febre discreta	Febre moderada	Febre Elevada	Hiperpirexia
36,6° 37,2°C	37,2° 38,4°C	38,5° 39,0°C	39,0° 40,5°C	>40,5°C

b. Movimentos respiratórios por minuto (MRPM)

Adulto	Criança	Bebê	Neonato
12 a 20	15 a 30	25 a 50	30 a 60

c. Pulso (batimentos cardíacos por minuto – BCPM)

Adulto	Criança	Bebê
60 a 100	70 a 150	100 a 160

d. Pressão arterial

	Adulto	Criança / Bebê
Sistólica (mm Hg)	110-140	80 + 2X Idade
Diastólica (mm Hg)	60-90	2/3 Sistólica

3. PROCEDIMENTO PARA SE MEDIR A PRESSÃO ARTERIAL

a. Observações gerais

- i. Explique para o paciente o procedimento que será realizado.
- ii. O manguito deve ter largura de dois terços em relação ao comprimento da porção da extremidade onde será medida a PA

b. Método Auscultatório

- i. Posicione a vítima com o braço apoiado no nível do coração.
- ii. Localize o manômetro de modo a visualizar claramente os valores da medida.
- iii. Selecione o tamanho da braçadeira indicada para o paciente (adultos, crianças e bebês) A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%.
- iv. Localize a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a.
- v. Envolve a braçadeira em torno do braço, centralizando o manguito sobre a artéria braquial.
- vi. Mantenha a margem inferior da braçadeira a 2,5cm acima da dobra do cotovelo e encontre o centro do manguito dobrando ao meio.
- vii. Determine o nível máximo de insuflação palpando o pulso radial até seu desaparecimento, registrando o valor (pressão sistólica palpada) e aumentando mais 30 mmHg.
- viii. Posicione o estetoscópio sobre a artéria braquial palpada abaixo do manguito na fossa ante cubital.
- ix. Desinsufle o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 3 mmHg por segundo.
- x. Identifique a pressão sistólica (máxima) observando no manômetro o ponto correspondente ao primeiro batimento regular audível.
- xi. Identifique a pressão diastólica (mínima) observando no manômetro o ponto correspondente ao último batimento regular audível.
- xii. Desinsufle totalmente o aparelho com atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos.
- xiii. Retire o aparelho do braço e guarde-o cuidadosamente a fim de evitar danos.
- xiv. Anote a PA e a hora. Exemplo PA. 126X84, 10h55min.

c. Método Palpatório

- i. Coloque as pontas dos dedos no pulso radial. Sinta o pulso.
- ii. Infele o manguito até ultrapassar um valor em que cesse o pulso.
- iii. Vagarosamente esvazie o manguito, olhando o mostrador ou a coluna de mercúrio.
- iv. Quando perceber o retomo do pulso, leia a pressão sistólica aproximada.
- v. Anote a PA, hora e método usado. Exemplo: PA 120 (palpação), 10h55min.

A posição em que a vítima se encontra (em pé, sentado ou deitado), atividade física recente, a emoção ou dor da ocorrência e o equipamento inadequado podem alterar os níveis da pressão.

P057 - ESTADO DE CHOQUE

1. SINAIS E SINTOMAS

Sinais e sintomas universais de todos os tipos de choques

i. Sinais precoces

1. Taquicardia
2. Pulso fraco
3. Reenchimento capilar > 2 seg
4. Palidez cutânea
5. Vasoconstrição cutânea (cianose)
6. Sudorese
7. Pele fria

ii. Sinais tardios

1. Hipotensão arterial
2. Taquipnéia
3. Alterações neurológicas (comportamentais)

b. Sinais e sintomas típicos dos choques específicos

i. Choque cardiogênico

1. Hipertensão seguido de hipotensão
2. Taquicardia seguida de Bradicardia
3. Dispnéia
4. Sudorese
5. Palidez cutânea
6. Alterações neurológicas (comportamentais)

ii. Choque neurogênico

1. Hipotensão
2. Bradicardia
3. Pele rosada e bem perfundida.

iii. Choque psicogênico

1. Hipotensão
2. Bradicardia seguida de taquicardia

iv. Choque séptico

1. Hipotensão persistente
2. Pele quente e ruborizada
3. Calafrios
4. Febre
5. Taquipnéia
6. Taquicardia

v. Choque anafilático

1. Pele avermelhada, com coceira ou queimação.
2. Edema de face e língua
3. Respiração ruidosa e difícil
4. Hipotensão arterial
5. Pulso fraco
6. Tontura
7. Palidez e cianose
8. Coma

vi. Choque hipovolêmico (hemorrágico)

1. Ansiedade e inquietação
2. Náuseas e vômitos
3. Boca, língua e lábios secos
4. Sede intensa
5. PA sistólica menor que 90mm/Hg (tardio)
6. Taquicardia
7. Taquipnéia seguida de bradipnéia com respiração rápida e profunda
8. Enchimento capilar acima de 2 segundos
9. Pele fria, úmida e pegajosa
10. Palidez ou cianose
11. Olhos opacos e pupilas dilatadas
12. Torpor e coma

c. Classificação do choque hipovolêmico hemorrágico no adulto

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perda sangüínea (ml)	700 ml	750 - 1500 ml	1500 - 2000 ml	> 2000 ml
Perda sangüínea (%)	Até 15%	15 -30%	30-40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	Entre 100 -120	>120	>140
Pressão Arterial	Normal	Normal	Diminuída	Muito Diminuída
Frequência Respiratória	14-20	20-30	30-40	>35
Estado Mental	Ansiedade Leve	Ansiedade Moderada	Ansioso e Confuso	Ansioso e Letárgico

P058 - ESCALA DE APGAR

1. CONCEITO

É a avaliação do quadro da vitalidade do neonato, logo após o nascimento.

2. CONDUTA

- a. Devem ser feitas três medições: no primeiro, no quinto e no décimo minuto de vida.
- b. Avalia-se através da pontuação determinada no momento do nascimento e aos 5 (cinco) minutos de vida.

3. PARÂMETROS

a. Tabela Escala de APGAR

PARÂMETROS		PONTUAÇÃO		
		0	1	2
Frequência Cardíaca	Ausente	Menor que 100 BPM	Maior que 100 BPM	
Esforço Respiratório	Ausente	Choro fraco Respiração irregular	Choro forte Respiração regular	
Tônus Muscular	Flácido	Discreta flexão de extremidade	Semiflexão completa	
Reflexos de Irritabilidade	Ausente	Resposta com careta	Tosse ou espirro	
Coloração da Pele	Cianose generalizada ou palidez	Corpo róseo, extremidades cianóticas	Completamente róseo	

- b. Deve ser avaliado no primeiro minuto, novamente, aos cinco minutos de vida e no 10º minuto.
c. Quando a nota de cinco minutos for inferior a 7, novas avaliações devem ser realizadas a cada cinco minutos, por até 20 minutos, e adequadamente registradas.
d. Não deve servir para decisão quanto à reanimação do neonato.
e. O resultado encontrado deve ser informado ao médico no hospital, uma vez que as notas obtidas nos primeiro e quinto minutos são registradas no “Cartão da Criança”.

P059 - ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO

1. CONCEITO

Escala de Coma de Glasgow (ECG) é uma escala neurológica com objetivo de registrar o nível de consciência e responsividade de um paciente.

2. PARÂMETROS

a. Abertura Ocular

Espontânea	4 pontos	Olhos abertos espontaneamente com movimentos normais.
À voz	3 pontos	Olhos fechados que só se abrem mediante um estímulo verbal, não necessariamente à ordem de “abra os olhos”.
À dor	2 pontos	Olhos fechados que só se abrem mediante estímulo doloroso.
Ausente	1 ponto	Não abre os olhos.

b. Resposta Verbal

Orientada	5 pontos	Consegue descrever quem é, e o que aconteceu etc...
Confusa	4 pontos	Responde às perguntas, mas não sabe descrever quem é, onde está ou o que aconteceu.
Palavras desconexas	3 pontos	Diz palavras isoladas e sem sentido, não conseguindo formar frases completas.
Sons ininteligíveis	2 pontos	Não consegue sequer articular palavras, emitindo apenas murmúrios ou grunhidos.
Ausente	1 ponto	Não emite qualquer som vocal.

c. Resposta Motora

Obedece a comandos	6 pontos	É capaz de executar movimentos mediante solicitação verbal, do tipo “aperte minha mão, levante a perna, mova o pé etc...”
Localiza estímulos dolorosos	5 pontos	Consegue localizar a região onde está sendo estimulado dolorosamente e tenta remover a mão do examinador para impedi-lo.
Retira à dor	4 pontos	Retirada inespecífica: o indivíduo retira o estímulo doloroso mediante flexão do membro estimulado, numa resposta reflexa.
Flexão anormal (decortica-ção)	3 pontos	Ao ser estimulado flexiona as extremidades superiores e estende as extremidades inferiores assumindo a atitude de decorticação.
Extensão anormal (Descere-bração)	2 pontos	Ao ser estimulado, estende as extremidades superiores e inferiores assumindo a chamada atitude de descerebração.
Ausência de resposta	1 ponto	Irresponsivo.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE SEGUNDO A PONTUAÇÃO NA ECG

- a. TCE Leve - 13 a 15
- b. TCE Moderado - 09 a 12
- c. TCE Grave - 03 a 08

P060 - ESCALA DE COMA DE GLASGOW - PEDIÁTRICA

1. CONCEITO

a. A Escala de Coma de Glasgow (ECG) pediátrica é uma escala neurológica com objetivo de registrar o nível de consciência e responsividade de um paciente pediátrico menor de 5 anos durante a avaliação inicial sempre que possível, será contínua e após um traumatismo craniano ou traumas diversos.

