

**PROCEDIMENTO
OPERACIONAL
PADRÃO (POP)
DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA
– SAMU 192 –
REGULAÇÃO**

Sumário

1.	APRESENTAÇÃO.....	3
2.	INTRODUÇÃO.....	4
3.	RM01 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO TARM – TÉCNICO ADMINISTRATIVO EM REGULAÇÃO MÉDICA	6
4.	RM02 – PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	13
5.	RM03 – PROTOCOLO DE ABORDAGEM POR QUEIXAS	22
6.	RM04 – PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES.....	24
7.	RM05 – PROTOCOLO DE FUNÇÕES DO CONTROLADOR DE FROTAS	30
8.	RM06 – PROTOCOLO DE ACIONAMENTO DE ENTIDADES	32
9.	RM07 – PROTOCOLO DE CONDUTAS EM ÓBITOS	33
10.	RM08 – PROTOCOLO DE ESCOLHA DA UNIDADE MÓVEL.....	35
11.	RM09 – PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES POR USB COM MÉDICO DO MUNICÍPIO	38
12.	RM10 – PROTOCOLO DE PADRONIZAÇÃO DOS TRANSPORTES REALIZADOS PARA O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA	40
13.	RM11 – PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO TRANSPORTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO.....	43
14.	RM12 – PROTOCOLO DE INTERCEPTAÇÃO ENTRE DUAS UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO.....	48
15.	RM13 – PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO TRAUMA.....	49
16.	TRIAGEM TELEFÔNICA E DEFINIÇÃO DO RECURSO.....	56
16.1	TR01 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	56
16.2	TR02 – DOR TORÁCICA	59
16.3	TR03 – SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	66
16.4	TR04 – SUSPEITA DE ÓBITO	76
16.5	TR05 – HIPOGLICEMIA	84
16.6	TR06 – ATENDIMENTO A ACIDENTES DE TRÂNSITO	87
16.7	TR07 – CASOS DE FRATURAS EXPOSTAS.....	88
16.8	TR08 – ACIDENTES OFÍDICOS.....	91
16.9	TR09 – TRABALHO DE PARTO	92
16.10	TR10 – SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	95
16.11	TR11 – QUEIMADURAS TÉRMICAS	97
16.12	TR12 – AFOGAMENTOS	98
17.	ANEXOS.....	98
17.1	GRADE DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE HC-UFU.....	99
17.2	GRADES DE REFERÊNCIA CISTRI-SAMU 192.....	106

1. APRESENTAÇÃO

Procedimento Operacional Padrão é o documento com descrições detalhadas de atividades, atendimentos e procedimentos de trabalho. Este documento faz parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência da Região Triângulo Norte de Minas Gerais.

É elaborado por profissionais do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo Norte (CISTRI). **Está em processo de construção e atualizações periódicas.**

Existem várias ressalvas que foram necessárias após o início da pandemia da COVID-19.

Responsáveis pela elaboração/revisão/atualização:

Aline Dantas Souza – Médica Pediatra (Até Abril 2022)

Bárbara Cunha Mello Lazarini Antonioli – Médica Ginecologista/Obstetra

Daniel Rodrigues Coelho Pereira – Médico

Camila Piqui Nascimento - Coordenadora do NEP

Carina Venâncio de Camargos Reis – Farmacêutica

Heitor Luiz Gomes – Médico Cirurgião

Ítala Reis Alvarenga – Diretoria de Regulação Médica

Karine Borges Pazini – Coordenadora de Enfermagem (Até Março 2022)

Laura Moukachar Ramos de Oliveira – Médica Psiquiatra

Lucas Marques José – Coordenador de Enfermagem

Tiago Luiz Yukio Spirandeli – Médico Cardiologista

2. INTRODUÇÃO

O Consórcio Público Intermunicipal de Saúde Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo Norte - CISTRI, é constituído pelos municípios de Abadia dos Dourados, Araguari, Araporã, Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Cascalho Rico, Centralina, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Gurinhatã, Indianópolis, Ipiacu, Iraí de Minas, Ituiutaba, Monte Alegre de Minas, Monte Carmelo, Nova Ponte, Patrocínio, Prata, Romaria, Santa Vitória, Tupaciguara e Uberlândia.

Trata-se de pessoa de jurídica de direito público, com natureza jurídica de associação pública, com prazo de duração indeterminado, sendo a sede e foro em Uberlândia-MG, polo da Região Ampliada Triângulo Norte, é regido pela Lei Federal nº 11.107/05, pelo Contrato de Consórcio Público e por Estatuto Social próprio.

O CISTRI tem como finalidade desenvolver, nos entes consorciados, ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, inseridos no contexto da regionalização, da Programação Pactuada Integrada, da otimização dos recursos e da priorização de utilização dos mesmos de acordo com a estratificação de riscos e as necessidades locais, de modo a suprir as demandas represadas, bem com a insuficiência ou ausência de oferta de serviços e/ou ações de saúde nos municípios envolvidos, também chamados de vazios assistenciais, de acordo com o perfil social, demográfico, epidemiológico regionais.

Na estruturação da Rede Assistencial de Urgência e Emergência, dentre eles o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, o CISTRI irá gerenciar a Central de Regulação das Urgências e as Bases Assistenciais Descentralizadas.

A finalidade precípua do Consórcio é desenvolver, em conjunto com ações e serviços de urgência e emergência da Macrorregião do Triângulo Norte do Estado de Minas Gerais, especialmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

O programa SAMU 192 tem como finalidade prestar socorro à população em casos de urgências e emergências. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores socorristas que atendam às urgências traumáticas, clínicas, pediátricas, cirúrgicas, ginecológicas, obstétricas e de saúde mental da população.

O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência independentemente do local: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito depois de chamada gratuita ao número 192. A ligação é atendida por Técnicos Administrativos em Regulação Médica na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador.

O médico regulador faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento instantaneamente, podendo ser por orientação do paciente ou de outro solicitante, sobre as

primeiras ações a serem tomadas. Ao mesmo tempo o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com técnico de enfermagem e condutor socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma unidade de suporte avançado de vida (UTI móvel) com médico, enfermeiro e condutor socorrista.

Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e conveniados ao SUS e, assim, encaminha os pacientes seguindo a grade de pactuação e garante que o atendimento de urgência tenha continuidade.

O SAMU 192 – Macro Triângulo Norte atua ainda em parceria com os serviços de salvamento e resgate do corpo de bombeiros, da polícia militar, da polícia rodoviária, da defesa civil, ou das forças armadas quando se fizer necessário. Regula e garante as transferências interhospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito macrorregional, ativando equipes apropriadas para tal e participa dos planos de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas.

O SAMU do Triângulo Norte atende a uma população residente nos 26 (vinte e seis) municípios pertencentes à região que compõe o Consórcio. Para um adequado atendimento é necessária a seguinte infra- estrutura:

05 (cinco) Unidades de Suporte avançado (USAs)*;

18 (dezoito) Unidades de Suporte Básico (USBs);

01 (uma) Central de Regulação da Rede de Urgência e Emergência;

01 (um) Núcleo de Educação Permanente (NEP);

O consórcio possui 17 bases descentralizadas, localizadas em municípios estratégicos para o atendimento.

As Bases Descentralizadas podem funcionar como anexo de um estabelecimento de saúde já existente compartilhando todos ambientes de apoio, sendo exclusivo para o SAMU apenas o repouso. Contudo, deve ser efetuada a padronização visual de modo que diferencie claramente a Base SAMU do estabelecimento adjacente, além disso, o estacionamento coberto para as unidades móveis deve estar próximo às áreas de conforto das equipes SAMU.

***Foram inseridas, em Fevereiro de 2022, duas Unidades de Suporte Avançado, uma no município de Monte Carmelo e outra no município de Monte Alegre de Minas.**

3. RM01 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO TARM – TÉCNICO ADMINISTRATIVO EM REGULAÇÃO MÉDICA

OBJETIVOS:

- Realizar o atendimento das ligações de forma cordial, objetiva e informativa, colhendo os dados necessários para início do atendimento.
- Atender a ligação ao PRIMEIRO toque do telefone.
- É recomendável identificar-se. (Não obrigatório)
- Segundo o Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde – MRMU/MS; Brasília, 2006 (p. 74):

“Esse acolhimento inicial é realizado pelo técnico administrativo em regulação médica e deve permitir **inferir agravos de maior gravidade** (Inconsciência, dificuldade ou parada respiratória, sangramento volumoso, queda de grande altura, acidente com múltiplas vítimas, acidente em via de alta velocidade, acidentes de trânsito) antes mesmo de encaminhar a solicitação ao médico regulador. Essa avaliação tem por objetivo identificar sinais de alerta que sugerem, de imediato, situação de risco, de acordo com a natureza do agravo e/ou a descrição do caso/cenário. **Uma vez percebidos tais sinais, a solicitação deve ser priorizada e transferida imediatamente ao médico regulador, caso haja outras solicitações em espera.** Se o paciente está inconsciente e/ou com dificuldade respiratória ou sem respirar, fica caracterizada **situação de extrema urgência e o caso deve ser comunicado e repassado imediatamente ao médico regulador, após registrar nome do solicitante, telefone e endereço completo.**”.

- O TARM deve ter especial atenção aos **3”S”**:

Síndromes de “Forte Valência Social” (Onde o valor social é muito elevado: “Presidente da República caiu na rampa do Congresso”. A “morte” pode ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, quando existe COMOÇÃO SOCIAL no evento.)

Síndromes de “Etiologia potencialmente grave” (“Ele caiu do prédio”, “Ele foi baleado por uma 12”, “Ele foi atropelado por um Scania”, “Ela está parindo”, etc.)

Síndromes de “Semiologia potencialmente grave” (concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante: “Eu encontrei ele desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc)

PROCEDIMENTO:

- Seguir os passos abaixo:

- 1) Abertura de uma nova solicitação, já com o registro do número do telefone no sistema VELP ao primeiro toque do telefone.
 - ❖ Em caso de número sem identificação (Não identificado): Solicitar o número e anotar no campo, garantindo sempre a possibilidade de retornar ao solicitante caso a ligação caia.

Telefone

 Não Informado

- 2) Dizer “Bom dia” “Boa tarde” “Boa noite”, “Você ligou para o SAMU 192. Sou o responsável por coletar as informações de endereço para que seu atendimento seja agilizado.”

“Senhor (a), qual o motivo da sua ligação?”

- Preenche o campo “Motivo da ligação”:

Dor abdominal, dor de cabeça, transferência, etc. **(NÃO é necessário fazer questionamentos sobre a queixa e nem especificar mais detalhes sobre o motivo)**

Nova Ocorrência

Telefone

 Não Informado

Motivo Ligação

- Marcar o tipo de ligação:

Urgência → Atendimento pré-hospitalar

Transferência → Transferência interhospitalar

OBS.: Preencher nas transferências: Município, Hospital de Origem e Número do SUS FÁCIL (Quando houver).

Tipo de Ligação: ☐ Urgência ☒ Transferência ☐ Apoio à Unidade ☐ Outros

UF Residência Município Residência

CRM Médico Hospital de Origem

Solicitante Qualificação

Paciente

Número SUS Fácil: Sexo Idade:
Anos Meses Dias

Outros:

Por desistência do solicitante: Caso o solicitante entre novamente em contato e desista do atendimento. Neste caso, a ligação deve **OBRIGATORIAMENTE** ter passado pelo MÉDICO REGULADOR anteriormente.

Vítima socorrida por terceiros: Caso o solicitante entre em contato novamente, referindo que levaram o paciente por conta própria. Neste caso, a ligação deve **OBRIGATORIAMENTE** ter passado pelo MÉDICO REGULADOR anteriormente.

Engano: Quando o solicitante diz que se enganou e ligou errado: “Senhor (a) aqui é do SAMU 192, você ligou errado”

Administrativo: Quando o solicitante deseja falar com algum funcionário do administrativo, primeiro oriente a ligar no telefone 2589-1710 e não usar o 192 para este fim, e transfira a ligação ao RAMAL solicitado.

Em casos de solicitações de informações sobre atendimento – Esclarecer que não fornecemos informações por telefone. Em casos de solicitações de fichas de atendimento: Primeiro informar ao solicitante que a ficha pode ser adquirida na Unidade de Saúde de destino do paciente. Caso informem que já procuraram pela ficha, o endereço de e-mail para solicitações é: atendimentosamu.cistri@gmail.com.

Ocorrência em duplicidade: Caso a ocorrência já tenha sido aberta por outro TARM ou novo solicitante entre em contato para o mesmo caso, já aberto anteriormente.

Sem resposta: Quando há algum problema com a ligação, em que a comunicação está impedida – Diga “Por falta de comunicação, encerro a ligação”

Ligação transferida para controlador de frota: Quando a equipe de atendimento entra em contato para tirar dúvidas sobre endereço, pontos de referência e/ou outras demandas de responsabilidade dos controladores. Quando o solicitante liga novamente para dar mais informações de **endereço**.

Encaminhada aos Bombeiros → Qualquer ocorrência envolvendo vítimas, mesmo que de natureza reconhecidamente atendidas somente pelo Corpo de Bombeiros (Exemplos: incêndios, salvamento, ações de defesa civil, etc.), deverá ser transferida ao MÉDICO REGULADOR. Transferir a ligação para o RAMAL 4400, caso a ocorrência seja no município de **Uberlândia, mesmo que envolva vítimas**.

Religação ou informação (ORIENTAÇÃO NÃO MÉDICA): Solicitações de telefones e/ou endereços de Unidades de Saúde. SOMENTE neste caso, as ligações não serão transferidas aos médicos reguladores.

3) “Com quem eu falo?”

- Preencher o campo “Solicitante” (Procurar chamá-lo sempre pelo nome) e a qualificação.

Solicitante		Qualificação
Paciente		Paciente/Vítima
Número SUS Fácil:	Sexo	Equipe de Atendimento/Campo
Município		Médico
ALFENAS X v	Endereço	Enfermeiro
		Policial
		Bombeiro
Sugestão de Locais		

4) “Senhor (a) está no local da ocorrência?”

- ✓ Orientar ao “Solicitante” que esteja no local da ocorrência. Porém, caso o mesmo informe que não está, transferir a ligação ao médico, informando-lhe da

situação. Caberá ao MÉDICO REGULADOR definir se enviará o recurso ou não, seguindo os protocolos específicos.

5) “Senhor (a), qual o MUNICÍPIO, endereço e número de onde o paciente está?”