2. PARÂMETROS

a. Abertura Ocular

Espontânea	4 pontos	Olhos abertos espontaneamente. Abre os olhos.
À voz	3 pontos	Olhos fechados que só se abrem mediante um estímulo verbal.
À dor	2 pontos	Olhos fechados que só se abrem mediante um pequeno estímulo doloroso.
Ausente	1 ponto	Não abre os olhos.

b. Resposta Verbal

Balucio	5 pontos	Orientado para o som, segue objetos, fixa objetos, interage, sorriso social e “palavra apropriada (>1ano)”.
Choro irritante	4 pontos	Choro contínuo, mas consolável; palavra inapropriada.
Choro a dor	3 pontos	Choro persistente irritado, inconsolável gemendo.
Gemido a dor	2 pontos	Inquieto, agitado, inconsolável e geme.
Ausente	1 ponto	Não emite qualquer som.

c. Resposta Motora

Movimento espontâneo	6 pontos	É capaz de executar movimentos espontâneos ou proposital sozinho.
Retira ao toque	5 pontos	Consegue sentir a região onde está sendo estimulada e tenta se afastar.
Retira à dor	4 pontos	Consegue sentir a região onde está sendo estimulada a dor e se afasta.
Flexão anormal	3 pontos	Ao ser estimulado flexiona as extremidades superiores e estende as extremidades inferiores assumindo a atitude de decorticação.
Extensão anormal	2 pontos	Ao ser estimulado, estende as extremidades superiores e inferiores assumindo a chamada atitude de descerebração.
Ausente	1 ponto	Ausência de qualquer resposta

d. Classificação do TCE segundo a ECG pediátrica

- i. 13 a 15 - leve
- ii. 09 a 12 - moderado
- iii. 03 a 08 – grave

P061 - ESCALA DE TRAUMA SCORE

1. CONCEITO

- a. A escala de *Trauma Score (TS)* visa quantificar o nível da gravidade de um paciente traumatizado, sendo assim fator decisivo para orientar a conduta do socorrista no atendimento e na triagem (situação onde a emergência ultrapassa a capacidade de resposta).
- b. É composta de uma combinação de resultados a partir de três categorias: Escala de Coma de Glasgow, Pressão Arterial Sistólica e Frequência Respiratória.
- c. A Escala de *Trauma Score* não inclui o enchimento capilar e a expansão pulmonar, visto a subjetividade destes.

2. PARÂMETROS

- a. Tabela de Trauma Score

Valor	Pontos na Escala de Coma de Glasgow	Pressão Arterial Sistólica	Frequência Respiratória
4	13-15	> 89	10-29
3	9-12	76-89	>29
2	6-8	50-75	6-9
1	4-5	1-49	1-5
0	3	0	0

Interpretação do resultado da escala de trauma:

Trauma grave: 0 a 06

Trauma moderado: 07 a 10

Trauma leve: 11 a 12

P062 - COMUNICAÇÃO VIA RÁDIO CÓDIGOS MAIS UTILIZADOS

Toda a comunicação realizada entre as equipes, a Central de Regulação de Suzano e o Rádio Operador da Central Suzano deve acontecer principalmente pelo sistema via rádio comunicação, na impossibilidade por motivos de falha na frequência do sistema o médico regulador deve ser contatado pelo número 192.

O telefone fixo do Operador de rádio é de uso exclusivo da Central de Regulação de Suzano para comunicação direta com a Central de Suzano .

Não deve ser utilizado para fazer ligação, apenas para receber ligações da Central de Regulação de Suzano , em hipótese alguma este número deve ser passado a qualquer pessoa sem exceção.

A linguagem utilizada nas comunicações devem seguir os códigos a seguir, não utilizar “gírias”, falar o que for necessário sem prolongamento de forma sucinta, utilizar o rádio apenas para comunicação dos deslocamentos e dos eventos das ocorrências.

É de responsabilidade da equipe manter o rádio com a bateria com carga suficiente para o atendimento, cada rádio possui sua própria bateria e não deve ser trocada, o rádio é fixo de acordo com a equipe e com a Unidade Móvel sendo passado em plantão.

Toda a comunicação referente as ocorrências deve ser relatada pelo operador de rádio na FOLHA DE CHAMADAS SAMU (ANEXO H)

O OPERADOR DE RÁDIO DEVE COMUNICAR O ENFERMEIRO QUALQUER PROBLEMA RELACIONADO A MÁ UTILIZAÇÃO DO RÁDIO, SEJA POR COMUNICAÇÃO INADEQUADA OU FALTA DE CUIDADO COM O APARELHO

- QAP - Estou na escuta
- QBU – Paciente psiquiátrico
- QRA – Seu nome
- QRU - Mensagem urgente
- QRV - A disposição
- QSL – Entendido
- QSM – Repetir a última mensagem
- QRM – Interferência na mensagem
- QST – Mensagem de interesse geral
- QRF - Refeição
- QRX – Estou ocupado, um momento
- QTA - Cancelar a mensagem
- QTC - Qual a mensagem
- QTH – Localização
- QTO - Sanitário.
- QTR - Horário.
- QTY - A caminho do local do acidente.
- TKS – Obrigado

P063 - CUIDADOS PESSOAIS

- Portar o uniforme padronizado do SAMU/192/SP. E com a descrição definida no Protocolo P00
- Calçar sapato ou bota fechada, sem cadarço, sola antiderrapante e na cor preta.
- Estar com os cabelos presos.
- Estar de unhas curtas.
- Não portar joias (anéis, pulseiras, colares...) e brincos pequenos e não pendurados.
- Estar de barba feita ou aparada curta.
- Manter o uniforme limpo evitando um meio de contaminação.

P064 – FICHA DE ARROLAMENTO DE VALORES

1. DESCRIÇÃO

Ficha onde se lista e descreve as características e quantidade de todos os pertences do paciente/vítima que estavam em sua posse no local da ocorrência. Pertences a serem entregues a outros diante da impossibilidade do mesmo não poderem ficar em posse dos seus pertences, ao realizar o arrolamento de valores na Ficha a pessoa que o receber torna-se responsável pelos seus cuidados.

- A ficha deve ser preenchida corretamente em duas vias, a via carbonada fica na Central Suzano e a original vai para o prontuário do paciente.

Os valores arrolados devem ser embalados e lacrados, o número do laque deve ser anotado na Ficha.

- Anotar exatamente a descrição do objeto com as características de cor, tamanho, quantidade, integridade, sujidade, sem lhe atribuir características que remetem ao seu valor.

- Anotar no livro de intercorrências.

- Vide (ANEXO G) (FICHA DE ARROLAMENTO DE VALORES/PERTENCES – PACIENTE).

P065 – CHECK LIST MOCHILAS E EQUIPAMENTOS

1. Descrição

Impresso (ANEXO B/C) para checagem de materiais necessários para o atendimento das ocorrências, como das mochilas: vermelha (vias aéreas), amarela (material de parto), laranja/azul (trauma) e laranja (sinais vitais), assim como o estoque dentro da ambulância e seus equipamentos.

- Realizar o check list após a passagem de plantão pela equipe (técnico de enfermagem e condutor socorrista)

- Comunicar a chefia imediata à falta de algum material ou equipamento e algum problema com os mesmos

- Repor o material que for necessário com o impresso apropriado (ANEXO M/N) assinado pelo enfermeiro.

- A realização deste procedimento é diária por plantão, na impossibilidade de ser realizado deve ser comunicado imediatamente ao enfermeiro.

P066 – CHECK LIST VIATURAS

O condutor socorrista deverá sempre com o check list (ANEXO D), conferir:

- ✓ As condições gerais do veículo: água, óleos, pneus, luzes de emergência e de atendimento (internas e externas), faróis, freios e tudo mais que estiver descrito no check list diariamente após a passagem de plantão em todos os períodos.
- ✓ A identificação de algum problema deve ser comunicada imediatamente ao enfermeiro e relatada no livro de intercorrência.
- ✓ A realização deste procedimento é diária por plantão, na impossibilidade de ser realizado deve ser comunicado imediatamente ao enfermeiro.

O CHECK LIST ANEXO D DEVE SER ENTREGUE PARA SER ARQUIVADO NA SALA CENTRAL DO SAMU SUZANO

A FOLHA DE CHECK LIST DEVE PERMANECER NA PASTA JUNTAMENTE COM AS OUTRAS FOLHA DE CHECK LIST DA MOCHILA E EQUIPAMENTOS

P067 – RELATÓRIO DE TRANSPORTE

1.Descrição

Anotação realizada pelo condutor socorrista onde consta o número do chamado, bairro, quilometragem da saída e chegada à base, abastecimento e saídas para manutenção.

Nesta folha devem estar anotadas corretamente e completamente todas as informações.

- Tem como finalidade o controle da quilometragem e o consumo de combustível
- A figura do marcador de combustível é para anotar o combustível em que se passa o plantão
- Qualquer dúvida deve ser esclarecida com o enfermeiro
- Vide (ANEXO E) RELATÓRIO DE TRANSPORTE SAMU - VTR

P068 – FICHA DE OCORRÊNCIA

1.Descrição

Folha onde estão relatadas todas as informações necessárias à ocorrência, sempre com duas vias.

- Análise primária (realizada de acordo com o protocolo P01)
- Análise Secundária (realizada de acordo com o protocolo P01)
- SAMPLA: Realizar aferição dos sinais vitais em todos os casos, salvo em situações que a própria condição do paciente/vítima o impeça de realiza-lo, a glicemia capilar deve ser realizada com critério em crianças e quando for extremamente necessário.

- I. Avaliação gineco/obstétrica: Realizado nas gestantes independente da idade gestacional
- II. Avaliação neurológica: Realizar em todos os casos
- III. Avaliação das vias aéreas: Realizar em todos os casos
- IV. Avaliação circulatória Neste, parte que se refere a dor está especificamente relacionada ao sintoma do infarto e o edema não está relacionado ao trauma, mas ao sistema cardiovascular

- Tempos de Deslocamento: Os deslocamentos são passados no momento em que ocorrem e controlados pelo operador de rádio que determina a hora (QTR), ele deve estar exatamente igual com a folha do rádio

- Endereço da Ocorrência: Anotar de forma completa

- Descrição da Cena: “quantos, como, onde e com quem?”

- Identificação do Agravo: Realizado apenas pelo enfermeiro

- Motivo do chamado: Deve estar exatamente igual com a folha do rádio, se ao chegar no local o motivo for outro, isto deve ser anotado na descrição da cena

- Escala de DOR: Escala numérica ou analógica (referencia)

- Índice Apgar: Realizado obrigatoriamente no RN

- Escala de Trauma: Realizado politraumatizado para quantificar a gravidade

- Escala de Coma Glasgow: Realizar em todos os casos (escala adulto P059 e escala pediátrica P060)

- Avaliação da Cena (cinemática do trauma)

- Recusa de Atendimento com assinatura de testemunhas nos casos de recusa, evasão, endereço não localizado e remoção por outros meios

- Check list de procedimentos realizados (kit de material)

- Relatório de enfermagem: Descrever de forma objetiva em frases curtas separadas por vírgula, não utilizar o código Q no texto, não rasurar, se for necessário a rasura colocar entre parênteses e ao lado a palavra “digo” com a correta ao lado, não deixar espaços em branco, utilizar caligrafia legível e na dúvida quanto a ortografia pedir orientação.

- I. O que aconteceu e como?
- II. Qual a condição atual do paciente/vítima?
- III. Qual a conduta e procedimentos realizados?
- IV. Qual a prescrição médica e o nome do médico que solicitou?
- V. Quais os resultados da sua intervenção?
- VI. Qual o destino?

- Identificação do responsável pelo recebimento do paciente e local do atendimento no intra-hospitalar (assinatura e carimbo)

- Na silhueta corporal apontar o local da lesão de acordo com as referencias para rápida identificação

- A avaliação sensitiva dolorosa está para indicar a localização da dor

- PARTO E AVALIAÇÃO/CUIDADO DO RN PÓS-PARTO: Especificamente em situação de parto

- Anotar no check list a medicação/volume utilizado e descrever no relatório de enfermagem

- ANEXO A

Deve ser preenchido de acordo com o tipo de ocorrência, nas saídas que geraram atendimento e nas saídas que não geraram atendimento justificando o motivo.

Devem ser anotadas observações referentes ao tempo resposta prolongado que estiverem relacionados ao paciente/vítima.

Todas as fichas serão revisadas pelo enfermeiro e enviadas para o auxiliar administrativo para ser lançada em os dados planilha para estatística.

Diante da necessidade de correção da ficha solicitada pelo enfermeiro ela deve ser feita o mais breve possível retirando as dúvidas sobre o erro.

Todas as fichas devem estar CARIMBADAS e ASSINADAS pelo profissional de enfermagem técnico e enfermeiro responsável e pelo condutor socorrista.

NÃO ESQUECER EM HIPOTESE ALGUMA DE ANEXAR (GRAMPEAR) O PRONTUÁRIO DO PACIENTE A VIA CARBONADA E ESCREVER NA B.E. NA PARTE SUPERIOR “SAMU”

P069 - FLUXO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO SAMU PARA A REFERENCIA

1) Avaliar as condições do paciente em atendimento na Unidade Móvel e encaminhar o paciente ao setor correspondente ao caso, podendo ser:

-Avaliação com classificação de risco: Pacientes com boa saturação de O² em ar ambiente e que não precisam de intervenção médica imediata como as citadas na sala de emergência, podendo ficar tranquilamente em cadeira de rodas ou deambular sem auxílio, devidamente acompanhadas ou sem acompanhante se não tiver alteração de nível de consciência.

-Sala de emergência: hipoglicemia, sinais de encefalopatia, dor torácica ou abdominal associada a sintomatologia do infarto P09, quadros neurológicos P010, emergências respiratórias P011, crise convulsiva independente da melhora do quadro, pós comicial, politrauma, TCE, vítimas em protocolo de trauma, FCC, FPC, emergências psiquiátricas e comportamentais, intoxicação e envenenamento, queimaduras com quadros extremamente dolorosos independente da extensão adulto e criança, afogamento, quadros dolorosos extremos em geral, acidente com animais perigosos associado a anafilaxia,

-Centro Obstétrico: Gestante com contração e com perda de líquido, gestante com perda de líquido sem contração, mulher com sangramento vaginal extremo associado a sinais de choque hipovolêmico P057 e evidencia de aborto em andamento ou incompleto.

2) Entregar o paciente e sua copia da ficha de atendimento, para o enfermeiro do setor responsável, solicitando sua assinatura em local apropriado da ficha de atendimento do SAMU

3) Encaminhar acompanhante para a recepção para providenciar a ficha de atendimento,

4) Nos casos que ficar material empenhado (prancha, ked, head block, talas e colar), após a avaliação médica e consequente liberação do material , pegá-lo no setor onde foi deixado. No caso das nossas faixas de contensão, solicitar a troca das mesmas no setor de emergência, pois são materiais únicos do setor. Atentar que Oxímetro, DEA e maca são materiais únicos e devem ser o mais rápido possível liberados.

5) Deixar original da ficha de atendimento na sala do SAMU para arquivamento.

6) Qualquer intercorrência deverá ser comunicada ao enfermeiro responsável do plantão e devidamente relatada em livro de intercorrência do setor.

A EQUIPE DEVE PASSAR O CASO PARA O ENFERMEIRO QUE ASSINAR A FOLHA DE OCORRÊNCIA E ELE SE TORNARÁ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE/VÍTIMA

NÃO PROLONGAR O TEMPO DE LIBERAÇÃO DA EQUIPE EM BUSCA DE UM ENFERMEIRO PARA RECEBÊ-LO, EM CASO DO MESMO NÃO SE ENCONTRAR NO SETOR RELATAR NA FOLHA DE OCORRÊNCIA E ENTREGAR O PACIENTE/VÍTIMA PARA O TÉCNICO DE ENFERMAGEM QUE DEVE ASSINAR E CARIMBAR A FOLHA.

P070 – ROTINA DE SERVIÇO DE COORDENADOR DE FROTAS

SERVIÇOS EM REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO VEICULAR

RESUMO DE ATRIBUIÇÕES:

- Planejar a manutenção e reparação veicular
 - Coordenar atividades de manutenção e reparação veicular
 - Controlar a qualidade dos processos de manutenção e reparação veicular
 - Prover recursos para manutenção e reparação veicular
 - Registrar informações técnico-administrativas
- 1) Programar uma vistoria semanal das viaturas com dia e horário pré determinado pela Coordenação SAMU acompanhado por um condutor designado pelo Coordenador SAMU, emitindo relatório técnico (ANEXO N) encaminhando a Administração e cópia ao Coordenador SAMU.
- 2) Após identificado pelo supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular a necessidade de “baixa” da viatura o mesmo deve comunicar para o enfermeiro supervisor do plantão e providenciar substituição de no máximo 1 (uma) hora da viatura em “baixa”, emitindo relatório pedido de manutenção e reparo (ANEXO O) a Administração com cópia ao Coordenador SAMU.
- 3) Cabe ao supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular o encaminhamento da viatura a mecânica e a entrega da viatura ao SAMU 192 – Suzano . Será obrigatória a realização do check list (ANEXO D) pelos condutores socorristas ao receber a viatura da mecânica.
- 4) Cabe ao supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular estimar o tempo de manutenção e reparo da viatura e descrevê-lo no relatório (ANEXO O).
- 5) Cabe ao supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular a responsabilidade de providenciar socorro mecânico externo em situações de emergência.
- 6) Na vistoria semanal cabe ao supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular analisar a necessidade de substituição de peças, defeitos, falhas mecânicas do veículo.
- 7) É de responsabilidade do supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular o controle dos documentos das viaturas.
- 8) É de responsabilidade do supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular todos os tramites relacionados ao acionamento do seguro e seu vencimento, cabendo ao mesmo a comunicação do prazo de validade ao responsável.
- 9) Diante do acontecimento de sinistros com ou sem vítima os condutores socorristas ficam responsáveis pela comunicação imediata ao enfermeiro supervisor que cuidará de todo processo até a realização do boletim de ocorrência, após a conclusão do evento, o enfermeiro comunicará ao supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular entregando-lhe um relatório (ANEXO O) em duas vias, uma junto com a cópia do boletim de ocorrência e a outra fica arquivada no SAMU.
- 10) Cabe ao supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular emitir relatório estatístico mensal das manutenções preventivas, reparos e substituições de peças ao Coordenador SAMU.
- 11) Diante da detecção de barulhos, roncões e não conformidades identificadas pelos condutores socorristas na passagem de plantão e na realização do check list (ANEXO D), é de

responsabilidade dos condutores preencher o relatório (ANEXO O) em duas vias, e encaminhá-lo para o enfermeiro supervisor, sendo de responsabilidade do enfermeiro a comunicação com o supervisor de serviços em reparação e manutenção veicular no prazo de 1 (uma) hora.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE OCORRÊNCIA

ANEXO B – CHECK LIST MOCHILAS

ANEXO C – CHECK LIST EQUIPAMENTOS

ANEXO D – CHECK LIST MOTORISTAS SOCORRISTAS VTR

ANEXO E – RELATÓRIO DE TRANSPORTE – SAMU VTR

ANEXO F – FICHA DE ARROLAMENTO DE VALORES/PERTENCES – PACIENTE

ANEXO G – CHAMADAS SAMU

ANEXO H – CONTROLE DIÁRIO DO OP. DE RÁDIO

ANEXO I – REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

ANEXO J – REQUISIÇÃO DE MATERIAIS

ANEXO L – KED (COLETE DE IMOBILIZAÇÃO PARA EXTRICAÇÃO)

ANEXO M – CURATIVO DE TRÊS PONTAS

ANEXO N – RELATÓRIO TÉCNICO DE VISTORIA SEMANAL

ANEXO O – PEDIDO DE MANUTENÇÃO E REPARO

	SAMU 192	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
	CHAMADO TÉCNICO	
		PÁGINA

1. INTRODUÇÃO

A manutenção e boa conservação dos materiais médico-hospitalares/equipamentos mantem a qualidade de seu desempenho e promove excelência no procedimento, agilidade, resultado positivo e confiável durante seu uso.

Desta forma, é de suma importância que todos os materiais médico-hospitalares/equipamentos estejam com bom aspecto físico, boa eficiência e íntegros.

Assim sendo, cabe a todos os profissionais que deles fazem uso, observar todos os quesitos de qualidade e segurança a fim de evitar resultados duvidosos ou inseguros.

2. OBJETIVO

Estabelecer / manter rotina a ser seguida mediante produto/equipamento danificado ou com problema técnico a fim de evitar danos ao fluxo normal de trabalho e execução de procedimentos.

3. PROCEDIMENTO

A equipe ao se deparar com algum equipamento que apresente problema de execução, resultado duvidoso, algum tipo de avaria, mau funcionamento, dificuldade de conexão, trincas/rachaduras, desgastes, invisibilidade dos displays ou visores, entre outras não conformidades encontradas e observadas em qualquer produto médico-hospitalar/equipamento, deve:

Profissional que detectou o problema:

- informar de imediato o enfermeiro/supervisão do plantão,
- anotar no check list a não conformidade,
- reforçar a informação durante a passagem do plantão mesmo quando houver troca do equipamento.