- “Diga um nome de avenida conhecida perto desse endereço?” (Referências)
- “Diga um ponto de referência (comércio, farmácia, shopping ou semelhante) para facilitar a chegada ao seu endereço?”

OBS.: Lembrar que muitos municípios têm dois nomes para uma mesma rua, nomes de bairros com números. Portanto, atentar-se bem para estes detalhes.

Município	Endereço	Pesquisar
Sugestão de logradouro		
Número	Bairro	
Referência:		

6) “Senhor, qual o nome do paciente?”

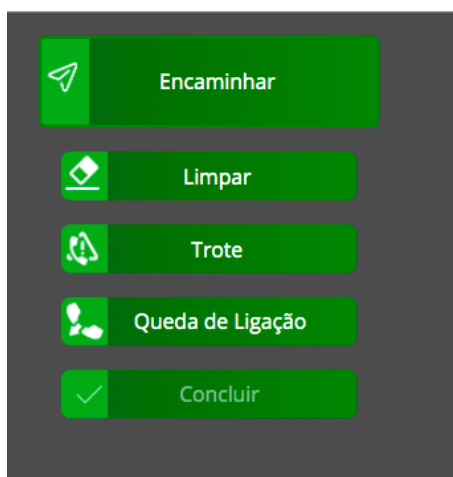
1. Especificar o SEXO CORRETAMENTE
2. Anotar apenas o primeiro nome do paciente e idade aproximada (possível especificar anos, meses ou dias)

Paciente			
Número SUS Fácil:	Sexo	Idade:	
		Anos	Meses Dias

OBS.: Lembrar que em um serviço de urgência e emergência, o nome não deve ser motivo para atrasar o atendimento, logo, transferir imediatamente ao médico, caso tenha dificuldade na coleta destes dados. (O registro completo do nome e idade do paciente deve ser informado posteriormente pela equipe de atendimento e confirmado pelo MÉDICO REGULADOR – Sempre confirmar o nome completo do paciente com documento de identificação, corrigindo possíveis erros de digitação).

7) “Senhor (a) aguarde na linha para falar com o médico. Caso a ligação caia, favor retornar novamente.”

1. Verificar qual MÉDICO REGULADOR está disponível no momento e transferir a ligação, clicando no campo ENCAMINHAR.
2. Informar ao MÉDICO REGULADOR IMEDIATAMENTE, caso haja algum dos “3S” descritos previamente, para que o mesmo fique atento e já acione a ambulância o mais rápido possível.



OBS.: EVITAR DIZER “O MÉDICO QUE LIBERA A AMBULÂNCIA”, TENDO EM VISTA QUE, A GRANDE PARTE DOS ATENDIMENTOS SÃO REFERENTES A ORIENTAÇÕES MÉDICAS E/OU CASOS QUE NÃO SÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NOS QUAIS NÃO SERÁ EMPENHADA AMBULÂNCIA.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:

- A definição dos casos como urgência e/ou emergência é **EXCLUSIVA** do médico, devendo **TODAS** as ligações, referentes aos atendimentos, ser transferidas aos mesmos (Cabe aos TARM fornecer SOMENTE orientações NÃO médicas);
- O tempo ideal para que a ligação seja transferida ao médico regulador é de, **NO MÁXIMO, UM MINUTO**. (O relógio marca o tempo, fica AMARELO após 45 segundos e VERMELHO após um minuto.)

00:00:35 00:00:48 00:01:02

- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;

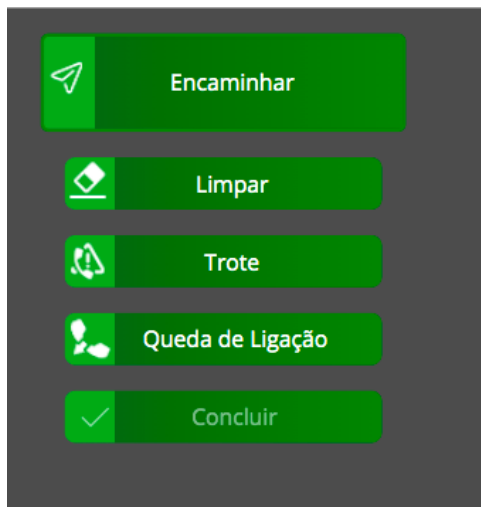
- Procurar manter o controle da conversa desde o início. Na maioria das vezes o solicitante está ansioso para ter seu problema resolvido. Fale calmamente, não alterando o tom de voz, ajude-o a se expressar;
- Orientar o solicitante de maneira clara e precisa, procurando obter a sua colaboração;
- Lembrar que, usualmente, as primeiras informações ou palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados à ocorrência;
- Orientar ao solicitante que aguarde fora do domicílio e acene para a ambulância para agilizar a chegada da equipe;
- Caso a solicitação de atendimento seja em zona rural, pedir para o solicitante acompanhar a ambulância de seu endereço, de local de mais fácil acesso ou que vá até a base, para agilizar a chegada do socorro.

TROTE:

- Reconhecido o trote, informe que se trata de um serviço de urgência e emergência e desligue o telefone.



QUEDA DE LIGAÇÃO:



4. RM02 – PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A TOMADA DE DECISÃO:

- Segundo o Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde – MRMU/MS/; Brasília, 2006 (p. 70), atualmente em revisão:

“A regulação médica utiliza a ideia do acolhimento, avaliação e priorização dos casos existentes, buscando garantir o atendimento por ordem de necessidade e não por ordem de chegada. Todos os pacientes atendidos devem ter registro, segundo rotinas protocolares ético-legais.”

- Para isso, é base ética da regulação médica, além do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2010), a Declaração sobre Ética dos Serviços Médicos de Urgência, aprovada por unanimidade pelos participantes na II Jornada de Emergência Médica em Lisboa, em 7 de Dezembro de 1990, conhecida como Declaração de Lisboa. A Declaração de Lisboa define quatro princípios fundamentais (veja adiante):

Autonomia e liberdade – Respeitar a autonomia e liberdade do paciente, mesmo em caso de urgência;

“Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente, salvo em caso de iminente risco de morte.”

Benefício de todos – Fornecer o melhor atendimento possível, visando à melhor qualidade de vida de todos os envolvidos no atendimento;

Menor prejuízo possível – Como resultante de procedimentos impostos pela necessidade da urgência; EVITANDO:

Negligência: atitude passiva diante de uma situação.

Imprudência: ação precipitada.

Imperícia: falta de habilidade, falta de conhecimento técnico.

Justiça, igualdade e solidariedade – Atenção à coletividade com critério e justiça, prestando cuidados igualmente a todos os que dele careçam.

- O MÉDICO REGULADOR tem como objetivo principal chegar inicialmente a um **DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO** que, antes mesmo do estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, já permite a determinação da gravidade do caso e pode justificar o envio imediato de um suporte avançado.

Cabe ao médico regulador fazer uma série de questionamentos e investigar outros sinais para definir uma **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**.

- Atenção aos **“3S” DA REGULAÇÃO**:

Síndromes de “Forte Valência Social” (Onde o valor social é muito elevado: “Presidente da República caiu na rampa do Congresso”. A “morte” pode ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, quando existe COMOÇÃO SOCIAL no evento. Outros exemplos: crianças, gestantes e acidentes com múltiplas vítimas)

Síndromes de “Etiologia potencialmente grave” (“Ele caiu do prédio”, “Ele foi baleado por uma 12”, “Ele foi atropelado por um Scania”, “Ela está parindo”, etc.)

Síndromes de “Semiologia potencialmente grave” (concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante: “Eu encontrei ele desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc)

- Seguir os passos a seguir:

- Realizar questionário para classificação de risco do paciente:
- Avaliar respiração:
 - Solicite que o PRÓPRIO paciente fale ao telefone. Caso não seja possível, faça perguntas dirigidas “O que ele DIZ que está sentindo? Pergunte a ele o que sente.”
 - Caso o paciente não tenha resposta verbal, verifique se o mesmo está respirando: “Senhor (a), olhe para o tórax e/ou abdome do paciente, está se movimentando?”
 - Avaliar o padrão respiratório: “Senhor (a), ele está respirando com dificuldade? Ouve algum ruído quando ele respira?”
- Avaliar circulação:
 - Avaliar coloração da pele – “Senhor (a), a pele está pálida ou azulada?”
 - Avaliar temperatura da pele – “Senhor (a), a pele está quente ou fria? Está úmida?”
 - Avaliar presença e local de sangramentos – “Senhor (a), tem algum sangramento ativo?” – Caso afirmativo, oriente o solicitante e/ou paciente a comprimir o local com pano limpo.
- Avaliar o nível de consciência:
 - Confirmar se o paciente está consciente – “Senhor (a), ele consegue falar, consegue dizer o que sente?”
 - Se arresponsivo – Orientar o solicitante a bater no ombro e chamar em voz alta, verificar se tem movimentos respiratórios (tórax e/ou abdome) – Em caso de suspeita de parada cardiorrespiratória, orientar iniciar RCP imediatamente até a chegada da equipe, seguindo o protocolo específico.

- Estes primeiros passos, levam à uma classificação inicial:

CLASSIFICAÇÃO	SINAIS E/OU SINTOMAS
NÍVEL 1 (VERMELHO) → EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA DE PRIORIDADE ABSOLUTA	- Forte suspeita de inconsciência ou com alteração súbita de consciência - Parada respiratória ou franca insuficiência respiratória - Parada cardiorrespiratória - Grandes hemorragias e/ou insuficiência circulatória - Dor intensa - Alterações importantes da temperatura
NÍVEL 2 (AMARELO) → URGÊNCIA DE PRIORIDADE MODERADA	- Dificuldade respiratória - Alterações paulatinas de consciência ou história de inconsciência - Hemorragias controláveis - Dor moderada

ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO REGULADOR:

- Regular cada ocorrência dentro do tempo previsto no protocolo vigente (**UM MINUTO**) para o envio da ambulância.
- “Senhor (a), a ambulância está a caminho. Fique tranquilo porque agora vou precisar de mais algumas informações da (o) vítima/paciente” (Antes de encerrar a ligação, mantenha o solicitante na linha para fazer as orientações e questionamentos necessários. Oriente-o a ligar novamente, caso haja qualquer mudança no quadro ou caso tenham deslocado vítima/paciente por outros meios.)
- Acompanhar o tempo-resposta de chegada da ambulância na ocorrência (**MÁXIMO DE 20 MINUTOS**, respeitando as limitações inerentes a cada caso).
- **SEMPRE** checar disponibilidade de recursos para a área da ocorrência (Solicitar ao controlador de frotas que auxilie em casos de Municípios sem USB e/ou sem ambulâncias locais disponíveis no momento).

- Informar ao solicitante uma possível demora (Quando recursos indisponíveis). Neste caso, o médico regulador, após definir a classificação inicial, deverá orientar o encaminhamento por meios próprios e/ou acionar apoio de outras entidades, a depender de cada caso.
- Atender a TODOS os chamados que lhe forem direcionados (o MÉDICO REGULADOR não pode, em hipótese nenhuma, fazer orientações ao TARM e não atender a ligação). Deve manter o auto-controle, não alterando o tom de voz e procurando sempre orientar o solicitante e/ou paciente da melhor forma possível para garantir um atendimento de boa qualidade. Lembrar que, na maioria das vezes, a pessoa do outro lado da linha está ansiosa, apreensiva e, muitas vezes, desesperada. É responsabilidade do médico regulador manter a calma e direcionar as perguntas e orientações.
- Fazer a triagem telefônica, seguindo o protocolo de classificação de risco. Em caso de dúvida, disponibilizar sempre o recurso de maior complexidade disponível, prezando pela segurança do paciente. Lembrando que, todas as ligações são gravadas, logo, qualquer informação que indique gravidade, deve ser assim tratada, com envio da ambulância. O MÉDICO REGULADOR deverá utilizar de sua experiência adquirida e fazer questionamentos para evitar ao máximo o envio desnecessário das ambulâncias. E na chegada da equipe ao local, deverá confirmar a veracidade das informações prestadas, antes de deslocar o paciente para os pontos de atenção.
- Preencher **CORRETAMENTE TODOS OS CAMPOS** da ficha de atendimento, visto que a mesma é parte integrante do prontuário do paciente e que os dados serão utilizados para criação de estatísticas e propostas de prevenção e promoção em saúde. (Dados registrados incorretamente podem prejudicar sobremaneira estas estatísticas.)
- Preencher **CORRETAMENTE** o **NOME COMPLETO** do paciente (**SEMPRE** solicitar à equipe de atendimento que tire uma foto LEGÍVEL e faça a conferência com documento pessoal para evitar erros.)

- Realizar orientações ao solicitante, paciente e/ou vítima via telefônica, com objetivo de iniciar o primeiro atendimento, orientando procedimentos necessários para salvaguardar a vida até a chegada da equipe ao local.
- Coletar todo o histórico e informações relativas ao paciente e repassar às equipes de socorro para melhorar a agilidade e segurança dos mesmos na chegada ao local do atendimento. Questionar sobre o uso irregular de medicações, etc. A coleta da história, o mais completa possível, é responsabilidade do MÉDICO REGULADOR, pois a equipe de atendimento será responsável por examinar o paciente e realizar procedimentos que sejam necessários para estabilização antes do transporte.
- Coletar com a equipe de atendimento os dados vitais e queixas e/ou quadro clínico do paciente para definir se o mesmo pode ser tratado no local ou deverá ser encaminhado para avaliação e/ou tratamento definitivo. NUNCA encaminhar imediatamente, sem checar a história clínica, salvo em casos de urgência/emergência.
- Registrar na ficha de atendimento, todas as orientações e condutas tomadas, servindo de respaldo ao médico regulador para qualquer questionamento futuro.
- Registrar na ficha de atendimento, caso tenha feito contato telefônico com a equipe e realizado qualquer orientação.
- Registrar na ficha de atendimento, o contato realizado com o hospital de destino do paciente/vítima, de preferência anotar o nome do responsável, ou se não foi possível o contato. IMPRESCINDÍVEL repassar à equipe de atendimento o NOME do profissional responsável pelo aceite/recebimento do paciente.
- Utilizando-se de sua **AUTORIDADE SANITÁRIA**, encaminhar os pacientes para as portas de entrada pactuadas, seguindo os fluxos e grades de referência pré-definidos, informando previamente ao MÉDICO do hospital de destino o quadro clínico e o diagnóstico do paciente

(Caso não consiga contato, antes da chegada da equipe, o médico regulador deve registrar este fato na ficha), não aceitando a falta de leitos como motivo para não encaminhamento.

CLASSIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS EM NÍVEIS:

NÍVEL	COR	AMBULÂNCIA	TEMPO-RESPOSTA RECOMENDADO
URGÊNCIA DE NÍVEL 1	VERMELHO	USA ou USB	ATÉ 10-15 MINUTOS
URGÊNCIA DE NÍVEL 2	AMARELO	USA ou USB	ATÉ 30 MINUTOS
URGÊNCIA DE NÍVEL 3	VERDE	ORIENTAÇÃO MÉDICA	ATÉ 60 MINUTOS (Para encaminhamento à Unidade Básica de Saúde*)
URGÊNCIA DE NÍVEL 4	AZUL	ORIENTAÇÃO MÉDICA	-----

NÍVEIS E DEFINIÇÕES:

NÍVEL 1 EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA DE PRIORIDADE ABSOLUTA	Caso em que haja risco imediato de morte e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário. Médico regulador deve realizar todas as orientações ao solicitante/paciente antes de encerrar a ligação.
NÍVEL 2 URGÊNCIA DE PRIORIDADE MODERADA	Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.
NÍVEL 3 URGÊNCIA DE PRIORIDADE BAIXA	Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de morte ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas. Paciente pode ser orientado a procurar a Unidade Básica de Saúde e caso fique qualquer dúvida ao telefone, encaminhar a ambulância e avaliar no local.
NÍVEL 4 URGÊNCIA DE PRIORIDADE MÍNIMA	Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

RESPOSTA AO SOLICITANTE:

● **URGÊNCIA DE NÍVEL 1 = VERMELHO**

- ❖ Ambulâncias disponíveis:
- ❖ Orientar que a ambulância já está a caminho, despachar a mesma em até, NO MÁXIMO, UM MINUTO.
- ❖ Fazer todas as orientações cabíveis ao caso e colher informações importantes da história, antes de desligar o telefone.
- ❖ Orientações ao solicitante até a chegada da equipe:
 - Sinalizar o local
 - Não movimentar o paciente
 - Controlar o sangramento externo com pano limpo
 - Manutenção da posição de recuperação
 - Eliminar fatores de risco
 - Observar condições de segurança
 - Orientar que retornem a ligação caso haja qualquer mudança no quadro clínico e/ou caso desloquem por outros meios.
 - Acompanhar o tempo-resposta até a chegada da ambulância (MÁXIMO 20 MINUTOS).

❖ Ambulâncias indisponíveis:

- Orientar ao solicitante/paciente “Todas nossas ambulâncias estão em atendimento, sua urgência será priorizada assim que possível”
- Solicitar apoio do COBOM ou ambulância sanitária (Se possível e viável, deve ser feito pelo médico regulador)
- Fazer todas as orientações necessárias até que o caso seja resolvido.
- Orientações ao solicitante até a chegada da equipe:
 - Sinalizar o local
 - Não movimentar o paciente
 - Controlar o sangramento externo com pano limpo
 - Manutenção da posição de recuperação
 - Eliminar fatores de risco
 - Observar condições de segurança
 - Orientar que retornem a ligação caso haja qualquer mudança no quadro clínico e/ou caso desloquem por outros meios.
 - Acompanhar o tempo-resposta até a chegada da ambulância, se esta for encaminhada.

○ **URGÊNCIA DE NÍVEL 2 = AMARELO:**

- Ambulâncias disponíveis:
- Orientar ao solicitante/paciente que a ambulância está a caminho, despachar a mesma em até, NO MÁXIMO, UM MINUTO.
- Fazer todas as orientações cabíveis ao caso e colher informações importantes da história, antes de desligar o telefone.
- Orientações ao solicitante até a chegada da equipe:
 - Sinalizar o local

- Não movimentar o paciente
- Controlar o sangramento externo com pano limpo
- Manutenção da posição de recuperação
- Eliminar fatores de risco
- Observar condições de segurança
- Acompanhar o tempo-resposta até a chegada da ambulância (MÁXIMO 20 MINUTOS).

- Ambulâncias indisponíveis:
- Orientar ao solicitante/paciente “Todas nossas ambulâncias estão em atendimento, sua urgência será priorizada assim que possível”
- Orientar o solicitante/paciente a remover por conta própria, caso seja possível OU solicitar apoio da ambulância do município sanitária ou COBOM (Caso seja possível e viável, deve ser feito pelo médico regulador): “O(a) senhor (a) deverá remover o paciente e não aguardar. Caso não ocorra a remoção, favor ligar novamente.”

○ **URGÊNCIA DE NÍVEL 3 = VERDE:**

- Se houver valência social, agir como sendo **URGÊNCIA DE NÍVEL 2**
- Ligar no transporte sanitário e solicitar apoio.
- Caso indisponível, retornar ao solicitante “Não há indicação de transporte por ambulância do SAMU; o transporte do paciente deve ser realizado por meios próprios”.

○ **URGÊNCIA DE NÍVEL 4 = AZUL:**

“Não há indicação de transporte por ambulância do SAMU; o paciente deve ser removido por meios próprios”.

- Considerando a rede de saúde e suas dificuldades e superlotação frequentes, evitar de orientar a procurar o Pronto Socorro por conta própria. Fazer as orientações e dizer para procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima. Orientar sinais de alarme, e que volte a entrar em contato com 192, caso haja alguma urgência e/ou emergência.

OBS: Solicitar apoio do transporte sanitário do município apenas quando houver mesmo indicação, evitar acioná-los em casos que não se enquadram. Nestes casos, orientar solicitante/paciente que seu quadro não constitui uma urgência/emergência, sendo possível orientar terapêutica se possível ou que procurem a Unidade de Saúde mais próxima.

Em casos de transportes claramente sanitários: realização de consultas, exames, troca de sonda, etc., orientar que os próprios solicitantes/pacientes entrem em contato com as ambulâncias sanitárias e caso não tenham resposta acionem os gestores municipais. NÃO É DE RESPONSABILIDADE DO SAMU DENTRO DA REDE DE SAÚDE REALIZAR TRANSPORTES ELETIVOS, QUE NÃO SE ENQUADREM EM CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.

Lembrando sempre que, a CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS, tem acima de tudo, o papel de EDUCAR a população e o MÉDICO REGULADOR é o PRINCIPAL responsável por este papel, uma vez que pode realizar

orientações telefônicas com respaldo em protocolos, evitando assim a SUPERLOTAÇÃO das Unidades de Saúde.

5. RM03 – PROTOCOLO DE ABORDAGEM POR QUEIXAS

Independente da queixa, a classificação inicial é padrão:

CLASSIFICAÇÃO	SINAIS E/OU SINTOMAS	UNIDADE MÓVEL
NÍVEL 1 (VERMELHO) → EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA DE PRIORIDADE ABSOLUTA	- Forte suspeita de inconsciência ou com alteração súbita de consciência - Parada respiratória ou franca insuficiência respiratória - Parada cardiorrespiratória - Grandes hemorragias e/ou insuficiência circulatória - Dor intensa - Alterações importantes da temperatura	USA – Nos municípios onde disponível Demais municípios – USB
NÍVEL 2 (AMARELO) → URGÊNCIA DE PRIORIDADE MODERADA	- Dificuldade respiratória - Alterações paulatinas de consciência ou história de inconsciência - Hemorragias controláveis - Dor moderada	USB – Caso seja percebido qualquer sinal de gravidade acima descrito → Acionar USA (onde disponível)
NÍVEL 3 (VERDE) → URGÊNCIA DE PRIORIDADE BAIXA	- Queixas crônicas, agudizadas, sem sinais de alarme	Orientar condutas e, se necessário, procurar Unidade Básica de Saúde mais próxima. Na dúvida de algum dado fornecido ao telefone, encaminhar USB – Avaliar liberação no local e/ou orientação de procurar Unidade Básica de Saúde mais próxima.
NÍVEL 4 (AZUL) → URGÊNCIA DE PRIORIDADE MÍNIMA	- Queixas crônicas, sem sinais de alarme	Orientações telefônicas

Na chegada da equipe ao local, após serem colhidas as demais informações do caso, o caso deverá ser reclassificado, se necessário:

Verificar sinais vitais do paciente, queixas e sintomas:

- Se dados vitais **NORMAIS**, queixas crônicas e/ou sintomas sem sinais de alarme → Realizar **ORIENTAÇÕES** e **LIBERAR PACIENTE NO LOCAL** (Evitar deslocamento desnecessário dos pacientes)
- Caso tenha dúvidas e julgue necessário avaliação médica = Encaminhar ao PSF (de 7h às 17h) ou Pronto atendimento (Se fora do horário de funcionamento do PSF)

OBS.: Nas Unidades de Saúde, como o encaminhamento foi feito com suporte do **MÉDICO REGULADOR** e por não se tratar de uma urgência e emergência, qualquer profissional da Unidade pode receber o paciente (Exemplo: Técnico de enfermagem, assistente social), desde que este faça o acolhimento do mesmo.

OBS.: Não será aceita a alegação de que não há médico na Unidade e será necessário que o **SAMU** desloque o paciente. O **MÉDICO REGULADOR** e a **EQUIPE DE ATENDIMENTO** devem informar ao profissional que for receber os pacientes, que entre em contato com o **GESTOR MUNICIPAL** para resolver tal situação e a própria Unidade deverá acolher o paciente e **ACIONAR A AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO**, caso necessite deslocamento para outro local.

QUESTIONÁRIO PRIMÁRIO GERAL – CAUSAS CLÍNICAS:

- **ABC**
- Questionar sobre o **TEMPO** de início dos sintomas.
- Questionar fatores concomitantes.
- Questionar sinais de alarme.
- Questionar déficits prévios (Confirmar funcionalidade prévia do paciente)
- Questionar nível de consciência prévio.
- Questionar sobre o uso regular de medicações.
- Questionar comorbidades e medicações em uso.

QUESTIONÁRIO PRIMÁRIO GERAL – TRAUMA:

Se possível

- **ABC**
- Questionar mecanismo do trauma.
- Questionar se estava de capacete e/ou cinto de segurança.
- Questionar posição da vítima no veículo.
- Questionar comorbidades e medicações em uso. (Se possível.)

QUESTIONÁRIO PRIMÁRIO GERAL – CAUSAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS:

- **ABC**
- Questionar o local do pré-natal (De preferência nomear a Unidade de Saúde) e quantas consultas.

- Questionar se o pré-natal é de risco habitual ou alto risco (especificar o motivo).
- Questionar se houve sangramento e/ou perda de líquido.
- Questionar sobre último Ultrassom.
- Questionar comorbidades e medicações em uso.
- Escore de Malinas

QUESTIONÁRIO PRIMÁRIO GERAL – CAUSAS PEDIÁTRICAS:

- ✓ **ABC**
- ✓ Questionar sobre o início dos sintomas.
- ✓ Questionar sinais de alarme.
- ✓ Questionar nível de consciência prévio ao ocorrido.
- ✓ Questionar se houve algum problema ao nascimento e uso de medicações contínuas.

QUESTIONÁRIO PRIMÁRIO GERAL – CAUSAS PSIQUIÁTRICAS:

- **ABC**
- Questionar se faz acompanhamento no CAPS.
- Questionar episódios recentes semelhantes.
- Questionar potencial violento que coloque em risco a própria vida ou de outra pessoa.
- Questionar qual o diagnóstico de base e medicações em uso.

OBS.: O questionário é apenas uma síntese das principais perguntas que devem ser realizadas e das informações básicas que devem ser coletadas e repassadas à equipe de atendimento.

Ressaltando-se que, a responsabilidade da anamnese é do MÉDICO REGULADOR, devendo pelo menos estas informações básicas serem registradas no prontuário eletrônico. (Levando-se em consideração que, este é um documento que deve SEMPRE ser bem preenchido e, a qualquer momento, pode ser solicitado como instrumento de investigação de qualquer natureza.)

6. RM04 – PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES

OBJETIVO:

- Padronizar protocolos para transferências inter hospitalares (Pacientes aceitos via SUS FÁCIL ou vaga zero de dentro de Unidades Hospitalares)

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA AS TRANSFERÊNCIAS INTER HOSPITALARES:

- **TODOS** os casos inseridos na grade de pactuação de Alta Complexidade do Hospital de Clínicas de Uberlândia que foram atendidos no pré-hospitalar ou se encontram dentro de Unidades de Saúde, com critérios para **Suporte Avançado de Vida**.

- Nos casos de pacientes aceitos via **SUS FÁCIL**, será autorizado transporte INTER HOSPITALAR, de pacientes em **Suporte Avançado de Vida**, em caso do município não dispor de UTI móvel. Ressaltando-se que, **SOMENTE** o SAMU realiza o atendimento pré-hospitalar, sendo este, prioridade.

*Na última reunião do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo Norte, foi discutido e acordado que as transferências inter hospitalares de pacientes aceitos via SUS FÁCIL e com vaga definida pela Regulação Estadual, serão responsabilidade dos gestores, sendo em exceções extremas realizadas pelo SAMU, na ausência de recursos e considerando o benefício do paciente.

- As transferências de recém-nascidos serão **SEMPRE** critério para realização por **Unidade de Suporte Avançado** em incubadora e condições adequadas.

- As “vaga zero” da Regulação Estadual, que estão fora da grade pactuada do SAMU, deverão ter o transporte realizado por responsabilidade dos municípios, mesmo que tenham necessidade de Suporte Avançado de Vida.

ABERTURA DA OCORRÊNCIA PELO TARM:

- Seguir o protocolo inicial desde a chamada inicial

- Anotar o nome do solicitante:

É OBRIGATÓRIO que o caso seja informado pelo **MÉDICO** da Unidade solicitante para o MÉDICO REGULADOR – Se não for o médico o responsável pela chamada, o TARM deve solicitar que este seja chamado antes de transferir a ligação. A responsabilidade de coleta de dados do paciente com qualquer outro profissional não médico será do MÉDICO REGULADOR.

- Marcar o tipo de ligação:

Transferência

Anotar o número do SUS FÁCIL (caso, se aplique)

- Anotar o município e endereço completo da Unidade de Saúde

- Anotar o **NOME COMPLETO CORRETO** (Auxílio da foto do documento pessoal) e **IDADE DO PACIENTE**

MÉDICO ASSISTENTE:

- Deve inserir o paciente no SUS FÁCIL, descrever seu quadro clínico resumido, com todos os sinais vitais e informações pertinentes.
- Deve checar o aceite do paciente no serviço de destino e **SOMENTE** acionar o TRANSPORTE do SAMU quando a vaga estiver CONFIRMADA e se o município não conseguir realizar o transporte.
- Deve fornecer à equipe do SAMU um relatório de resumo do atendimento do paciente na Unidade de origem, descrevendo sintomas à chegada, propedêutica realizada, etc. (pode ser a evolução do SUS FÁCIL.).
- Nos casos que se enquadrem na grade pactuada, **TAMBÉM** deverá existir o relatório médico da origem, não havendo necessidade de cadastro no SUS FÁCIL, antes da transferência.
- Deve fazer a estabilização do paciente e mantê-lo em condições de transporte para a chegada da equipe. Deve **OBRIGATORIAMENTE** estar presente quando a equipe chegar.
- Obter a autorização escrita do paciente e/ou familiar.

OBS.: Os médicos INTERVENCIÓNISTA E REGULADOR assumem a responsabilidade em conjunto caso realizem a transferência dos pacientes sem seguir o protocolo e sem ter o caso passado pelo médico da origem (assistente). Estão autorizados a negar o transporte na ausência do médico assistente na origem à chegada da equipe.

OBS.: A Regulação de leitos de pacientes internados **NÃO É RESPONSABILIDADE DO SAMU** e, sim, da Central de regulação de leitos.

Pacientes que se encontrem em Unidades de Saúde sem os recursos mínimos necessários e que apresentem qualquer risco de morte, **DEVEM SER REGULADOS PELO SAMU** para a referência pactuada. **NÃO** confundir disponibilidade de recursos com incapacidade técnica. (O SAMU tem prerrogativa de encaminhar uma USA para municípios menores, caso percebam dificuldade técnica da origem, porém, isto deve ser uma exceção e não a regra.)

Qualquer médico que ligue 192, solicitando transferência de pacientes graves, fora dos critérios das grades pactuadas, sem risco de morte iminente por falta de recursos, deverá ser orientado a inserir o paciente no SUS FÁCIL, entrar em contato com a Regulação de leitos e/ou município de referência e somente retornar após ter sido autorizada a vaga, com aceite do Hospital de Destino e se não tiver ambulância adequada disponível para transporte. O médico regulador poderá auxiliar o médico da origem com as condutas necessárias à estabilização do paciente.

A prioridade do SAMU é o **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR** e tem como responsabilidade secundária a transferência inter-hospitalar. Logo, as transferências **NUNCA** terão prioridade frente ao APH.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve checar o aceite do paciente no Hospital de destino e, caso haja dúvidas, solicitar à coordenação que consulte o SUS FÁCIL.

Obs.: Lembrar que não existe vaga zero para leitos de UTI, logo, se houver alguma solicitação neste sentido deve ser CUIDADOSAMENTE checada.

- Deve anotar o quadro clínico resumido do paciente, dados vitais, dispositivos, parâmetros de ventilação mecânica (se for o caso), medicações em BIC e tem a **OBRIGAÇÃO** de informar todos estes dados à equipe de atendimento que fará o transporte.

- Exigir que o médico solicitante entregue um relatório breve da internação do paciente ao MÉDICO INTERVENCIONISTA. (SUS FÁCIL ou relatório inicial de atendimento). No momento do contato telefônico da origem, o MÉDICO REGULADOR já deve orientar que este relatório seja providenciado.

- EXIGIR que o médico solicitante esteja no local, quando a equipe de atendimento chegar. NÃO deslocar sem a presença do médico para informar o quadro clínico do paciente.

- Orientar que sejam organizados os documentos do paciente, que os familiares sejam orientados a se dirigir ao Hospital de destino por conta própria e/ou solicitar auxílio do município → Orientar que, como se trata de pacientes graves, intercorrências podem existir no transporte que necessitem de intervenção, e a presença de familiares na Unidade Móvel pode dificultar os procedimentos necessários.

OBS.: Para alguns pacientes específicos, é obrigatória a presença de acompanhante para o transporte. Exemplos: gestantes, idosos, pacientes psiquiátricos, menores de 18 anos, etc. Nestes casos, se não houver outra forma de transporte (sempre tentar apoio do município), pode ser autorizado UM acompanhante na frente na ambulância (A critério da equipe de atendimento).

- Deve solicitar atualização dos DADOS VITAIS, confirmação da história clínica e pedir que descrevam se houve intercorrências durante o transporte, caso positivo, especificar.

- Orientar o médico da Unidade a explicar os riscos inerentes ao transporte e dizer da possibilidade de óbito, dada a gravidade do quadro clínico do paciente, exigindo a presença de um familiar para assinatura do TERMO DE RESPONSABILIDADE DE TRANSPORTE (**ANEXO – CHECK LIST DE TRANSPORTE SEGURO**).

- Quando acionado para transferências inter-hospitalares fora dos critérios estabelecidos neste protocolo, deverá informar aos GESTORES dos municípios sua responsabilidade,

registrando a negativa no sistema, por meio de justificativa e embasamento, podendo ser citado este protocolo.

MÉDICO INTERVENCIONISTA:

- O tempo de saída para as transferências inter hospitalares deve ser o necessário para organização de todos os materiais e equipamentos necessários, no máximo de 10 minutos. Partindo da premissa que, o paciente está estável em Unidade de Saúde.
- Deve SOLICITAR ao médico regulador TODO o quadro clínico resumido do paciente, dados vitais, dispositivos, parâmetros de ventilação mecânica (se for o caso), medicações em BIC, etc. O objetivo é organizar todos os equipamentos e materiais necessários para realizar um transporte com segurança.
- Na chegada ao hospital de origem, deve **EXIGIR** a presença do médico da Unidade para fornecer o relatório da internação do paciente, os documentos e passar um breve resumo do quadro. (Caso o médico não esteja presente, deve aguardar um tempo mínimo e, caso haja demora, deverá encerrar a ocorrência e solicitar que façam nova solicitação quando este chegar).
- Deve realizar procedimentos para estabilização do paciente, que julgar necessários, e que não tenham sido feitos pelo médico assistente. (É inadmissível que um paciente seja transportado inadequadamente, com a justificativa de que o médico assistente não o fez. O médico intervencionista deve estabilizar minimamente o paciente para transporte ou, caso perceba que não será possível, negar o transporte por falta de condições, deixando bem relatado na ficha de atendimento para respaldo futuro.)
- Deverá preencher OBRIGATORIAMENTE o **CHECK LIST DE TRANSPORTE SEGURO** que ficará disponível nas ambulâncias. (Em duas vias, a segunda via deverá ser deixada na Unidade de destino do paciente). Solicitar que o familiar assine a autorização para o transporte, esclarecendo o risco/benefício do mesmo e aventando a possibilidade de óbito, a depender da gravidade do quadro clínico.
- Deve junto com o enfermeiro, monitorizar o paciente na viatura, conectar corretamente todos os dispositivos e acompanhar o transporte no banco da cabeceira ou lateral do paciente. **NUNCA** pode estar no banco da frente da viatura, pois qualquer intercorrência no transporte deve ser tratada **IMEDIATAMENTE**.

CRITÉRIOS PARA TRANSFERÊNCIAS:

As transferências inter-hospitalares realizadas pelo SAMU devem seguir os critérios pré-estabelecidos:

- O paciente precisa **NECESSARIAMENTE** ter sido aceito no hospital de destino com registro no sistema do SUS FÁCIL ou ter critérios na grade de pactuação de Alta Complexidade do Hospital de Clínicas de Uberlândia para os casos de “vaga zero”.

O SAMU prioriza o atendimento pré-hospitalar, porém tem como função secundária, as transferências inter-hospitalares, seguindo alguns critérios:

- Pacientes graves em ventilação mecânica, com sinais de rebaixamento do nível de consciência, que apresentem instabilidade hemodinâmica e/ou algum destes critérios em potencial.

OBS.: NÃO é de competência do SAMU, a transferência de pacientes de média e baixa complexidade, de casos fora da pactuação, de casos judicializados, “Vaga zero” da Regulação Estadual, de casos que não foram autorizados via SUS FÁCIL.

ESCOLHA DA UNIDADE MÓVEL:

Como citado nos critérios acima descritos, TODAS as transferências realizadas pelo SAMU de pacientes aceitos via SUS FÁCIL ou da grade de referência de Alta Complexidade devem ser por Unidade de Suporte Avançado (USA ou SAAV). (Pequenas exceções estão descritas em protocolos específicos).

- Ressaltando-se que as Unidades de Suporte Básico não têm equipamentos e insumos necessários para este transporte.

OBS.: Em exceções, caso não haja Unidade de Suporte Avançado disponível ou o tempo de deslocamento seja crucial para o desfecho do caso, poderá ser liberada uma Unidade de Suporte Básico equipada minimamente com monitor, ventilador mecânico e os demais equipamentos necessários para um transporte **SEGURO**.

- O MÉDICO REGULADOR com auxílio do CONTROLADOR DE FROTAS deverá definir qual a Unidade de Suporte Avançado mais próxima para realizar esta transferência no menor tempo possível.

Caso a Unidade de Suporte Avançado mais próxima esteja empenhada, o MÉDICO REGULADOR deverá acionar o MUNICÍPIO e verificar a possibilidade do paciente ser deslocado em UTI móvel própria.

- Caso a vaga tenha sido regulada via SUS FÁCIL, não há necessidade de avisar o hospital de destino deste deslocamento na ambulância sanitária ou do SAMU.

TRANSFERÊNCIAS INTERHOSPITALARES NO PERÍODO NOTURNO:

- Pressupondo-se que os pacientes estão estáveis e assistidos dentro de Unidades de Saúde, deve-se levar em consideração antes de liberar uma transferência inter-hospitalar em período noturno, os seguintes fatores:

Evitar realizá-las nos horários de troca de plantão (Deve ser feito o cálculo do tempo gasto no deslocamento total, somando-se um mínimo de uma hora para preparação do paciente no hospital de origem para transporte.)

Sempre checar o tempo de trabalho do condutor socorrista, objetivando evitar a fadiga e possíveis acidentes que possam prejudicar as equipes e o paciente.

Checar com hospital de destino a possibilidade de aguardar a troca de plantão ou o início do dia, para evitar todos os problemas descritos acima.

OBS.: NENHUMA TRANSFERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PODE SER ATRASADA COM JUSTIFICATIVA DE TROCA DE PLANTÃO. OS CRITÉRIOS ACIMA SÓ DIZEM RESPEITO AOS PACIENTES ESTÁVEIS DENTRO DE UNIDADES DE SAÚDE E QUE NÃO EXIJAM A CHEGADA EM “JANELA”.

OBS.: AS TRANSFERÊNCIAS DE APH SECUNDÁRIO, OU SEJA, PACIENTES QUE JÁ ESTÃO DENTRO DE UNIDADES DE SAÚDE, PORÉM, TEM CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO EM VAGA ZERO PELO SAMU, DEVEM SEGUIR ESTE PROTOCOLO. É OBRIGATÓRIO QUE O MÉDICO ASSISTENTE FORNEÇA A FICHA DE ATENDIMENTO INICIAL NA UNIDADE, MESMO QUE NÃO SEJA O SUS FÁCIL. TODOS OS CRITÉRIOS DESTE PROTOCOLO DEVEM SER SEGUIDOS.

OBS.: PARA SALVAGUARDAR A EQUIPE E O PACIENTE, FICA DEFINIDO QUE DEVEM SER FOTOGRAFADOS OS DADOS VITAIS DO MONITOR EM TRÊS MOMENTOS: NA VIATURA ANTES DE INICIAR O TRANSPORTE, UMA VEZ DURANTE O TRANSPORTE EM CURSO E ANTES DE DESCER O PACIENTE NO HOSPITAL DE DESTINO.

7. RM05 – PROTOCOLO DE FUNÇÕES DO CONTROLADOR DE FROTAS

- Conhecer bem a região de atendimento, malhas viárias, vias de acesso, distâncias entre municípios, para garantir o melhor tempo resposta com a Unidade Móvel mais próxima possível à ocorrência.

- Auxiliar a equipe de atendimento na confirmação do endereço, procurando pelos pontos de referência citados e agilizando a chegada da equipe ao local.

- Empenhar a Unidade Móvel mais próxima para cada caso, monitorando os TEMPOS RESPOSTA:

Saída de base:

MÁXIMO DE UM MINUTO – Urgências e emergências CÓDIGO VERMELHO

MÁXIMO DE DOIS MINUTOS – Urgências e emergências CÓDIGO AMARELO

MÁXIMO DE 10 MINUTOS – Tempo necessário para organizar equipamentos e materiais necessários ao transporte – Transferências interhospitais

Chegada ao local do atendimento = MÁXIMO DE 20 MINUTOS (respeitando as particularidades de cada caso)

ATENÇÃO: Checar os sistemas de comunicação do TABLET e das viaturas para evitar **ATRASOS** no atendimento.

OBS.: Caso percebam falta de comunicação e demora na saída das equipes, fazer **CONTATO IMEDIATO** via telefone.

- Em municípios com mais de uma USB, ter o cuidado de empenhá-las alternadamente, de modo que façam um número semelhante de ocorrências ao longo de um plantão, evitando sobrecarga de uma única equipe.

Exceção: USB de Ituiutaba que estão em bases diferentes, deve ser empenhada a Unidade mais próxima à ocorrência, respeitando-se os tempos resposta.

- Manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota, em contato constante com seu coordenador.

NUNCA baixar uma ambulância, sem AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DIRETA.

- Informar IMEDIATAMENTE a todos os coordenadores (Frotas, enfermagem e médico) sobre qualquer intercorrência com as viaturas, que necessitem de revisão, para que tomem as devidas providências para evitar interrupção do serviço.

- Cobrar o registro dos “J” no sistema, acompanhando os tempos resposta das unidades, lembrando sempre de ressaltar a importância do J12 de chegada na base para encerramento das ocorrências.

- Estabelecer contato via tablet (ou telefônico) com todas as entidades e unidades envolvidas no atendimento pré-hospitalar ou quando demandado pelo Médico Regulador e seguir suas orientações.

- Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência afim de colher dados e trocar informações solicitados pelo Médico Regulador.