Enfermeiro/Supervisor imediato:

- checar o equipamento mediante as informações passadas pelo profissional que detectou o problema,
- realizar os testes pertinentes, como troca de baterias, troca de cabos ou conexões, conforme orientações do manual do equipamento,
- se o problema persistir, o mesmo deve preencher o fluxo de preenchimento do FORMULÁRIO DE CHAMADO TÉCNICO, DEVOLUÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO E PRODUTO DANIFICADO, que se encontra na sala do Enfermeiro, Almoxarifado ou sala do Farmacêutico,
- entregar aparelho/equipamento/correlato e o formulário de chamado técnico ao farmacêutico,
- realizar registro em livro ata dos enfermeiros, e livro do farmacêutico,
- tanto no formulário de chamado técnico, quanto nos livros atas, devem ser registradas as informações abaixo:

- a) data
- b) viatura
- c) motivo da ocorrência
- d) produto
- e) problema detectado
- f) nome do responsável pelas informações
- g) assinatura

Farmacêutico:

- abrir chamado técnico à empresa de manutenção contratada, através de ficha padrão de CHAMADO TÉCNICO estabelecida pela empresa, salva nos arquivos do computador do farmacêutico, repassando a informação registrada pelo enfermeiro no FOMULÁRIO DE CHAMADO TÉCNICO, DEVOLUÇÃO DE MATERIAL/MEDICAMENTO E PRODUTO DANIFICADO,

- encaminhar CHAMADO TÉCNICO à empresa de manutenção contratada via e-mail, com cópia para a Coordenação Farmacêutica.

- aguardar avaliação do produto pela empresa de manutenção contratada

- aguardar conserto ou troca por outro produto novo

OBS: Alguns equipamentos como Monitor Multiparamétrico necessitam de autorização da Coordenação de Farmácia para ser retirado para avaliação, pois necessita de equipamento substituto.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Medicamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção. Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde 2002. Ministério da Saúde. UNICAMP.

	Nome / Função	Assinatura	Data
Elaborado por:	Susana Y. B. Herrera <i>Farmacêutica</i>		18/06/19
Revisado por:	Lizandra Cleber Pinto <i>Coordenadora</i>		
Aprovado por:	Giselda Rodrigues da Cruz <i>Coordenadora Geral</i>		
Atualizado por:			

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** DOU, Brasília, DF, 26 de jul. 2013. p. 32. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data/26/07/2013&jornal/1&pagina/32&totalArquivos/112>> . Acesso em: 20 nov. 2014.

American Heart Association. Destaques das **Diretrizes da American Heart Association 2010** para RCP e ACE, Highlights 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN No. 225, de 28 de fevereiro de 2000. **Dispõe sobre cumprimento de Prescrição medicamentosa/Terapêutica** à distância. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2252000_4267.html> . Acesso em 30 nov. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1643, de 07 de agosto de 2002. **Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1643_1992.htm>. Acesso em: 16 nov. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.110/2014 **Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.** Publicada no D.O.U. em 19 de nov.2014, seção I, p. 199

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 Passos para segurança do Paciente.** COREN-SP. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/node/34758>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. COREN-SP. **Exercício profissional. Dos direitos, deveres e proibições.** www.corensp.org.br. Acessado em dia 01 nov.2014

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP 019/2012 – CT PRCI nº 98.954/2012. Assunto: **Contenção de pacientes mediante prescrição por “telemedicina” em APH e em outras situações.** Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/pareceres>. Acessado em: 20 nov. 2014

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP 024/2013 – CT PRCI nº 101.023. Ementa: **Competência para aplicação e avaliação de escalas de dor.** Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/pareceres>. Acessado em: 20 nov. 2014

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP 026/2013 – CT PRCI nº 100.501. Ementa: **Cardioversão, Desfibrilação e uso do DEA.** Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/pareceres>. Acessado em: 20 nov. 2014

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP 041 /2013 CT PRCI nº 101.064 Ementa: **Passagem de plantão ao turno seguinte. Quando caracteriza-se abandono de plantão.** Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_041_2013.pdf

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP GAB Nº048/2001. Assunto: **Obrigatoriedade da presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar.** Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/pareceres>. Acessado em: 20 nov. 2014

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP 054/2013 – CT PRCI nº 99487. Ementa: Telemedicina. **Administração de medicamentos de emergência por ordem verbal do médico regulador do SAMU.** <http://www.coren-sp.gov.br/pareceres>. Acessado em: 20 nov. 2014

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP GAB Nº70/1011. Assunto: **Número de pacientes a serem transportados em ambulância de suporte básico de vida do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU.** <http://www.coren-sp.gov.br/pareceres>. Acessado em: 20 nov. 2014

DA NAEMT, Comitê do PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado básico e avançado. PHTLS.** 2007.

Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940, **Código Penal**, art. 135, que trata da "omissão de socorro".

FEDERAL, Senado. **Código de Trânsito Brasileiro.** Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2002.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1863/GM de 29 de setembro de 2003: **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília,** 2003. [citado em 14set2004].Disponível em:URL:http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm. Acesso em: 20 nov. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, Timerman A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST.** Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264.

TAMBARA, E. M. **Diretrizes para atendimento pré-hospitalar no acidente vascular encefálico.** Cavalcante IL, Cantinho FAF, Assad AR, organizadores. Medicina perioperatória. Rio de Janeiro: SAERJ, p. 77-83, 2006.



PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO DAS AMBULÂNCIAS

Protocolo de Manutenção das Ambulâncias		Revisão: Anual
Profissional: Motoristas	Em vigor desde Novembro de 2009	Revisado : Janeiro de 2019
		Validade: Janeiro de 2020

Protocolo de manutenção de veículo

1. Objetivo:

Manter a frota em perfeitas condições de funcionamento, disponível para o atendimento aos usuários, de forma segura, bem como reduzir os custos com despesas relativas à manutenção preventiva e corretiva.

Estabelecer um plano de ação para garantir a conservação inicial do veículo.

2. Manutenção preventiva:

Sendo uma intervenção técnica, planejada, prevista e executada antes da ocorrência de falhas, ela é responsável por fazer um diagnóstico preciso das condições do veículo e determinar providências que impeçam prejuízos e acidentes no futuro.

2.1 Estado dos pneus

Verificar a situação dos pneus é uma medida que garante a segurança e eficiência na condução. Efetuar a troca no tempo correto é fundamental para garantir a conservação e segurança do veículo e dos tripulantes.

2.2 Suspensão

Avaliar as condições dos amortecedores, molas e, se for o caso, todo o sistema de suspensão, a fim de garantir que tudo está em ordem.

2.3 Freios

Conferir se os freios estão funcionando adequadamente é essencial para evitar acidentes e preservar a integridade física de seus colaboradores. É importante ressaltar que esse procedimento, necessariamente, deve ser realizado de maneira preventiva, já que os danos de um problema como esse podem ser irreversíveis.

2.4 Fluidos

Conferir os níveis de fluidos (óleo motor, fluido de freio, líquido de arrefecimento) adequadamente é essencial para manter o bom funcionamento do veículo e evitar danos.

2.5 Motor

Fazer a checagem da saúde dos motores da frota também é indispensável, é importante sempre conferir os níveis e a pressão do óleo, a temperatura e o desempenho do motor e, dessa forma, evitar que problemas mais graves surjam e demandem algum tipo de manutenção corretiva que deixe o veículo parado.

2.6 Sistema Elétrico

A parte elétrica de um veículo também merece atenção durante os procedimentos de manutenção preventiva. Os veículos mais modernos possuem sistemas elétricos que comandam processos importantes para o seu funcionamento e, por isso, qualquer problema nesse ponto pode deixar o veículo inoperante.

3. MANUTENÇÃO CORRETIVA

A manutenção corretiva é o conserto ou substituição de algum componente em razão da quebra ou desgaste excessivo. Ela possui custos muito mais elevados, se comparada à preventiva, já que, além de ter que fazer a reposição de peças, é comum que o veículo fique parado enquanto é consertado.

A manutenção corretiva serve para resgatar o funcionamento do veículo e conservar o seu estado inicial. Os veículos devem ser substituídos por um reserva, onde as manutenções corretivas ultrapassam 30 minutos de manutenção.

4. Manutenção Funilaria e Pintura

O serviço de funilaria e pintura deverá ser feito por oficina qualificada e serem aprovadas mediante 03 orçamentos e após a verificação de culpabilidade, conforme Termo de Responsabilidade por Utilização de Veículo da Empresa.

5. Aquisição de peças

As peças de reposição devem ser genuínas, com garantia e serem aprovadas mediante a 03 orçamentos.

6. Fluxo de problemas com o veículo

- a) Comunicar a central de regulação médica e pedir apoio para transportar a vítima até a unidade de saúde, se necessário.
- b) Comunicar a coordenação da frota sobre o problema e relatar o ocorrido com o veículo. A coordenação de frota deve informar a melhor conduta a ser tomada para a resolução do problema.
- c) Comunicar o enfermeiro de plantão.
- d) Acionar o guincho se necessário e encaminhar o veículo a oficina responsável pela manutenção.
- e) Realizar a substituição por um veículo reserva afim de não trazer prejuízos ao andamento do serviço.

Fluxograma Ambulância Baixada

Ambulância Baixada



Comunicar a Central de Regulação Médica, caso esteja com vítima embarcada solicitar apoio para transporte da mesma.



Motorista ira comunicar a chefia Imediata (Coordenador de Frota).



Coordenador de Frota , deve informar a conduta a ser tomada para a resolução do problema



Rádio Operador irá comunicar ao Enfermeiro de plantão



Coordenador de Frota e ou Radio Operador ira acionar o guincho e encaminhar o veículo a oficina responsável pela manutenção.



Coordenador de frota ira realizar a substituição por um veiculo reserva, afim de não trazer prejuízo ao serviço, assim que possível o mesmo ira anotar no prontuário da ambulância o ocorrido.