- Atender às solicitações do Médico Regulador referentes à sua função.
- Manter contato via telefone com os hospitais, solicitantes e equipe quando necessário.
- Entrar em contato com Polícia Militar, COBOM, Defesa Civil, etc, garantindo a segurança da cena para chegada da equipe de atendimento.
- Em casos de óbitos, deverá acionar os responsáveis no Município, informando o endereço, para que tomem as providências cabíveis, seguindo o protocolo específico.
- Realizar TODOS os dias pela manhã, o CHECK LIST completo da viatura que dá suporte ao Arcanjo, conferindo e repondo também os cilindros de oxigênio, se necessário.
- Dar suporte às ocorrências do Arcanjo, entrando em contato com locais de pouso do Arcanjo nos municípios de origem, garantindo a abertura de campos de futebol, etc. e definindo junto ao Médico Regulador a logística para transbordo da equipe e paciente para a aeronave.
- Entrar em contato com o Aeroporto de Uberlândia, via e-mail: samuaereo@gmail.com, senha: Samuaereo192, usando o modelo de e-mail do rascunho para informar a entrada da USA para transporte dos pacientes do Arcanjo, quando necessário.
- Tripular a USA de apoio ao Arcanjo como Condutor Socorrista, seguindo assim todos os protocolos vigentes no serviço. Dar saída da Central de regulações somente quando o helicóptero informar que decolou da origem ou caso seja muito próximo, garantir a chegada da ambulância antes do pouso.
- Deverá solicitar autorização às coordenações (médica, enfermagem, frotas), caso haja alguma demanda da equipe de atendimento em se deslocar para a Central ou qualquer outro lugar fora do trajeto normal.

8. RM06 – PROTOCOLO DE ACIONAMENTO DE ENTIDADES

OBJETIVO:

- Definir e padronizar que a solicitação de apoio (Polícia, COBOM, Defesa Civil, etc) deve ser realizada pelos CONTROLADORES DE FROTA para garantir uma cena segura, quando a equipe de atendimento chega ao local da ocorrência.

PROCEDIMENTO:

- Os CONTROLADORES DE FROTA deverão entrar em contato com as equipes de apoio (Polícia, COBOM, Defesa Civil, etc.) através dos telefones que estarão disponibilizados no sistema VELP.
- É responsabilidade, destes profissionais, fazer o contato com as equipes de apoio, garantindo a agilidade do atendimento, ao proporcionar uma cena segura, quando da chegada da equipe.
- Apenas em casos em que estes não conseguirem contato telefônico antes da chegada da ambulância do SAMU, este acionamento deverá ser feito através dos números 190 ou 193 pela própria equipe do Município (Antes de iniciarem o atendimento).
- O Corpo de Bombeiros deve ser sempre acionado em casos de: incêndios e/ou explosões, acidentes com cargas de produtos perigosos, salvamento aquático e/ou afogamentos, salvamentos em altura, capotamentos e/ou qualquer acidente com vítimas encarceradas, colisão com postes de energia (acionar conjuntamente a empresa elétrica do Município), acidentes envolvendo múltiplas vítimas, pacientes em surto psiquiátrico, etc.
- A Polícia Militar deve ser sempre acionada em casos de: vítimas de ferimento de arma branca e/ou arma de fogo, tentativas de autoextermínio (Caso a vítima apresente risco à equipe. Sempre acionar inicialmente o Corpo de Bombeiros para uma abordagem adequada do caso), suspeitas de agressão, etc.

OBS.: Em caso de suspeita de morte violenta (com sinais evidentes de óbito e sem indicação de abordagem), a cena deve ser sempre preservada, até a chegada da Polícia no local. A equipe deve aguardar a chegada da Polícia para deixar o local.

9. RM07 – PROTOCOLO DE CONDUTAS EM ÓBITOS

OBJETIVO:

- Padronizar a conduta nos casos suspeitos e/ou confirmados de óbito em domicílio e/ou via pública, casos de morte violenta e/ou natural de pacientes que evoluem à óbito durante o atendimento.

OBS.: NÃO É COMPETÊNCIA DO SAMU, o preenchimento da Declaração de óbito (de acordo com a resolução CFM Nº 2.139/2016, RESOLUÇÃO CFM Nº 1.779/2005)

MÉDICO REGULADOR:

Quando o solicitante liga informando um possível óbito em domicílio e/ou via pública, cabe ao médico regulador, tentar apurar por telefone **sinais evidentes de óbito** e o tempo da suspeita do óbito. Caso não seja possível, deve encaminhar:

USA → Em casos de pacientes jovens, com relato de parada cardiorrespiratória recente, ou seja, em casos em que haja prognóstico presumido.

USB → Em casos de pacientes idosos, paliativos, com várias comorbidades, com relato de parada cardiorrespiratória sem tempo definido. (Na chegada ao local, considerar envio do apoio da USA, onde disponível e se necessário.)

Caso haja evidências de morte óbvia pelo relato do solicitante, após confirmação, o médico regulador deverá solicitar apoio do **CONTROLADOR DE FROTAS** que acionará o município nos respectivos telefones (*PROTOCOLO TRIAGEM TELEFÔNICA DO ÓBITO*). O médico deverá informar à família o procedimento que será tomado e orientá-los a ligar novamente, caso o município não tome as providências cabíveis.

OBS.: A morte é considerada uma Síndrome de “Forte valência social”, portanto, caso o solicitante não esteja convicto do óbito, o **MÉDICO REGULADOR** deverá empenhar a ambulância para verificar. No local, após a constatação de sinais evidentes de óbito pela equipe de USB, caso a família solicite a presença do médico e continue a questionar o óbito, deverão ser realizados os procedimentos de RCP com orientação do regulador e encaminhamento ao ponto de referência (para que um **MÉDICO** faça a constatação do óbito e dê a notícia à família.)

OBS.: **MUITA ATENÇÃO** aos óbitos suspeitos e/ou PCR em pacientes jovens. **SEMPRE** considerar a suspeita de morte violenta e averiguar e/ou notificar à Polícia, se necessário. Considerar intervenção, em casos de dúvidas, quando o atendimento for realizado por Unidade de Suporte Básico e/ou solicitar apoio da USA (se disponível).

Em casos de morte violenta, a Polícia Militar deve ser acionada pelo **CONTROLADOR DE FROTAS**.

Caso o óbito for constatado no local, não alterar nenhum componente da cena (exceto, em casos em que foi necessário deslocar o corpo por risco à equipe ou para atendimento adequado na viatura). Caso contrário, manter tudo na cena como encontrado e aguardar a chegada da Polícia.

Caso a Unidade de Suporte Básico tenha feito qualquer procedimento, após notificação da Polícia, caso a mesma não possa comparecer ao local, o “corpo” deverá ser

deslocado para a porta de entrada pactuada e a equipe deverá entregar a SEGUNDA VIA do relatório de atendimento ao médico responsável.

10. RM08 – PROTOCOLO DE ESCOLHA DA UNIDADE MÓVEL

OBJETIVO:

- Médicos reguladores com auxílio dos controladores de frota deverão definir qual o menor tempo resposta e empenhar a ambulância mais adequada para cada caso.

MUNICÍPIOS SEM BASE DESCENTRALIZADA:

ARAGUARI/UBERLÂNDIA:

Unidade Básica:

MUNICÍPIO	UNIDADE MÓVEL	TEMPO MÉDIO RESPOSTA
ARAPORÃ	CENTRALINA	19 MINUTOS
CASCALHO RICO	ESTRELA DO SUL	36 MINUTOS
INDIANÓPOLIS	ARAGUARI	56 MINUTOS

Unidade Avançada:

MUNICÍPIO	UNIDADE MÓVEL	TEMPO MÉDIO RESPOSTA
ARAPORÃ	MONTE ALEGRE	58 MINUTOS
CASCALHO RICO	ARAGUARI	43 MINUTOS
INDIANÓPOLIS	ARAGUARI	56 MINUTOS

ITUIUTABA:

Unidade Básica:

MUNICÍPIO	UNIDADE MÓVEL	TEMPO MÉDIO RESPOSTA
CACHOEIRA DOURADA	CAPINÓPOLIS	20 MINUTOS
CANÁPOLIS	CENTRALINA	21 MINUTOS
IPIAÇU	CAPINÓPOLIS	35 MINUTOS

Unidade Avançada:

MUNICÍPIO	UNIDADE MÓVEL	TEMPO MÉDIO RESPOSTA
CACHOEIRA DOURADA	ITUIUTABA	50 MINUTOS
CANÁPOLIS	MONTE ALEGRE	41 MINUTOS
IPIAÇU	ITUIUTABA	1H 7 MINUTOS

PATROCÍNIO/MONTE CARMELO:

Unidade Básica:

MUNICÍPIO	UNIDADE MÓVEL	TEMPO MÉDIO RESPOSTA
ABADIA DOS DOURADOS	COROMANDEL	25 MINUTOS
DOURADOQUARA	MONTE CARMELO	50 MINUTOS
GRUPIARA	ESTRELA DO SUL	37 MINUTOS
ROMARIA	MONTE CARMELO	23 MINUTOS
	IRAÍ DE MINAS	26 MINUTOS

Unidade Avançada:

MUNICÍPIO	UNIDADE MÓVEL	TEMPO MÉDIO RESPOSTA
ABADIA DOS DOURADOS	MONTE CARMELO	32 MINUTOS
DOURADOQUARA	MONTE CARMELO	50 MINUTOS
GRUPIARA	MONTE CARMELO	46 MINUTOS
ROMARIA	MONTE CARMELO	23 MINUTOS

MUNICÍPIOS QUE DEVEM SER ATENDIDOS PELA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO DE MONTE ALEGRE DE MINAS:

- Araporã
- Canápolis
- Centralina
- Monte Alegre de Minas
- Prata
- Tupaciguara

DEFINIÇÃO DE SUPORTE AVANÇADO:

MUNICÍPIO	TEMPO EMPENHO AÉREO	UNIDADE MÓVEL
ABADIA DOS DOURADOS	01:14	AÉREO
ARAGUARI	0:45	USA ARAGUARI
ARAPORÃ	01:31	AÉREO
CACHOEIRA DOURADA	01:44	AÉREO
CAMPINA VERDE	01:32	AÉREO
CANÁPOLIS	01:22	AÉREO
CAPINÓPOLIS	01:43	AÉREO
CASCALHO RICO	00:54	AÉREO
CENTRALINA	01:26	AÉREO
COROMANDEL	01:23	AÉREO

DOURADOQUARA	01:09	AÉREO
ESTRELA DO SUL	00:52	AÉREO
GRUPIARA	01:02	AÉREO
GURINHATÃ	01:50	AÉREO
INDIANÓPOLIS	00:35	AÉREO
IPIAÇU	02:04	AÉREO
IRAÍ DE MINAS	00:54	AÉREO
ITUIUTABA	01:32	AÉREO
MONTE ALEGRE DE MINAS	01:01	USA MONTE ALEGRE*
MONTE CARMELO	01:00	AÉREO
NOVA PONTE	00:41	AÉREO
PATROCÍNIO	01:19	AÉREO
PRATA	00:59	AÉREO
ROMARIA	00:51	AÉREO
SANTA VITÓRIA	02:12	AÉREO
TUPACIGUARA	01:02	AÉREO

* Considerar empenho do aéreo, se a ambulância estiver empenhada, seguindo todos os demais critérios.

OBS.: Ressaltando que, o SUPORTE AEROMÉDICO constitui mais uma Unidade de Suporte Avançado, que deve ser acionada quando houver critérios para tal (quando se aventar a possibilidade, ligar no telefone operacional e discutir com o médico de plantão).

Como exposto na tabela acima, para todas as cidades que não tem USA, o SUPORTE AEROMÉDICO é o recurso que mais beneficiará toda a região, tendo em vista que manterá as USA disponíveis para atendimento pré-hospitalar. As exceções, são a cidade de Araguari e Monte Alegre de Minas, cujo tempo-resposta da USA é melhor (considerando acionar o Suporte Aeromédico, se a viatura estiver indisponível).

Lembrando que, o SUPORTE AEROMÉDICO pode ser empenhado também para o ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR, desde que tenha um bom tempo resposta (Qualquer dúvida, ligar no telefone operacional e discutir o caso com o médico de plantão).

O tempo de empenho do aéreo considera a saída da equipe de Uberaba, pouso no município e deslocamento posterior para Uberlândia. Neste tempo não está incluso o tempo de solo, que, caso o paciente esteja estável e preparado para o transporte, é de no mínimo uma hora.

Entre a escolha de interceptação de duas Unidades móveis terrestres e o aéreo, sempre considerar o aéreo, pelo fato de que a USA ficará disponível para atendimentos de toda região. (Sempre ligar no telefone operacional e discutir com o médico de plantão.)

11. RM09 – PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES POR USB COM MÉDICO DO MUNICÍPIO

OBJETIVO:

- Padronizar critérios para transportes realizados por Unidades de Suporte Básico e para necessidade de acompanhamento por médicos dos municípios, tendo em vista que o CISTRI-SAMU conta com 6 Unidades de Suporte Avançado (5 Unidades terrestres e 1 Arcanjo) e as distâncias são muito longas. Logo, há necessidade do suporte dos municípios em alguns casos.

OBSERVAÇÕES:

- Usar as Unidades de Suporte Básico para transporte de pacientes graves, como última opção, após ter esgotado todas as outras alternativas.
- As Unidades de Suporte Básico **NÃO** possuem material e medicações para intubação, ventilador mecânico, bombas de infusão, monitor, etc. **NENHUM** equipamento que a Unidade de Suporte Avançado possui. Logo, só deverão ser usadas seguindo os critérios que serão descritos abaixo.
- O médico regulador deverá definir em conjunto com o médico da origem, a necessidade de tripular a ambulância. **SEMPRE** deverá orientar a levar material e medicações básicas para realização de intubação, caso seja necessário.
- O médico regulador e médico da origem deverão avaliar em conjunto, caso o município fique descoberto durante o tempo de transporte. (Os gestores estão cientes da necessidade de conseguir um substituto para o médico que irá se deslocar, apesar disto nem sempre ser possível. Neste sentido, após esta escolha os gestores **SEMPRE** devem ser acionados e deverão dividir as responsabilidades com o SAMU, caso optem por deixar a Unidade de Saúde descoberta.)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Pacientes com critérios de USA: intubados, instáveis ou com potencial de instabilizar, **NUNCA** deverão ser transportados por Unidade de Suporte Básico. O paciente deverá ser encaminhado ao Pronto atendimento/Sala de estabilização da cidade de origem e estabilizado até a chegada de um Suporte Avançado para o transporte seguro.
- Qualquer paciente com possibilidade de rebaixamento do nível de consciência em Unidade de Saúde em que não esteja disponível kit de intubação para transporte (Lembrar de **NUNCA** deixar a Unidade sem assistência, logo, se houver um único kit de intubação, deve-se pensar em outra alternativa.)