 		SAMU 192		
PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DA SAÚDE	PROCESSO	REVISÃO		FOLHA
	TODA A UNIDADE	Nº		A
		M	0	264/20
		Ê	2/	
		S	2	
		/	0	
		A	2	
		N	0	
		O	0	

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO GERADOR

RAZÃO SOCIAL:	INTS- Instituto Nacional de Amparo a Pesquisa, Tecnologia e Inovação a Gestão Pública.
NOME FANTASIA:	Serviço de urgência Regional XXXXXX
ATIVIDADE EXERCIDA:	Atividades de atendimento móvel hospitalar
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	24 horas
PROPRIEDADE:	(X) Público () Privado () Outro:
CNPJ:	XXXXXX
DATA DE ABERTURA:	XXXXXX

1.2. LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO GERADOR

ENDEREÇO:	
BAIRRO:	
CEP:	
CIDADE/ESTADO:	
TELEFONE:	

1.3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL DO ESTABELECIMENTO

NOME:	
TELEFONE:	

1.4. INFORMAÇÃO SOBRE COORDENADOR GERAL

NOME	
COREN:	
TELEFONE:	

1.5. IDENTIFICAÇÃO DA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO PGRSS

NOME:	
CRF/CARGO:	
TELEFONE:	

1.6. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO DO PGRSS

NOME:	
COREN/CARGO:	
TELEFONE:	

1.7. DADOS GERAIS DO ESTABELECIMENTO

PROCEDÊNCIA DA ÁGUA QUE ABASTECE O ESTABELECIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> fonte alternativa (poço, carro- pipa)
LIMPEZA DE RESERVATÓRIOS DE ÁGUA:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim – período: a cada 6 meses <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não possui reservatórios
TIPO DE DESTINAÇÃO DO ESGOTO PRODUZIDO PELO ESTABELECIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> esgotamento alternativo
MEDIDAS PREVENTIVAS E CORRETIVAS DE CONTROLE INTEGRADO DE INSETOS E ROEDORES:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim – período: a cada 6 meses <input type="checkbox"/> Não

1.7. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS:	83
TIPO DE CONTRATO DOS PROFISSIONAIS:	Regime CLT através do INTS
NÚMERO TOTAL DE VIATURAS:	5
MÉDIA DE ATENDIMENTOS/DIA:	30

1.8. INFORMAÇÕES SOBRE COLETA E TRANSPORTE EXTERNO DOS RSS

NOME DA EMPRESA CONTRATADA:	Empresa Pioneira Saneamento e Limpeza Urbana
ENDEREÇO:	Rua Antônio de Surreição, nº03 - Suzano
CNPJ:	62.719.083/0022-55
FREQUÊNCIA DA COLETA:	1x por semana
TIPOS DE RESÍDUOS COLETADOS:	A, B, D, E
TIPO DE VEÍCULO UTILIZADO NA COLETA:	FIORINO

1.9. INFORMAÇÕES SOBRE A DESTINAÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS

DISPOSIÇÃO FINAL:	Estrada Professor Edmundo Rosset, nº7450 – Vila Bela – SP. CEP: 02286-000
EMPRESA:	CBR Pedreira - Centro de disposição de Resíduos LTDA.
TIPOS DE RESÍDUOS	A, B, D, E.

2. INTRODUÇÃO

De acordo com a Secretaria do Meio Ambiente, definem-se como resíduos sólidos ou simplesmente lixo, como todo e qualquer material sólido proveniente das atividades diárias do homem em sociedade, cujo produtor ou proprietário não o considere com valor suficiente para conservá-lo. Com a RESOLUÇÃO Nº 283, DE 12 DE JULHO DE 2001, do CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE – CONAMA, os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são:

- 2.1 Aqueles provenientes de qualquer unidade que execute atividades de natureza médico-assistencial humana ou animal;
- 2.2 Aqueles provenientes de centros de pesquisa, desenvolvimento ou experimentação na área de farmacologia e saúde;
- 2.3. Medicamentos e imunoterápicos vencidos ou deteriorados;

2.4. Aqueles provenientes de necrotérios, funerárias e serviços de medicina legal e aqueles provenientes de barreiras sanitárias.

O gerenciamento inadequado de tais resíduos pode resultar em riscos indesejáveis às comunidades, constituindo-se, ao mesmo tempo, em problema de saúde pública e fator de degradações do meio ambiente, além é claro dos aspectos social, estético, econômico e administrativo envolvidos.

Com relação ao aspecto sanitário, deve-se ressaltar a importância dos resíduos sólidos provenientes dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde - hospitais, clínicas, pronto-socorros, farmácias, ambulatórios e similares que, devido às suas características patológicas devem ser acondicionados, coletados e incinerados.

No aspecto ambiental a destinação inadequada de resíduos em lixões trás a degradação do meio ambiente contaminando o ar, solo, água superficiais e subterrâneas. O tratamento e a destinação final dos resíduos ainda se resumem na adoção de soluções imediatistas, quase sempre fundamentadas no simples descarte, predominando os depósitos a céu aberto que contribuem para a deterioração ambiental.

Os resíduos dos serviços de saúde merecem uma atenção especial desde a sua geração até a sua disposição final, pois este é um resíduo perigoso e para tanto, exige o cuidado tecnicamente adequado para não causar riscos à saúde pública.

Os recipientes de coleta interna e externa, assim como os locais de armazenamento onde são colocados os RSS, devem ser identificados em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando símbolos, cores e frases (conforme Tabela do Anexo 1), além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e aos riscos específicos de cada grupo de resíduos.

São admissíveis outras formas de segregação, acondicionamento e identificação dos recipientes desses resíduos para fins de reciclagem, de acordo com as características específicas das rotinas de cada serviço, devendo estar contempladas no PGRSS.

3. OBJETIVO

Estabelecer condição segura e necessária para o manejo dos resíduos, minimizando o impacto ao meio ambiente, como também, promover a melhora nas condições de saúde e higiene no ambiente de trabalho. Objetiva-se a diminuição na geração dos resíduos, evitando a contaminação de resíduos biológicos com comuns, como também intensificar as medidas de segurança, prevenir e reduzir riscos de acidentes ocupacionais.

4. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE GERADOS

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA –resolução RDC nº33 de 25 de fevereiro de 2003, D.O.U. de 05/03/2003, os resíduos sólidos de serviços de saúde (RSSS) são classificados em cinco categorias de acordo com a sua natureza, a seguir:

Lixo do tipo A - resíduos com risco biológico;

Lixo do tipo B - resíduos com risco químico;

Lixo do tipo C - resíduos radioativos;

Lixo do tipo D - resíduos comuns;

Lixo do tipo E - resíduos perfuro cortante.

4.1 GRUPO A (INFECTANTE)

Dentro desta classificação possui resíduo com possível concentração de presença biológica, tais como: sangue, hemoderivados, excreções, secreções, líquidos orgânicos entre outros.

4.2 GRUPOS B (QUÍMICOS E MEDICAMENTOS)

São resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Enquadram-se neste grupo:

4.2.1: B1 – Resíduos de medicamentos ou insumos farmacêuticos vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais impróprios para consumo, exemplificando:

- produtos hormonais, antibacterianos, citostáticos, antineoplásicos, digitálicos,
- imunossuppressores, imunomoduladores e anti-retrovirais.

4.2.2: B2 – Demais medicamentos não enquadrados no grupo B1.

4.2.3: B3 – Resíduos de insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria do MS 344/98 e suas atualizações.

4.2.4: B4 – Saneantes desinfetantes e desinfetantes.

4.2.5: B5 – Substâncias para revelação de filmes de Raio-X.

4.2.6: B6 – Resíduos com metais pesados.

4.2.7: B7 – Reagentes para laboratório, isolados ou em conjunto.

4.2.8: B8 – Outros resíduos contaminados com substâncias químicas perigosas.

Os resíduos do GRUPO B devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados através do símbolo de risco associado, de acordo com NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

4.3 GRUPO C (REJEITOS RADIOATIVOS)

Enquadra-se neste grupo os resíduos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNE.

4.4 GRUPO E (PERFUROCORTANTES)

São os objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar. Enquadra-se neste grupo:

4.4.1: E1 – Lâminas de barbear, bisturis, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, lâminas e outros assemelhados provenientes de serviços de saúde.

4.4.2: E2 – Bolsas de coleta incompleta, descartadas no local da coleta, quando acompanhadas de agulha, independente do volume coletado.

Os materiais do GRUPO E devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT de março de 2000, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescidos da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta aquele resíduo. Esses materiais devem ser submetidos a tratamento que reduza ou elimine a sua carga microbiana e que destrua as suas características físicas, de modo a se tornarem irreconhecíveis.

Tabela 1. Classificação dos resíduos gerados.

CÓDIGO DOS RESÍDUOS	RESÍDUOS DESCRIÇÃO	TIPO DE GERADOS
A	Resíduo Infectante/Biológico	Algodão, luvas de procedimento estéril/não estéril, lençol descartável, equipo macrogotas/microgotas, kit parto, avental descartável, extensão de látex, atadura de crepe, frasco de soluções vazias, manta térmica e demais materiais contaminados.
B	Resíduo Químico Farmacêutico	Medicamentos vencidos.
C	Resíduo Radioativo	Não é gerado.
D	Resíduo Comum	Resíduos típicos domiciliares, como restos alimentares, lixo dos banheiros e das salas administrativas.
E	Resíduo Pérfuro Coratante	Agulhas juntamente com as seringas, cateter intravenoso, lancetas, aparelhos de barbear utilizados em tricotomia, ampolas e frascos frascos ampolas utilizados, assim como bisturi descartável, polifix.

5. SEGREGAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E Acondicionamento dos Resíduos

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os sacos de acondicionamento devem ser constituídos de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, respeitando os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de

sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistentes ao tombamento.

Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

Os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (Grupo E) devem ser acondicionados separadamente, em recipiente rígido, estanque, resistente a punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa, contendo a simbologia.

5.1 Recomendações Específicas para RSS do Grupo B:

Substâncias perigosas (corrosivas, reativas, tóxicas, explosivas e inflamáveis) - devem ser acondicionados com base nas recomendações específicas do fabricante para acondicioná-los e descartá-los. Elas se encontram nas etiquetas de cada produto.

•**Resíduos sólidos** - devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, devendo ser identificados de acordo com suas especificações.

•**Resíduos líquidos** - devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistente, rígido e estanque, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com suas especificações. O acondicionamento deve observar as exigências de compatibilidade química dos componentes entre si, assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens, de modo a evitar reação química entre eles, tanto quanto o enfraquecimento ou deterioração de tal embalagem, ou a possibilidade de que seu material seja permeável aos componentes do resíduo.