- Gestante de alto risco, com dilatação avançada e risco iminente de trabalho de parto. O parto deverá ser realizado na Unidade em que a mesma se encontra e, posteriormente, serão transportados gestante e recém-nascido, considerando um APH CONTINUADO.
- Qualquer paciente aceito via SUS FÁCIL, com vaga regulada e que esteja estável dentro da Unidade de Saúde de origem, necessitando transferência para Hospital de maior complexidade. DEVERÃO SER TRANSFERIDOS EXCLUSIVAMENTE POR SUPORTE AVANÇADO.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Pacientes com diagnóstico de AVC em janela, em que a chegada da USA ao local irá inviabilizar a chegada ao destino e o tratamento definitivo em tempo hábil (Tempo de janela de até 4h até a chegada no HC-UFU), poderão ser transportados na USB acompanhados do médico do município. (Necessário o kit de intubação.)
- Pacientes com diagnóstico de IAM, em que a chegada da USA atrase o encaminhamento. (Necessário kit de intubação e, se possível, monitor. Caso não esteja disponível o monitor, lembrar de usar o DEA em caso de PCR.)
- Pacientes vítimas de trauma, com fratura exposta isolada (Caso o paciente esteja estável, sem risco de rebaixamento do nível de consciência, e seguindo os critérios do protocolo de TRIAGEM DE FRATURAS EXPOSTAS, é possível fazer o transporte SEM o médico.) DEVERÁ SER DEFINIDO EM CONJUNTO PELOS MÉDICOS REGULADOR E DA ORIGEM.
- Pacientes em trabalho de parto de risco habitual, com dilatação inicial, sem riscos óbvios de evolução para parto dentro da Unidade Móvel.

PROTOCOLO:

O médico regulador deverá:

- Informar ao médico do município que a Unidade de Suporte Básico NÃO possui material e medicações para intubação, ventilador mecânico, bombas de infusão, monitor, etc. NENHUM equipamento que a Unidade de Suporte Avançado possui. Logo, deverá OBRIGATORIAMENTE, orientá-lo a levar o material e as medicações para intubação, caso seja necessário.
- Anotar na ficha de atendimento o **NOME COMPLETO E CRM** do médico que acompanhará a ambulância.
- Orientar ao médico que ele tem AUTONOMIA de condutas dentro da Unidade. Porém, a equipe de atendimento (técnico (a) e/ou condutor (a)) tem respaldo para não realizar as orientações do mesmo, caso a conduta fuja aos protocolos vigentes no SAMU.

- Orientar à equipe de atendimento que a autorização para deslocamento do paciente é **UNICAMENTE** da CENTRAL DE REGULAÇÃO. (Mesmo que estejam sofrendo pressão do hospital de origem, não devem deslocar, sem autorização da CENTRAL DE REGULAÇÃO, incorrendo no risco de serem punidos por seus coordenadores diretos.)
- Entrar em contato com o hospital de destino e informar que o deslocamento está sendo realizado por uma Unidade de Suporte Básico (acompanhada ou não de médico) e justificar o motivo. Deixar bem claro que o profissional médico está **APENAS** tripulando a Unidade, não é um profissional do SAMU. (Para casos de divergência de condutas).

O médico do município:

- Tem **AUTONOMIA** de condutas dentro da viatura do SAMU, porém, deve seguir os protocolos vigentes neste serviço.
- Deverá registrar suas condutas dentro da Unidade de Suporte Básico no **CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO**.
- Deverá reportar qualquer problema e/ou inconformidade à Coordenação local e/ou do SAMU.
- **NÃO** pode solicitar que a ambulância se desloque, sem **AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO**.

OBS.: Em alguns casos, na falta total de recursos do SAMU, o médico regulador poderá solicitar apoio das Ambulâncias Sanitárias dos municípios para que o paciente seja transferido, com vaga regulada pela CENTRAL DE REGULAÇÃO. Sempre orientar o médico da origem sobre as melhores condutas para garantir estabilidade no transporte dos pacientes. (LEMBRAR DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS AO TRANSPORTE, CASO NÃO TENHAM MONITOR, UTILIZAR O DEA.)

12. RM10 – PROTOCOLO DE PADRONIZAÇÃO DOS TRANSPORTES REALIZADOS PARA O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

OBJETIVO:

- Padronizar as condutas de toda a equipe no encaminhamento dos pacientes ao Hospital de Clínicas de Uberlândia para evitar transtornos ao paciente e mantermos o bom funcionamento do serviço.

OBSERVAÇÕES:

- Apesar do Hospital de Clínicas de Uberlândia ser a única entidade terciária de toda a nossa Macrorregião, apenas 5-6% do total dos encaminhamentos é feito para este estabelecimento.
- TODOS os pacientes encaminhados encontram-se em uma grade de referência pré-estabelecida e que não tem outro fluxo para ser seguido, senão o Hospital.
- Neste sentido, segue o conceito de “VAGA ZERO”.

De acordo com a Resolução CFM N° 2.110/2014:

“Art. 14. Vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências, e este é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.”

“Art. 15. O médico regulador no caso de utilizar o recurso “vaga zero”, deverá, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.”

- Além disso, seguem artigos da mesma Resolução CFM N° 2.110/2014, ressaltando as responsabilidades do hospital de destino:

“Art. 21. É de responsabilidade do médico receptor da unidade de saúde que faz o primeiro atendimento à paciente grave na sala de reanimação, liberar a ambulância e a equipe, juntamente com seus equipamentos, que não poderão ficar retidos em nenhuma hipótese.

Parágrafo único. No caso de falta de macas ou qualquer outra condição que impossibilite a liberação da equipe, dos equipamentos e da ambulância, o médico plantonista responsável pelo setor deverá comunicar imediatamente o fato ao coordenador de fluxo e/ou diretor técnico que deverá (ão) tomar as providências imediatas para a liberação da equipe com a ambulância, sob pena de ser (em) responsabilizados pela retenção da mesma.

Art. 22. Não é responsabilidade da equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, o encaminhamento ou acompanhamento do paciente a outros setores do hospital fora do serviço hospitalar de urgência e emergência, para realização de exames complementares, pareceres, ou outros procedimentos.”

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

“Nos casos de atendimento secundário em que o paciente não tenha recebido os cuidados necessários para resolver a urgência, o pedido deve ser encarado e priorizado da

mesma forma que um atendimento primário, devendo a resposta ser dada com a mesma presteza e prioridade que seria dada a uma solicitação advinda do domicílio ou de via pública, utilizando-se, para tal, inclusive do recurso da “vaga zero”, quando necessário.” (Manual de Regulação Médica das Urgências, 2006.)

Conforme Resolução CFM nº 2077/14, Art.17, §3º “Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em “vaga zero”, as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.”

PROTOCOLO DE TRIAGEM:

Os casos encaminhados ao Hospital de Clínicas seguem a grade de pactuação – **GRADE DE PACTUAÇÃO COM HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA.**

TODOS os casos devem ser informados internamente ao Hospital:

- O médico regulador deverá fazer CONTATO DIRETO com o médico da regulação interna do Hospital (Este deverá repassar a informação internamente aos setores responsáveis, salvo exceção do protocolo de AVC, que necessita da ligação para chefia de turno, além da Unidade de AVC.)
- Casos específicos devem seguir o fluxo de ligação conforme protocolos do serviço (Exemplo: AVC – Deve-se discutir o caso na Unidade de AVC e ligar na Chefia de Turno)
- Os casos de recém-nascidos deverão, após atualização do quadro pela equipe de atendimento, ser repassados para a UTI neonatal no telefone 3218-2087, para preparo adequado do leito para recepção.

PROTOCOLO DA EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- Pressupondo-se que, TODOS os encaminhamentos ao Hospital de Clínicas são previamente avisados na Regulação Interna (Independente de leitos e aceite do hospital), a EQUIPE DE ATENDIMENTO deverá descer o paciente imediatamente ao chegar ao Hospital.
- NÃO AGUARDAR DENTRO DA AMBULÂNCIA – Tendo em vista que o aviso da chegada do paciente foi feito previamente, logo, o hospital deverá tomar as devidas providências para recebê-los no momento de sua chegada. Ademais, por se tratar de pacientes graves, há risco substancial de deteriorização do quadro e evolução ao óbito dentro da viatura.
- Caso o paciente não seja aceito em TRINTA MINUTOS da sua chegada, a equipe deverá ACIONAR a Coordenação Médica para solucionar a situação.

- O Hospital não pode, em nenhuma hipótese, reter equipamentos e/ou macas.

OBS.: EM EXCEÇÕES DE CASOS EXTREMOS DE FALTA TOTAL DE EQUIPAMENTOS, INSUMOS, ESPAÇO FÍSICO, ETC, A EQUIPE DEVERÁ INFORMAR A COORDENAÇÃO E AGUARDAR O TEMPO NECESSÁRIO PARA SOLUCIONAR DA MELHOR FORMA POSSÍVEL O PROBLEMA.

13. RM11 – PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO TRANSPORTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO

OBJETIVO:

- Padronizar os cuidados e condutas que devem ser realizados para garantir com segurança o transporte inter hospitalar de recém-nascidos, definindo responsabilidades desde a Central de Regulação Médica, médico assistente, equipe de atendimento e médico receptor no destino.

ABERTURA DA OCORRÊNCIA PELO TARM:

- Seguir o protocolo inicial desde a primeira chamada.
- Anotar o nome do solicitante:

É OBRIGATÓRIO que o caso seja informado pelo **MÉDICO NEONATOLOGISTA OU O PEDIATRA RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO** da Unidade solicitante para o MÉDICO REGULADOR – Se não for o médico o responsável pela chamada, o TARM deve solicitar que este seja chamado antes de transferir a ligação. A responsabilidade de coleta de dados do paciente com qualquer outro profissional não médico será do MÉDICO REGULADOR.

- Marcar o tipo de ligação:

Transferência

Anotar o número do SUS FÁCIL no “MOTIVO DA LIGAÇÃO”

- Anotar o município e endereço completo da Unidade de Saúde
- Anotar: **RN DE NOME COMPLETO DA MÃE** (Auxílio da foto do documento pessoal) e 0 dias.

MÉDICO ASSISTENTE:

- Deve inserir o recém-nascido no SUS FÁCIL e descrever:

Pré-natal: risco habitual ou alto risco (prematuridade é considerada alto risco);

Paridade da mãe e idade gestacional;

Parto normal ou cesáreo (qual motivo), horário do nascimento;

Se houve sofrimento fetal ou alguma complicação no parto;

Apgar;

Se houve necessidade de procedimentos ao nascimento;

Peso;

Condição clínica atual: FC, FR, pressão arterial (se possível), temperatura, estado neurológico, status respiratório (se recebe suporte de oxigênio por capacete ou por tubo orotraqueal, se tem sinais clínicos de desconforto, se está em uso de drogas em BIC e qual a vazão, etc.).

- Deve fazer contato IMEDIATO COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL e solicitar a vaga. Deve checar o aceite do paciente no serviço de destino e SOMENTE acionar o TRANSPORTE do SAMU quando a vaga estiver CONFIRMADA.

- Deve fornecer à equipe do SAMU um relatório de resumo do atendimento do recém-nascido na sala de parto ou se recebeu algum atendimento adicional posterior, descrevendo sinais clínicos atuais, propedêutica realizada, etc. (pode ser a evolução do SUS FÁCIL, caso esteja completo.)

- Deve fazer a estabilização do paciente e mantê-lo em condições de transporte para a chegada da equipe. Deve informar caso o recém-nascido esteja com sinais de desconforto respiratório e com suporte de oxigênio por capacete. Deve OBRIGATORIAMENTE estar presente quando a equipe chegar.

- Obter a autorização escrita da mãe e/ou responsável. EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, esta autorização é dispensável.

OBS.: Os médicos INTERVENCIÓNISTA E REGULADOR assumem a responsabilidade em conjunto caso realizem a transferência dos pacientes sem seguir o protocolo e sem ter o caso passado pelo médico da origem (assistente). Estão autorizados a negar o transporte na ausência do médico assistente na origem à chegada da equipe.

OBS.: A Regulação de leitos de pacientes internados **NÃO É RESPONSABILIDADE DO SAMU** e, sim, da Central de regulação de leitos (que tem prerrogativa de vaga zero nestes casos).

Somente em extrema exceção de risco de morte do recém-nascido e ausência de vagas, o bebê deverá ser encaminhado para a referência pactuada na grade em **VAGA ZERO**, definida pelo SAMU. **NÃO** confundir disponibilidade de recursos com incapacidade técnica. (O SAMU tem prerrogativa de encaminhar uma USA para municípios menores, caso percebam dificuldade técnica da origem, porém, isto deve ser uma exceção e não a regra.)

A prioridade do SAMU é o **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR** e tem como responsabilidade secundária a transferência inter hospitalar. Logo, as transferências **NUNCA** terão prioridade frente ao APH.

Devido ao treinamento do **MÉDICO INTERVENCIÓNISTA** do SAMU para o transporte de recém-nascidos, estes **SEMPRE** poderão ser realizados, respeitando as regras acima citadas, caso o bebê esteja estável e não tenha risco de morte iminente.

MÉDICO REGULADOR:

- Deve checar o aceite do recém-nascido no Hospital de destino e, caso haja dúvidas, solicitar à coordenação que consulte o SUS FÁCIL.

OBS.: **NÃO EXISTE VAGA ZERO** para transferências de recém-nascidos, com exceção dos casos em que não foi possível transferir uma gestante de alto risco ou em trabalho de parto prematuro, que o bebê nasceu fora do local pactuado pela grade. Nestes casos, a gestante também deve ser transferida.

Em todos os outros casos, mesmo que o recém-nascido tenha evoluído com desconforto respiratório e/ou esteja grave, é necessário regulação da vaga via **REGULAÇÃO DE LEITOS**. É possível que o **MÉDICO REGULADOR** auxilie nesta regulação para agilizar a transferência, porém é necessário que a vaga esteja garantida.

Somente em extrema exceção de risco de morte do recém-nascido e ausência de vagas, o bebê deverá ser encaminhado para a referência pactuada na grade em **VAGA ZERO**, definida pelo SAMU.