As embalagens secundárias, que não entraram em contato com o produto, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como resíduo do grupo D.

As embalagens primárias, secundárias e os materiais contaminados por substância química devem ter o mesmo tratamento das substâncias químicas que as contaminaram.

Tabela 2. Segregação, identificação e acondicionamento dos resíduos

LOCAL	RESÍDUO	GRUPO	DESCRIÇÃO	IDENTIFICAÇÃO
Viaturas	Papel, plástico, resíduos contendo sangue, luva de procedimento, perfurocortante	A	Compartimento interno da	
		E	viatura para saco plástico branco 30 litros	
			Coletor perfuro Cortante 10 litros	
Salas administrativas e	Papel, plástico, entre outros	D	Lixeiras de 6 litros na cor	Resíduo comum
				

sala de regulação			preta com saco plástico preto	
Almoxarifado	Papelão e plástico	D	Lixeiras de 6 litros na cor preta com saco plástico preto	Resíduo comum 
Sanitários	Papel higiênico, papel toalha e absorventes	D	Lixeiras de 6 litros na cor preta com saco plástico preto	Resíduo comum 
Expurgo	Papel, plástico, resíduos contendo sangue, luva de procedimento, perfurocortante,	A B D E	Lixeira de 25 litros na cor preta e saco plástico preto Lixeira de 25 litros na cor preta com pedal e saco plástico branco Coletor perfuro cortante 10 litros litros	 
Copa	Papel, plástico, restos alimentares	D	Lixeiras de 25 litros na cor branca/azul e saco plástico preto	

6. COLETA E TRANSPORTE INTERNO DOS RESÍDUOS

É indispensável para o manuseio e transporte do RSS gerados, que o profissional esteja usando o EPI adequado (equipamento de proteção individual). Os EPI's utilizados nos manejos dos resíduos devem ser lavados diariamente, após o contato com material infectante.

A rotina de coleta interna dos resíduos infectantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência segue conforme a quantidade de resíduo gerado no decorrer do plantão. Quando atinge o volume máximo permitido no saco branco ou no coletor de material perfuro cortante da viatura, o mesmo é fechado e levado até o armazenamento temporário.

O transporte interno dos recipientes deve ser realizado sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário, na qual obrigatoriamente estará utilizando luvas de borracha, máscara descartável, óculos de proteção e avental impermeável. Após as coletas, o funcionário deve lavar as mãos ainda enluvadas e posteriormente retirá-las. Já os resíduos do grupo D deverão ser coletados 2x ao dia, ou conforme o preenchimento das lixeiras pelo auxiliar de serviços gerais.

7. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Este local é destinado a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, localizado próximo aos pontos de geração, visando aperfeiçoar o deslocamento para coleta externa. Possui uma área de 2m² e segue a NBR 12235, que fixa as condições exigíveis para o armazenamento de resíduos sólidos perigosos de forma a proteger a saúde pública e o meio ambiente, informa os tipos e quantidades de coletores para a guarda temporária de resíduos e as sinalizações para identificação dessas áreas. Por fim, informa como serão higienizados esses espaços e frequência de limpeza.

8. FREQUÊNCIA DE HIGIENIZAÇÃO

Tabela 3. Higienização de equipamentos e áreas

Equipamento/Área	Frequência	Produto utilizado na higienização
Armazenamento temporário	1x/semana	Sabão líquido neutro e hipoclorito de sódio
Lixeiras	1x/semana	Sabão líquido neutro e hipoclorito de sódio
Expurgo, CME	1x/semana	Sabão líquido neutro e hipoclorito de sódio

9. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO DOS RESÍDUOS

A coleta externa consiste na remoção dos RSS até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. Deve estar de acordo com as regulamentações do órgão de limpeza urbana.

O SAMU Regional Suzano é credenciado na Empresa Pioneira Saneamento e Limpeza Urbana, a qual realiza o recolhimento e incineração dos resíduos A,B e E. Os resíduos D são coletados pela mesma empresa, porém não são incinerados.

No transporte dos RSS podem ser utilizados diferentes tipos de veículos, de pequeno até grande porte, dependendo das definições técnicas dos sistemas municipais. Geralmente para esses resíduos são utilizados dois tipos de carrocerias: montadas sobre chassi de veículos e do tipo furgão, ambas sem ou com baixa compactação, para evitar que os sacos se rompam. Os sacos nunca devem ser retirados do suporte durante o transporte, também para evitar ruptura. O pessoal envolvido na coleta e transporte dos RSS deve observar rigorosamente a utilização dos EPIs e EPCs adequados.

Em caso de acidente de pequenas proporções, a própria equipe encarregada da coleta externa deve retirar os resíduos do local atingido, efetuando a limpeza e desinfecção simultânea, mediante o uso dos EPIs e EPCs adequados. Em caso de acidente de grandes proporções, a empresa e/ou administração responsável pela execução da coleta externa deve notificar imediatamente os órgãos municipais e estaduais de controle ambiental e de saúde pública.

Ao final de cada turno de trabalho, o veículo coletor deve sofrer limpeza e desinfecção simultânea, mediante o uso de jato de água, preferencialmente quente e sob pressão. Esses veículos não podem ser lavados em postos de abastecimento comuns. O método de desinfecção do veículo deve ser alvo de avaliação por parte do órgão que licencia o veículo coletor.

Tabela 4. Empresa contratada para o serviço de coleta

EMPRESA	CNPJ	TIPO DE RESÍDUO	DOCUMENTO	
			LEGAL	FREQUENCIA
Pioneira Saneamento Limpeza Urbana	62.719.083/0022- 55	A,B,E	Contrato	1x por semana
Pioneira Saneamento Limpeza Urbana	62.719.083/0022-55	D	Coleta pública	5x por semana

10. EDUCAÇÃO CONTINUADA

O PGRSS deve ser divulgado junto com o plano de educação continuada, conforme a RDC nº306/04, havendo periodicamente a capacitação e informar todos os envolvidos no estabelecimento sobre os riscos e procedimentos adequados do manejo dos resíduos no geral, de acordo com as informações contidas no PGRSS.

Todos os profissionais que trabalham no serviço, mesmos os que atuam temporariamente ou não estejam diretamente envolvidos com o gerenciamento de resíduos, devem conhecer o plano.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministério da Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, p.9 – 17, 2006.3

Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC n° 306, de 7 de dezembro de 2004 – **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.**

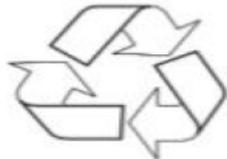
Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA n° 358, de 29 de abril de 2005 - **Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.**

Criado em: 01/2016 - 1ªrevisão:02/17

	Nome / Função	Assinatura	Data
Elaborado por:	Lia Mara Lapique <i>Farmacêutica</i>		
Revisado por:	Romualdo Ribeiro Rosa <i>Enfermeiro NEP</i>		
Aprovado por:	Giselda Rodrigues da Cruz <i>Coordenadora Geral</i>		

ANEXO: Figura 1. Símbolos de identificação dos grupos de resíduos. FONTE: Anvisa,2006.



Símbolos de identificação dos grupos de resíduos											
<p>Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.</p>											
<p>Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco.</p>											
<p>Os rejeitos do grupo C são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO.</p>											
<p>Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável.</p> <p>Para os demais resíduos do grupo D deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Pode ser seguida de cor determinada pela Prefeitura. Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para a padronização de cor destes recipientes.</p>	 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="color: green;">VIDRO</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: red;">PLÁSTICO</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: blue;">PAPEL</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: blue; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: yellow;">METAL</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: brown;">ORGÂNICO</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: brown; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	VIDRO		PLÁSTICO		PAPEL		METAL		ORGÂNICO	
VIDRO											
PLÁSTICO											
PAPEL											
METAL											
ORGÂNICO											
<p>Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTEANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.</p>	 <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">RESÍDUO PERFUROCORTEANTE</p>										

	SAMU 192	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
	MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVEIS	
		PÁGINA 276/4

1. INTRODUÇÃO

Segundo definição da NBR 5674:1999, “Manutenção predial é o conjunto de atividades a serem realizadas para conservar ou recuperar a capacidade funcional da edificação e de suas partes constituintes de atender as necessidades e segurança de seus usuários”.

Assim também, é fundamental realizar a manutenção preventiva dos móveis a fim de se evitar desgastes desnecessários, precoces e trocas frequentes, colaborando com a produtividade dos funcionários e garantindo resultados efetivos no trabalho.

Desta forma, é de suma importância que todos os móveis e instalações do prédio estejam com bom aspecto físico, boa eficiência, íntegros e avaliados. Aumentando sua durabilidade, valorização do ambiente, tornando o ambiente funcional e agradável.

Portanto, cabe a todos os profissionais que deles fazem uso, observar todos os quesitos de qualidade e segurança a fim de mantê-los dentro dos parâmetros exigidos e necessários.

2. OBJETIVO

Estabelecer / manter rotina a ser seguida mediante móvel danificado ou com problema técnico e problemas aparentes e preventivos nas instalações do imóvel a fim de evitar danos ao fluxo normal de trabalho e execução de procedimentos.

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

ABNT NBR 5410/2008 – Instalações Elétricas de Baixa Tensão

ABNT NBR 5674/1999 – Manutenção de Edificações

ABNT NBR 5626/1998 – Instalação Predial de Água Fria.

4. LOCAL DE APLICAÇÃO

Este procedimento operacional padrão deve ser aplicado dentro das instalações do SAMU Suzano e deve ser executado por todos os funcionários da instituição.

5. PROCEDIMENTO

Limpeza periódica:

A limpeza periódica tem como objetivo impedir que a sujeira se acumule, evitando aparecimento de insetos e fungos que aceleram a deterioração dos móveis e instalações do prédio (caixa d’água, mobiliário)

Cada local deve ser limpo de acordo com as especificações de cada setor, seguindo manuais próprios e pertinentes e considerando o tipo de trabalho desenvolvido e material acondicionado.

Pequenos reparos:

Devem ser feitos reparos nos móveis e prédio, assim que algum problema ou dano for detectado. Consertos pequenos e trocas de pequenas peças, ou reparos pequenos, podem ser feitos de imediato por profissional técnico/qualificado ou algum funcionário do equipamento capacitado para este fim.