- Deve anotar o quadro clínico resumido do recém-nascido, e todas as informações supracitadas que devem ser informadas pelo **MÉDICO ASSISTENTE** (Caso o mesmo não informe, deve questionar e anotar) e tem a **OBRIGAÇÃO** de informar todos estes dados à equipe de atendimento que fará o transporte.

- Exigir que o médico solicitante entregue um relatório breve das medidas adotadas e quadro atual do recém-nascido ao **MÉDICO INTERVENCIÓNISTA**. (SUS FÁCIL ou relatório adicional de atendimento.)

- **EXIGIR** que o **NEONATOLOGISTA** OU **PEDIATRA RESPONSÁVEL** esteja no local, quando a equipe de atendimento chegar. **NÃO** deslocar sem a presença do médico para informar o

quadro clínico do paciente. (NÃO ACEITAR que o caso seja informado por profissional de enfermagem, médico obstetra e/ou de qualquer outra especialidade, a menos que o mesmo seja o único responsável pelo bebê.)

- Orientar que sejam organizados os documentos do recém-nascido (cartão de vacinas com informações do nascimento, declaração de nascido vivo, termo de autorização do transporte assinado pela mãe e/ou responsável legal).

- Sobre o transporte:

O recém-nascido deverá SEMPRE ser deslocado em incubadora aquecida. (O protocolo em questão versará sobre as condutas adequadas e terá como anexo um CHECK LIST DE TRANSPORTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO).

- Quando transportar a mãe:

Parto normal e/ou cesáreo, sem complicações para a mesma, ocorrido a menos de 24h: Poderá ser transportada em ambulância sanitária. A mãe deve ser regulada conjuntamente com o recém-nascido em casos de trabalho de parto prematuro ou de alto risco que tenha ocorrido fora do hospital de referência da grade pactuada. (Cada caso deve ser avaliado pelo MÉDICO REGULADOR E ASSISTENTE conjuntamente);

Parto normal e/ou cesáreo, com complicações para a mesma, paciente grave, em IOT e/ou instabilidade hemodinâmica: A vaga deverá ser regulada pela REGULAÇÃO ESTADUAL e a paciente transportada em UTI móvel, não necessariamente do SAMU.

- Caso o acompanhante seja o pai e/ou outros familiares responsáveis, na impossibilidade da presença da mãe, estes deverão se deslocar por conta própria ou com auxílio do município, de modo a chegarem no destino antes ou ao mesmo tempo que o bebê, para assumir a responsabilidade da abertura da ficha e demais providências.

- Deve solicitar atualização dos DADOS VITAIS, confirmação da história colhida e pedir que descrevam se houve intercorrências durante o transporte, caso positivo, especificar.

- Orientar o médico da Unidade a explicar os riscos inerentes ao transporte, exigindo a assinatura da mãe e/ou responsável no TERMO DE RESPONSABILIDADE DE TRANSPORTE (*CHECK LIST DE TRANSPORTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO*).

- Quando acionado para transferências inter hospitalares fora dos critérios estabelecidos neste protocolo, deverá informar aos GESTORES dos municípios sua responsabilidade, registrando a negativa no sistema, por meio de justificativa e embasamento, podendo ser citado este protocolo.

MÉDICO INTERVENCIONISTA:

- O tempo de saída para as transferências inter hospitalares deve ser o necessário para organização de todos os materiais e equipamentos necessários, no máximo de 10 minutos. Lembrando SEMPRE do adequado preparo da incubadora e dos materiais específicos para o atendimento e transporte do recém-nascido.
- Deve SOLICITAR ao médico regulador TODO o quadro clínico resumido do recém-nascido e as informações supracitadas que devem ser informadas pelo MÉDICO ASSISTENTE.
- Deve pelas informações colhidas levantar a indicação de estabilização antes da chegada da equipe e caso não ocorra, deverá realizar os procedimentos necessários antes de continuar o deslocamento.
- Na chegada ao hospital de origem, deve EXIGIR a presença do NEONATOLOGISTA E/OU PEDIATRA RESPONSÁVEL (Aceitar que o obstetra ou outro profissional médico passe o caso, SOMENTE se for o único responsável presente no local.) Caso não haja profissional médico, a equipe deve aguardar um tempo mínimo e, caso haja demora, deverá acionar o responsável técnico do hospital e/ou a coordenação médica do SAMU para solucionar o problema.
- Deve realizar procedimentos para estabilização do recém-nascido, que julgar necessários, e que não tenham sido feitos pelo médico assistente. (É inadmissível que o bebê seja transportado inadequadamente, com a justificativa de que o médico assistente não o fez. O médico intervencionista deve estabilizar minimamente o recém-nascido para transporte ou, caso perceba que não será possível, negar o transporte por falta de condições, deixando bem relatado na ficha de atendimento para respaldo futuro.)
- Deverá preencher OBRIGATORIAMENTE o **CHECK LIST DE TRANSPORTE SEGURO DE RECÉM-NASCIDOS** (Em duas vias, uma deverá ser deixada na Unidade de destino), que ficará disponível nas ambulâncias. E solicitar que a mãe e/ou responsável assine a autorização para o transporte, esclarecendo o risco/benefício do mesmo e aventando a possibilidade de óbito, a depender da gravidade do quadro clínico.
- Deve junto com o enfermeiro, monitorizar o recém-nascido na incubadora, conectar corretamente todos os dispositivos e acompanhar o transporte no banco da cabeceira ou lateral do paciente. NUNCA pode estar no banco da frente da viatura, pois qualquer intercorrência no transporte deve ser tratada IMEDIATAMENTE.

CRITÉRIOS PARA TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDOS:

- Todos os casos devem ter cadastro e aceite VIA SUS FÁCIL, exceto nos casos já citados neste protocolo.
- Os recém-nascidos devem ser transportados SEMPRE por USA, em incubadora e com MÉDICO INTERVENCIONISTA DO SAMU.

OBS.: Municípios que tenham incubadora e médico neonatologista ou pediatra para acompanhar o transporte, poderá ser empenhada a USB para que façam o transporte.

ESCOLHA DA UNIDADE MÓVEL:

- Os recém-nascidos devem ser transportados SEMPRE por Unidade de Suporte Avançado. Caso o médico neonatologista e/ou pediatra da origem passa acompanhar o transporte, este precisa ser realizado com segurança, em viatura onde a incubadora do local possa ficar fixa e evitar acidentes.

OBS.: O transporte pelo Arcanjo pode ser a primeira opção, considerando estabilidade e garantia de via aérea segura. Quando houver dúvida do empenho, o MÉDICO REGULADOR poderá fazer contato e discutir o caso com o médico plantonista.

14. RM12 – PROTOCOLO DE INTERCEPTAÇÃO ENTRE DUAS UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO

OBJETIVO:

- Definir os critérios clínicos e operacionais para considerar a interceptação entre as ambulâncias de Suporte Avançado, para garantir disponibilidade de recurso avançado para região, a maior parte do tempo possível.

CRITÉRIOS BÁSICOS:

- O objetivo principal da interceptação é reduzir o tempo de encaminhamento do paciente, agilizando sua chegada ao destino para tratamento definitivo. Desta forma, as duas ambulâncias envolvidas devem se deslocar ao mesmo tempo, definindo um ponto **SEGURO** e mais adequado de interceptação.

- O paciente deve estar estabilizado do ponto de vista ventilatório e hemodinâmico para o transporte. É **INADMISSÍVEL**, que a ambulância que intercepte tenha que realizar procedimentos para estabilização do paciente, que não foram realizadas pelo médico que iniciou o transporte na origem.

- Pacientes com instabilidade hemodinâmica, muito graves **NÃO** estarão inclusos neste protocolo, pelo alto risco de instabilizar durante transferências entre ambulâncias.

- Em caso de pacientes graves, recém-nascidos em incubadoras, etc, deverá ser considerada, se possível, a troca da **MACA** e não deslocamento do paciente na interceptação.
- Realizar a gestão de recursos, quando estiverem escassos, considerando a melhor forma de interceptação e escolha das Unidades com menor tempo de deslocamento, seguindo o protocolo “*RM08 – PROTOCOLO DE ESCOLHA DA UNIDADE MÓVEL*”.

CRITÉRIO PRINCIPAL:

- Qualquer paciente estável do ponto de vista ventilatório e circulatório em que haja **necessidade de liberação da USA** devido a necessidade para outra ocorrência em espera.

AÇÕES OBRIGATÓRIAS:

- O médico que iniciou o transporte deverá preencher o *CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO* e entregar a **SEGUNDA VIA** ao médico da ambulância que irá interceptar.
- O médico que conduzirá até o destino, deverá da mesma forma, preencher o *CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO*, considerando a condição clínica inicial com que recebeu o paciente e irá entregar no destino, a **SEGUNDA VIA** dos dois documentos.
- As equipes devem se atentar aos materiais que serão trocados durante a interceptação para que não falte para sua ambulância, se necessário, que seja organizada a troca de materiais e solicitação de reposição à Coordenação de enfermagem/almojarifado, com justificativa.

15. RM13 – PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO TRAUMA

ENTRADA DA CHAMADA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO:

Médico deverá questionar:

- Tempo de trauma:

É importante esta definição para prever o local de encaminhamento correto, reposição volêmica necessária, uso de medicações específicas, etc.

Caso o trauma tenha ocorrido há várias horas ou dias, na maioria das vezes, o correto é realizar orientações e não encaminhar a viatura.

- Quantidade de vítimas:

Se houver mais de duas vítimas (máximo que uma viatura consegue transportar, minimamente estabilizadas), o médico deverá tentar prever gravidade, para definir quantas viaturas irá encaminhar.

Importante informar à equipe, se possível, a condição de cada uma das vítimas.

- Mecanismo do trauma:

O médico deverá questionar qual a posição da vítima no veículo, se usada os dispositivos de segurança.

Questionar sangramentos externos visíveis: se presentes, orientar comprimir com pano limpo até a chegada da equipe.

Médico deverá orientar:

- Segurança da cena: orientar minimamente que seja realizada sinalização.
- Não mobilizar a vítima: tentar acalmar a vítima e mantê-la como foi encontrada.
- Não oferecer água e/ou alimentos.
- Questionar sobre riscos iminentes na cena.

Médico deverá empenhar:

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

USA:

- Mecanismo de trauma grave:

- Capotamento
- Ejeção de automóvel
- Vítima fatal no mesmo compartimento
- Atropelamento de pedestre/ciclista por veículo a mais de 30km/h
- Ejeção à distância em bicicleta, moto
- Colisão frontal com anteparo fixo em alta velocidade

- Condições fisiopatológicas graves:

- Vítima inconsciente:

O tempo para definir o recurso é de um minuto, portanto, pode ser que seja empenhada USA e no local vítima já tenha recobrado a consciência. Importante avaliar o relato de PERDA DE CONSCIÊNCIA na cena.

- Trauma de face grave
- Sinais de insuficiência respiratória:

Pela ligação telefônica, pode ser difícil definir esta suspeita. Portanto, o médico deve tentar questionar sinais de desconforto respiratório, respiração lentificada.

- Sinais de choque:

Pela ligação telefônica e avaliado por leigo, pode ser difícil avaliar. Logo, deve-se questionar coloração e temperatura da pele, nível de consciência, sangramento exsanguinante.

- Amputação ou quase amputação de membro
- Crise convulsiva:

Sempre questionar história prévia, se o solicitante tiver conhecimento da história da vítima.

- Politraumatismo em gestante com mais de 20 semanas
- Politraumatismo em maiores de 65 anos

ARCANJO:

- Considerar os mesmos critérios acima, porém, avaliar o tempo de resposta até a chegada no local.

USB:

- Nos municípios em que seja o recurso mais próximo.
- Em caso de empenho nos critérios de USA citados acima, se houver um bom tempo resposta, deverá ser acionado o **J13** – Solicita apoio da USA.

CRITÉRIOS DE TEMPO RESPOSTA:

- **TODOS** os chamados de acidentes de trânsito, em rodovia ou via pública, serão critérios para atendimento do SAMU.
- Caso não haja recurso disponível, no momento do chamado, deverá ser acionado o apoio do Corpo de Bombeiros, onde disponível.
- Ressaltando-se que, a ambulância sanitária, é tripulada apenas pelo motorista, portanto, não é adequada ao atendimento pré-hospitalar de trauma. Em extrema necessidade de apoio e falta de recurso, fazer contato com o pronto atendimento, verificando se conseguem fornecer profissionais para tripular as ambulâncias sanitárias.

- Devido à comoção social e risco adicional de novos acidentes, caso haja demora importante no atendimento por falta de recursos, mesmo que sem critérios definidos de gravidade, a USA deverá ser empenhada em exceção.

- Em acidentes em rodovia, deverá ser empenhada:

- USA nos casos em que tenha critérios de gravidade. Caso a USB esteja mais próxima, deverá ser também deslocada para fazer uma triagem inicial. Mantida a avaliação de gravidade, pode ser necessário o atendimento pela USB com estabilização inicial e deslocamento para Unidade de Pronto Atendimento mais próximo. Nestes casos, deverá ser mantido o deslocamento da USA para auxiliar no atendimento e para posterior encaminhamento.
- Viatura mais próxima do local para fazer uma triagem inicial, nos casos de acidentes em locais mais distantes, em que o tempo resposta da USA muito alto.
- Diante de acidentes com **mais de uma vítima**, se houver óbito no local ou uma vítima grave, os critérios são os mesmos do primeiro critério. Considerando potencial gravidade, deverá ser empenhada a USA, se o tempo resposta for melhor que o de uma USB que consiga fazer um atendimento e triagem mínima, deslocando para Pronto Atendimento mais próximo.
- Deve-se tomar especial cuidado aos casos de relato de acidentes com múltiplas vítimas, pois, na maioria das vezes, as informações repassadas não são fidedignas. A melhor estratégia é buscar mais informações antes de definir deslocamento de mais de uma viatura, com autoridades locais, empresas de rodovias, etc. O mais seguro é encaminhar uma viatura mais próxima e triar no local a necessidade de mais recursos e quais.

- Controlador de frotas deverá acionar as entidades competentes:

- Corpo de Bombeiros:
 - Vítima encarcerada
 - Locais de difícil acesso (avaliar necessidade do Arcanjo)
 - Presença de fogo
 - Vazamento de combustível com risco de explosão
 - Afogamento
- Polícia Militar:
 - Qualquer acidente envolvendo vítimas
 - Ferimentos de arma de fogo ou arma branca

- Outras entidades:
Companhia de rede elétrica caso haja fio solto, etc
Defesa civil

OBS.: Caso os controladores de frota não consigam contato com as entidades, poderão solicitar que a equipe de atendimento o faça.