Qualquer funcionário do SAMU ao se deparar com algum móvel, instalação predial (parede, piso, telhado, laje, coluna, viga, caixilhos), instalação elétrica (tomadas, interruptores, pontos de luz), instalação hidráulica (torneiras, descargas, vaso sanitário, esgoto, ralos, caixa d'água) que apresente anomalias (umidade ou trincas, deslocamentos, rachaduras, fios descascados, fiação exposta, faíscas em tomadas e interruptores, choques, goteiras, lâmpadas piscando, tomadas que não funcionam, aquecimento excessivo em partes com eletricidade), deve informar de imediato sua chefia/coordenação, e esta por sua vez deve acionar o responsável pela manutenção, seja funcionário, prestador de serviço terceirizado ou empresa contratada.

Manutenção preventiva:

Há uma empresa contratada, com a finalidade de realizar a manutenção preventiva, através de inspeções periódicas e agendadas de acordo com cronograma estabelecido em normas técnicas.

A manutenção preventiva se aplica a:

- instalações hidrosanitárias
- instalações elétricas
- instalações estruturais

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT NBR 5410/2008 – Instalações Elétricas de Baixa Tensão

ABNT NBR 5674/1999 – Manutenção de Edificações

ABNT NBR 5626/1998 – Instalação Predial de Água Fria.

	Nome / Função	Assinatura	Data
Elaborado por:	Giselda Rodrigues da Cruz Coordenadora Geral		19/06/19
Revisado por:			
Aprovado por:			
Atualizado por:			

 PROTOCOLO CONDUTOR DE VEÍCULO URGÊNCIA	Revisão: Anual
Em vigor desde XXXXXX	Validade: XXXXXX de XXXXX

Condutor de Veículos de Urgência:

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

Requisitos Gerais: Maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação, bem como para a re-certificação periódica.

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

Conduta Pessoal:

- Ser assíduo e pontual;
- Apresentar-se devidamente uniformizado e asseado (barba feita, cabelos presos, unhas curtas);
- Permanecer em PRONTIDÃO durante todo o plantão, atendendo aos chamados com presteza e rapidez;
- Controlar hábitos pessoais, linguagem e atitudes inadequadas;
- Apoiar, orientar e acalmar parentes e acompanhantes da vítima;
- Seguir os princípios éticos da profissão;
- Comunicar-se com a Central de Regulação Médica utilizando sempre a linguagem do Código Q;
- Não fumar, nem permitir que fumem dentro da ambulância.

Hierarquia

- Para cada atividade existe uma hierarquia;

- Na atenção ao paciente, se o médico estiver presente, ele será a autoridade máxima, seguido do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar;
- No ato de dirigir a ambulância, a autoridade máxima é o condutor e só ele deve realizar procedimentos relacionados ao procedimento, respondendo assim atos.

Na base operacional:

- Realizar o check list do veículo, no início e término do plantão;
- Garantir a limpeza do veículo na parte externa de acordo com protocolo de limpeza viatura;
- Zelar pela ordem da base operacional;
- Zelar e contribuir para a harmonia das relações interpessoais.

Na cena do atendimento:

- Garantir a segurança da equipe do SAMU, dos circundantes e da vítima;
- Apresentar-se como profissional do SAMU, identificando-se pelo nome;
- Utilizar EPI durante todo o atendimento;
- Manter o controle da situação, estabelecendo prioridades.

Durante o transporte da vítima até o hospital:

- Transportar a vítima para o hospital determinado pela central de regulação médica;
- Trafegar sempre com o cinto de segurança afivelado bem como todos os tripulantes;
- Durante o deslocamento da viatura, atentar e comunicar à supervisão ocorrências como: ruídos anormais, estado dos freios, funcionamento do rádio fixo e eventuais peças soltas em geral entre outros possíveis eventos incomuns;
 - Realizar o transporte rápido e seguro (conduzir em linha reta pela esquerda, evitando colisões e aumentando a visibilidade). Garante maior segurança para a equipe. Nos casos de vítimas embarcadas, os movimentos bruscos de ultrapassagem podem levar a uma piora do quadro clínico;
- É proibido ultrapassar semáforo vermelho, especialmente nos cruzamentos, exceto se houver um agente público garantindo a segurança da via;
 - Transportar o acompanhante no banco da frente, ao lado do condutor, com o cinto de segurança devidamente afivelado (Não é permitida a colocação de qualquer tipo de assento extra na viatura. O condutor deverá comunicar à supervisão caso qualquer membro da equipe insista na colocação desses assentos, sob a possibilidade de ser responsabilizado por permitir que a equipe se exponha a risco, caso não realize a comunicação);
 - Luzes de emergência e farol baixo ligado;
 - Sirene só para abrir passagem, alterar tons;
 - Velocidade até o limite da via;
 - Ultrapassar sempre pela esquerda;
 - Evitar freadas e acelerações bruscas;
 - Atenção para velocidade e procedimentos incompatíveis (veículo de emergência não tem direito de ultrapassar a velocidade máxima permitida da via), sob o risco de sofrer sanções punitivas determinadas pelo Código de Trânsito Brasileiro;
- Em caso de dano ou avaria no veículo, decorrente de negligência, imprudência ou má utilização, ou ainda recebimento de multas por infração de trânsito, o funcionário autoriza a empresa a proceder ao desconto em folha de pagamento no valor correspondente ao dano ou infração cometida, conforme previsto na Consolidação das Leis do Trabalho, art 462,1º.

Em caso de acidente decorrente da atuação dolosa ou culposa na condução do veículo, o funcionário responderá, civil e criminalmente, pelos danos eventualmente causados a terceiros, ressalvada a hipótese de culpa exclusiva de terceiros.

deparar com acidente no percurso, com vítima já embarcada em ambulância, o auxiliar de enfermagem irá descer, avaliar a cena passando para o Médico Regulador e aguardar conduta, de maneira nenhuma a equipe deixará a vítima sem assistência dentro da ambulância. No caso de vítimas graves pedir para o solicitante entrar em contato com 192.

Observação: Uma Ambulância pode transportar o mesmo número que os cintos de segurança disponíveis, mais o paciente na maca, igualmente presos aos cintos da maca.

Todas as pessoas em uma ambulância em movimento devem estar com os cintos de segurança colocados.

No Hospital:

Comunicar-se com a Central de Regulação Médica tão logo estejam liberados, colocando-se à disposição para novas ocorrências.

Orientações Gerais para Atendimento a Vítima

1. Mantenha a prontidão;
2. Atenda ao despacho da Central de Regulação Médica com presteza e rapidez;
3. Estabeleça a melhor e mais segura rota para o local da ocorrência;
4. Durante o caminho para ocorrência, tráfego em código 03- digilights, giroflex, sirene e faróis altos ligados; em velocidade compatível com a permitida para as vias;
5. Trafegue sempre com os cintos de segurança afivelados;
6. Assegure a segurança da equipe, de circundantes e da vítima no local da ocorrência;
7. Acalme a vítima e circundantes;
8. Inicie o atendimento, realizando-o conforme o protocolo;
9. Transmita as informações sobre o estado da vítima ao médico regulador;
10. Transporte a vítima para a unidade hospitalar, com segurança e rapidez;
11. O acompanhante (quando houver) deverá ir ao banco da frente, ao lado do motorista, com cinto de segurança afivelado;
12. Durante o regresso a Base, conduzir a ambulância: digilights, giroflex e faróis baixos ligados; em velocidade compatível com a permitida para as vias.

Biossegurança

Durante o Atendimento:

- Certifique-se de que a cena esteja segura. Se necessário, solicite apoio à Central de Regulação Médica;
- Use os EPIs;
- Proteja-se de sujidades e respingos biológicos, mantendo fechados o uniforme e o calçado e, caso se aplique, mantenha os cabelos presos;
- Atenção para o uso de adornos em excesso de número e tamanho (correntes, pulseiras, anéis e brincos). Não use brincos do tipo argola. Prefira o uso apenas de relógio;
- Mantenha protegidos seus próprios ferimentos com curativos oclusivos;

- Caso ocorram respingos biológicos acidentais lave imediatamente o local com sabão e água corrente ou soro fisiológico e informe à supervisão;
- Despreze materiais perfuro cortantes em recipientes próprios.

II- Após o atendimento:

- Despreze luvas e todo o material de consumo utilizado no atendimento em local apropriado (lixo como sacola de cor branca identificada como infectante);
- Lave cuidadosamente as mãos e antebraços, com água e sabão e seque-os;
- Troque o uniforme, caso o mesmo esteja úmido/ sujo por fluidos corporais da vítima;
- Caso algum membro da equipe sofra acidente de trabalho durante o atendimento siga o protocolo de normas e Procedimentos acidentados com Perfuro Cortantes;
- Proceda a limpeza e desinfecção da ambulância e de materiais e equipamentos.

Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais

A equipe deve adotar as seguintes posturas frente às vítimas portadoras de necessidades especiais:

- Seja paciente;
- Transmita segurança;
- Explique a vítima todo o procedimento que será feito;
- Repita as informações quantas vezes forem necessárias;
- Solicite a presença de um familiar ou responsável durante o atendimento.

VÍTIMA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

- Fale olhando diretamente para seus olhos para que ele possa ler seus lábios;
- Utilize à escrita, se necessário.

VÍTIMA COM DEFICIÊNCIA VISUAL:

- Descreva o que estiver fazendo;
- Mantenha contato físico constante.

VÍTIMA COM DÉFICIT DE DESENVOLVIMENTO MENTAL:

- Mantenha comunicação constante;
- Dê tempo para que a vítima responda suas perguntas.

VÍTIMA IDOSA:

- Trate com respeito especial;
- Respeite suas limitações, angústias, medos e pudor.

VÍTIMA PEDIÁTRICA:

- Solicite que os pais acompanhem a criança;

VÍTIMA COM MENOS DE 18 ANOS, DESACOMPANHADA:

- Informe a situação ao médico regulador;
- Se possível, solicite que vizinhos acompanhem o paciente até o hospital registrando nome, endereço e telefone. Caso contrário, informe os vizinhos do destino que será dado ao paciente;
- A comunicação ao Conselho Tutelar fica a cargo do hospital.

PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE DECIDIR, ACOMPANHADO DE CRIANÇA OU MENOR DE 18 ANOS:

- O médico regulador deve ser imediatamente informado pela equipe, após avaliação primária, quando houver atendimento a paciente sem condições de decidir, acompanhado de menor de idade;
- A equipe deve se possível, indagar se algum parente ou vizinho pode se responsabilizar pelo menor, registrando o nome e endereço desse responsável; Caso não seja possível, informá-lo sobre o destino da vítima (PS/Hospital);
- Conduzir a criança ou adolescente, junto com o paciente, ao hospital de destino, registrando o nome e cargo do funcionário que assumir a responsabilidade pelo menor;
- A comunicação ao Conselho Tutelar fica a cargo do hospital.

PACIENTE QUE RECUSA ATENDIMENTO

- A ficha de regulação é um documento legal e ético devendo ser preenchida de maneira completa e legível. A ficha é instrumento de regulação médica para fins de estatística, pedidos judiciais, auditoria interna e avaliação da qualidade do serviço prestado;
- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe quando o paciente recusa atendimento. A equipe deve identificar situações de risco de vida imediato tais como: inconsciência, comprometimento de vias aéreas e respiração, sangramento abundante;
- Identifique alterações de comportamento que indiquem que o paciente se encontra prejudicado em sua capacidade de decisão, tais como: alterações do nível de consciência, intoxicação etílica ou por drogas;
- Converse com o paciente e o tranquilize. Esclareça a necessidade do atendimento;
- Na persistência da recusa, solicite ao paciente e a uma testemunha, que assinem a ficha de atendimento, no campo específico para esse fim colocando também o número do documento. Caso não seja possível atender a esse item, utilizar como testemunhas seus companheiros de equipe. O item anterior tem maior respaldo legal.

PARTICIPAÇÃO DE MÉDICOS E/ OU ENFERMEIROS ESTRANHOS AO SERVIÇO, NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.

- A presença, no local da ocorrência, de médicos e/ ou enfermeiros, que se prontifiquem a prestar atendimento à vítima e que não sejam plantonistas do SAMU 192, é considerado intervenção médica e/ ou enfermagem externa;
- A equipe deve registrar esse fato no campo de Observações da ficha, anotando nome completo, o número de inscrição no CRM ou COREN e o telefone do profissional, mediante apresentação do documento profissional, solicitando ao profissional que registre sua intervenção no verso;
- Comunique o fato imediatamente ao Médico Regulador e, idealmente, os profissionais devem manter contato via rádio para a troca de informações relativas à situação da vítima;
- A equipe deve seguir as orientações desse profissional conforme consenso do médico regulador. Qualquer dúvida quanto à conduta tomada pelo médico e/ ou enfermeiro que está assistindo à vítima no local deve ser informada ao médico regulador, para que este faça contato com o médico do local.

ORDENS CONTRÁRIAS DE BOMBEIROS, POLICIAIS E OUTRAS AUTORIDADES PRESENTES NO LOCAL.

- O médico regulador deve ser informado imediatamente pela equipe quando houver determinações emanadas por bombeiros, policiais ou outras autoridades presentes ao local da ocorrência, contrárias às estabelecidas nas rotinas operacionais ou protocolo assistencial do SAMU 192;
- A equipe deve esclarecer imediatamente que as ordens ferem os regulamentos do SAMU 192;
- O Médico regulador deve orientar a equipe quanto à conduta a ser seguida;
- A equipe deve encaminhar, por escrito, relatório do incidente à Central do SAMU 192.

LIBERAÇÃO DE PACIENTE NO LOCAL DA OCORRÊNCIA

- A liberação de vítimas/pacientes no local da ocorrência é competência exclusiva do Médico Regulador, após tomar conhecimento do quadro. Caso o médico intervencionista do SAMU 192 esteja presente no local e decida por esta conduta, deve comunicar ao médico regulador.

Ambulâncias:

A lei permite que uma ambulância trafegue com alguma prioridade sobre os demais veículos. As exceções estão previstas na lei, não estando previstas, aplica-se a lei destinada a qualquer veículo ou motorista.

Código de Trânsito Brasileiro – Lei 9503/1997

Art.29-O trânsito de veículos nas vias terrestres abertas à circulação obedecerá às seguintes normas:

VII - os veículos destinados a socorro de incêndio e salvamento, os de polícia, os de fiscalização e operação de trânsito e as ambulâncias, além de prioridade de trânsito, gozam de livre circulação, estacionamento e parada, quando em serviço de urgência e devidamente identificados por dispositivos regulamentares de alarme sonoro e iluminação vermelha intermitente, observadas às seguintes disposições:

- a) Quando os dispositivos estiverem acionados, indicando a proximidade dos veículos;
- b) Todos os condutores deverão deixar livre a passagem pela faixa da esquerda, indo para a direita da via e parando, se necessário;
- c) O uso de dispositivos de alarme sonoro e de iluminação vermelha intermitente só poderá ocorrer quando da efetiva prestação de serviço de urgência;
- d) A prioridade de passagem na via e no cruzamento deverá se dar com velocidade reduzida e com os devidos cuidados de segurança, obedecidas as demais normas deste Código.

Velocidade Máxima

A velocidade máxima de uma via relaciona-se às questões de segurança como construção, tipo de pavimento, curvas, cálculo da distância de frenagem, largura da pista, escapes, áreas de riscos como escolas, etc...

Não há forma segura de se ultrapassar o limite de velocidade.

A lei não autoriza uma ambulância a ultrapassar o limite de velocidade da via. Em caso de dano ou avaria no veículo, decorrente de negligência, imprudência, ou má utilização, ou ainda recebimento de multas por infração de trânsito, será realizado desconto.

Responsabilidade Adicional do Condutor

Verificar:

1. Nível do óleo do motor e KM da troca.
2. Nível e estado da água do radiador.
3. Fluido de freio.
4. Tensão da correia do motor.
5. Estado geral da bateria.
6. Possível vazamento.
7. Presença de fumaça anormal no sistema de escapamento.
8. Fixação e estado do escapamento.
9. Ruídos anormais.
10. Eventuais peças soltas dentro e fora da viatura.
11. Fixação e estado dos para choques.
12. Funcionamento dos limpadores de para brisa.
13. Sistemas elétricos, luminosos e sonoros.
14. Calibragem e estado de conservação dos pneus e estepe.
15. Existência de triangulo de sinalização, macaco e chave de rodas.
16. Arranhões e amassados na cabine e carroceria.
17. Limpeza geral externa da viatura.
18. Nível de combustível.
19. Marcador de temperatura do motor.
20. Ajuste do banco do motorista e cinto de segurança.
21. Ajuste dos espelhos retrovisores.
22. Ficha de abastecimento.
23. Estado, carga e fixação do extintor de incêndio.
24. Relatórios de trabalho.
25. Lanterna portátil.
26. Sistema de radio e comunicação.
27. Estado e conservação de todos os cintos de segurança da viatura.

Das Obrigações do Funcionário:

O funcionário, ao utilizar o veículo, compromete-se:

- Zelar pela conservação do veículo;
- Comunicar diretamente ao Coordenador de Frota a necessidade de manutenção ou conserto do veículo, não podendo esse procedimento (conserto ou manutenção) ser feito sem prévio consentimento ou por pessoa não autorizada.

Emergência em Via Pública

Se for o primeiro ao chegar, estacione antes do evento.

Se a cena já estiver sinalizada, pare depois do evento.

Para alertar outros motoristas, use luzes de emergência, além de cones ou outros recursos para garantir uma distância segura.

Eles precisam identificar a primeira sinalização com tempo para frear e reposicionar seu veículo com segurança.

Estabeleça uma área segura.

Analise risco de explosão, sentido da fumaça ou líquidos derramados.

Observação:

Se o socorrista tornar-se uma vítima não poderá socorrer.

Não poderá ter visão em túnel e enxergar apenas a vítima a ser socorrida.

Deverá solicitar auxílio a outros serviços (Bombeiros, Polícia etc.), quando não puder controlar os riscos existentes, via central de Regulação.

Acidente de trabalho

Definição de acidente biológico:

Acidente envolvendo qualquer profissional da equipe, em que haja contato direto com sangue ou secreções (vaginal, espermatozoides, tecidos vivos) durante o atendimento.

Proceder da seguinte forma:

O funcionário deverá comunicar o acidente ao Médico Regulador e chefia Imediata;

Chefia Imediata irá encaminhar o funcionário ao Pronto Socorro onde serão colhidos exames do paciente e funcionário;

Após atendimento médico, o funcionário irá solicitar ao mesmo um relatório, este deverá ser entregue a chefia imediata;

Chefia Imediata irá entregar o relatório para o setor Administrativo que encaminhará ao Rh para elaboração o CAT (Comunicado Acidente Trabalho).

Código Q e Alfabeto Fonético

Código – Significado

QAR- Folga interrupção de atividade.

QAP - Na escuta.

QRA- Nome do operador.

QRL- ID ocupado

QRM- Muita interferência.

QRS- Transmitir mais lento.

QRU- Chamado urgente.

QRV- Às suas ordens, à disposição.

QRX- Aguarde na frequência.

QRZ- Prossiga quem chamou?

QSA- Intensidade do sinal: 01 fraco a 05 ótimo.

QSG- Transmitir sem interrupção.

QSJ- Dinheiro.

QSL- Compreendido. OK.

QSM- Devo repetir a mensagem?

QSN- Você me ouviu?

QSO- Contato.

QSP- Solicitação de transmissão com (ponte).

QSQ- Tem médico? (de plantão no local).

QSY- Mudar para outro ID (qual).

QTA- Cancelar o chamado.

QTH- Endereço; posição.

QTI- Destino; rumo.

QTO- W.C.

QTQ- Comunicar mais rapidamente.

QTR- Horário.

QTY- A caminho do local da ocorrência.

QUA- Notícias ou informações no local.

QUC- Nº de ordem.
TKS- Obrigado; grato.

Letra Alfabeto Fonético

A- Alfa.
B- Bravo; beta.
C- Charlie.
D- Delta.
E- Eco.
F- Fox.
G- Golf.
H- Hotel.
I- Índia.
J- Juliet.
K- Kilo.
L- Lima.
M- Mike.
N- November.
O- Oscar.
P- Papa.
Q- Quebec.
R- Romeu.
S- Sierra.
T- Tango.
U- Uniform.
V- Victor.
W- Whisky.
X- Xingu.
Y- Yankee.
Z- Zulu.

Livro de Ocorrências

Cada ambulância possui um livro ata com a finalidade de anotação do Motorista Socorrista de todas as intercorrências originadas no decorrer do plantão.