NUNCA a equipe está autorizada a iniciar o atendimento, sem garantia de **SEGURANÇA NA CENA**.

Em todas as ocorrências com vítimas, a Polícia Militar precisa estar ciente do ocorrido. Não é necessário esperar sua chegada, caso a vítima precise de deslocamento mais rápido para tratamento definitivo.

ENVIO DA OCORRÊNCIA PARA A EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- O médico deverá enviar, além do motivo do atendimento, como exemplo: Moto x moto. A posição da vítima no veículo, moto, etc., se estava com os dispositivos de segurança: capacete, cinto de segurança, etc.
- Informar, se possível, se houve relato de perda de consciência na cena.
- Informar as condições de segurança na cena, se há algum risco iminente para equipe.
- Informar quantidade de vítimas e, se possível, lesões suspeitas.

- TEMPO DE SAÍDA DE BASE:

- Código vermelho: 1 minuto = Inclui os atendimentos com critérios de USA (considerando sua disponibilidade)
- Código amarelo: 2 minutos

OBS.: Devido a pandemia, tolerado um tempo de NO MÁXIMO 3 MINUTOS para paramentação.

REGISTRO DO J14:

- Nome completo e correto das vítimas, confirmado com foto do documento.
- Idade e sexo corretos.
- TODOS os sinais vitais devem ser preenchidos, porque cada um tem uma função relevante para definir as condutas.

- Caso haja dificuldade de verificação da Escala de Coma de Glasgow, solicitar ajuda do médico regulador.
- O **MÉDICO REGULADOR** deverá preencher **CORRETAMENTE** na ficha eletrônica, posteriormente, o **RISCO INICIAL**, e corrigir o **MOTIVO** do atendimento, se necessário.
- No campo **“OBSERVAÇÃO DA CENA”**:
 - Evitar preencher este campo com a palavra “Segura”, pois subentende-se que a cena deve ser SEMPRE segura. Deverá ser descrito pela equipe: qualquer alteração na cena que indique risco à equipe e que não tenha sido resolvido antes de sua chegada.
 - Poderão ser relatados também as alterações do exame físico neste campo ou em mensagens posteriores.

RELATOS DA EQUIPE DE ATENDIMENTO:

- As equipes foram orientadas a enviar as lesões encontradas e/ou suspeitas, de forma padronizada seguindo o “XABCDE”. As instruções do protocolo estão em anexo a este documento e deverão ser orientados pelos MÉDICOS REGULADORES aos (às) técnicos (as) de enfermagem.
- Para os politraumatizados graves, ficou definido que a equipe fará o suporte mínimo de controle de hemorragias ativas, garantia de permeabilidade de vias aéreas com controle da coluna cervical, avaliação da ventilação e busca da fonte de hemorragia responsável pelo choque.
- Caso seja detectado qualquer diagnóstico e/ou hipótese que necessite de intervenção médica na avaliação do “XABC”, a equipe irá fazer os procedimentos mínimos que tem respaldo constantes neste protocolo, imobilizar em prancha rígida e com colar cervical e encaminhar, **SEMPRE COM ORIENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO da REGULAÇÃO**, para o local definido na grade.
- Imobilização de fraturas é um procedimento secundário, que poderá ser feito posteriormente, já no destino, em caso de pacientes instáveis.
- Muito importante lembrar de **SEMPRE** cobrir a vítima com **MANTA ALUMINIZADA** para evitar hipotermia.
- Para pacientes, sem alterações relevantes no “XABC”, é obrigatório terminar toda a avaliação padronizada, incluindo o “DE”. Realizar imobilização de todas as fraturas conforme o protocolo.
- A avaliação secundária, **SOMENTE** será realizada, se as condições clínicas das vítimas permitirem e durante o deslocamento para a Unidade de destino, definida pela Regulação.

- **TODOS** os pacientes que apresentem lesões com sangramento ativo, fraturas expostas ou fechadas e outras lesões relevantes do exame físico deverão ter FOTOS antes e após as imobilizações, curativos, etc.

TODOS as vítimas de trauma, mesmo com queda da própria altura e/ou de altura, atendidos pela USB deverão ser imobilizadas conforme protocolo e o relato mínimo exigido da equipe, será:

“VÍTIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA (OU OUTRO MECANISMO DE TRAUMA), SEM (OU COM) RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, IMOBILIZADA EM PRANCHA RÍGIDA E COM COLAR CERVICAL.”

- Deverão ser relatados ferimentos corto-contusos, tatuagens traumáticas, suspeita de fraturas, descrevendo corretamente a localização e a realização da imobilização e/ou curativos conforme protocolo.

ORIENTAÇÕES DO MÉDICO REGULADOR:

- Os médicos deverão aguardar o (a) técnico (a) informar as alterações do exame físico, antes de realizar suas orientações.

- **NÃO** será mais aceito que o médico envie **SOMENTE**: “Imobilizar conforme protocolo e encaminhar ao Pronto Socorro”.

- As orientações deverão seguir este protocolo em anexo.

- **NUNCA** deslocar um paciente grave a longas distâncias, por falta de radiografia disponível em um município mais próximo. Lembrando que as alterações relatadas neste protocolo no “XABC” são lesões de **POTENCIAL RISCO À VIDA** e que necessitam de rápida intervenção médica.

RELATO DO MÉDICO REGULADOR NA FICHA ELETRÔNICA:

- Ficará padronizado e disponível nos computadores da Regulação, o modelo para ser copiado e colado nas ocorrências de trauma, para que o prontuário da vítima fique mais completo e todos respaldados.

X – Ausência/presença de sangramento ativo (Definir localização)

Descrever o tratamento, como exemplo: Foi realizada compressão direta com empacotamento da lesão e curativo compressivo. OU necessidade de compressão direta até a chegada no destino.

A – Vias aéreas pérvias e colocado colar cervical.

Descrever o tratamento, como exemplo: Necessidade de manobras para abertura de vias aéreas, colocação de cânula orofaríngea e ventilação com bolsa-válvula-máscara a 15L/min.

B – Presença de escoriações no tórax, verificado expansibilidade assimétrica, crepitações à palpação de arcos costais, sinais de desconforto respiratório.

Exemplo: Suspeita de pneumotórax hipertensivo.

C – Pele fria, palidez cutaneomucosa. Descrever alterações no exame físico do abdome, dor à palpação. Descrever crepitação ou dor à palpação da pelve.

D – Pupilas isocóricas e fotorreagentes. ECG. Lateralidade: mobilidade e sensibilidade dos membros.

E – Descrever alterações do exame físico à exposição.

Coberto com manta aluminizada para controle de temperatura.

Descrever as condutas realizadas, resumidamente.

- **NÃO** esquecer de prescrever **ANALGESIA**, para os casos que haja necessidade. É de suma importância realizar medicações sintomáticas para os politraumatizados graves, com fraturas ou dor.

- **NUNCA** prescrever medicações para administração via INTRAMUSCULAR para pacientes graves.

16. TRIAGEM TELEFÔNICA E DEFINIÇÃO DO RECURSO

16.1 TR01 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

O MÉDICO REGULADOR deverá seguir o “RM02 – PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO”, avaliando respiração, circulação e nível de consciência.

TRIAGEM TELEFÔNICA

Diante de uma suspeita de PCR:

- Avaliar responsividade:
 - Senhor (a), bata nos ombros e chame a pessoa em voz alta!
- Senhor (a), verifique se tem movimentos respiratórios (tórax e/ou abdome)!

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE:

Caso o paciente não responda e não apresente movimentos respiratórios:

O MÉDICO REGULADOR deverá orientar:

- Senhor (a), preciso que nos ajude até a chegada da equipe de socorro. Vou fazer algumas orientações e preciso que as siga.

Orientar com palavras claras e de forma que o solicitante entenda o que deve ser feito:

- O (a) senhor (a) irá se posicionar ao lado do paciente de joelhos, ele deve estar em superfície rígida (de preferência no chão).
- Seus braços precisam estar esticados, não podem se dobrar ao realizar os movimentos.
- Colocar as mãos uma sobre a outra no centro do peito e realizar movimentos de compressão do peito do paciente.
- Vou contar a velocidade que o senhor precisa manter: 1, 2, 3... (simule o ritmo necessário).
- Senhor (a) vai manter esses movimentos sem parar até que nossa equipe chegue ao local.

INTERROGATÓRIO DIRECIONADO:

Após orientar a RCP, caso tenha mais alguém em cena, solicitar que seja chamado para fornecer mais informações:

- Idade, sexo
- Comorbidades anteriores
- Tratamento paliativo?
- Sintomas prévios

OBS.: O objetivo do interrogatório, caso seja possível, é predizer causas para que possam ser tratadas precocemente, aumentando a chance de RCE.

ESCOLHA DO RECURSO

**O TEMPO DE DEFINIÇÃO DO RECURSO A SER ENCAMINHADO É DE, NO MÁXIMO,
UM MINUTO.**
**ENQUANTO A VIATURA SE DESLOCA, O MÉDICO REGULADOR DEVERÁ REALIZAR A COLETA
DE MAIS DADOS, SE POSSÍVEL.**

- **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:**

- **USA (nos municípios onde disponível):**

- ✓ Sempre que reconhecida a parada cardiorrespiratória no momento da chamada telefônica.

- **USB:**

- ✓ Nos municípios sem disponibilidade de USA.
 - ✓ Nos municípios com USA disponível, caso a parada cardiorrespiratória seja reconhecida na chegada ao local, deverá ser acionado “J13 – Solicitar apoio da USA”

- **ATENDIMENTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:**

- A parada cardiorrespiratória é o **ÚNICO CRITÉRIO** para atendimento do SAMU dentro de Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista que não contam com DEA/Cardioversor (*Unidades de Pronto Atendimento/Pronto Socorro ou similar contam com os equipamentos citados).

- Considerando que, na maioria das Unidades existe um profissional de saúde que é responsável pelo acionamento da equipe, será possível definir o recurso:

- ✓ **USA:**

- Em casos de pacientes jovens e/ou com parada cardiorrespiratória presenciada.

- ✓ **USB:**

- Em casos de pacientes idosos, paliativos, crônicos.

CHEGADA DA EQUIPE AO LOCAL DE ATENDIMENTO
--

USA:

A equipe de atendimento deverá seguir o protocolo avançado “**CM01 – PCR**”.

USB:

- Municípios com USA:

- Caso a equipe de USB, faça o diagnóstico na chegada ao local deverá realizar “**J13 – Solicitar apoio da USA**”.

- Municípios sem USA:

- A equipe de USB deverá seguir as orientações do MÉDICO REGULADOR, de acordo com o protocolo básico “**CM01 – PCR**”.

ORIENTAÇÕES NO ATENDIMENTO POR USB

- A equipe de atendimento fará contato telefônico e através do “viva-voz” receberá as orientações do MÉDICO REGULADOR, no tempo integral da realização do atendimento à parada cardiorrespiratória.

***Caso haja várias ocorrências no aguardo, sem possibilidade do MÉDICO REGULADOR se manter em linha, as orientações deverão ser enviadas via Tablet ou passadas via telefone.**

*** É obrigatório que o médico faça a orientação telefônica ou via Tablet da prescrição das medicações, NÃO sendo aceito falar ou escrever SOMENTE: “realizar medicações conforme protocolo”.**

REGULAÇÃO DO PACIENTE

- Em caso de RCE:
 - O MÉDICO REGULADOR deverá seguir a grade de referência de cada município para o encaminhamento.
 - Caso haja suspeita diagnóstica constante na “GRADE DE REFERÊNCIA AO HC-UFU”, o paciente poderá ser encaminhado à Uberlândia, mesmo que em pós-PCR.

O MÉDICO REGULADOR DEVERÁ FAZER CONTATO IMEDIATO COM A PORTA DE ENTRADA PACTUADA, INFORMANDO DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EM PÓS-PCR PARA QUE SE ORGANIZEM PARA RECEBÊ-LO.

- Em caso de óbito:
 - O MÉDICO REGULADOR deverá seguir os protocolos de “CONDUTA EM ÓBITOS”.

16.2 TR02 – DOR TORÁCICA

O MÉDICO REGULADOR deverá seguir o “RM02 – PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO”, avaliando respiração, circulação e nível de consciência.

TRIAGEM TELEFÔNICA

O MÉDICO REGULADOR deve coletar, **obrigatoriamente**, os seguintes dados e repassar à equipe de atendimento:

- Sexo, idade
- Características da dor (Tipo, tempo de início, duração, localização, irradiação, evolução, fatores de melhora e piora, etc.)
 - Típica: Dor prolongada, localizada nas regiões retroesternal, difusa, epigástrica, abdominal alta ou precordial, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula e membros superiores, principalmente o esquerdo. Dor opressiva, “em aperto”, contínua, com duração de vários minutos, podendo acompanhar-se de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispneia, sensação de morte iminente, ansiedade; desencadeada por estresse emocional ou esforço físico, podendo também surgir em repouso, durante o sono ou durante exercício leve.

ATENÇÃO: Cuidado com quadros atípicos (principalmente mulheres, idosos e diabéticos podem apresentar quadro atípico, com desconforto gastrointestinal, dispneia, tontura, estado confusional, síncope e sinais de AVE (acidente vascular encefálico))

- Antecedentes de coronariopatia e tratamentos realizados (Cateterismo, revascularização)
- Fatores de risco: HAS, DM, tabagismo, obesidade
- Sinais de gravidade: perda de consciência, dispneia, sudorese, sensação de morte iminente, palidez

ESCOLHA DO RECURSO

O TEMPO DE DEFINIÇÃO DO RECURSO A SER ENCAMINHADO É DE, NO MÁXIMO, **UM MINUTO**.
ENQUANTO A VIATURA SE DESLOCA, O MÉDICO REGULADOR DEVERÁ REALIZAR A COLETA DO RESTANTE DA HISTÓRIA.

- **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:**
 - **USA (nos municípios onde disponível):**
 - ✓ Se o solicitante é colaborativo e informa bem a história, em quadros típicos, com sinais de gravidade ou fatores de risco.
 - **USB:**
 - ✓ Nos municípios sem disponibilidade de USA.

- ✓ Nos municípios com USA disponível, se o solicitante não for colaborativo e houver sintomas atípicos ou duvidosos.
- **ATENDIMENTO A UNIDADES DE SAÚDE:**
 - **Aeromédico:**
 - ✓ Casos já confirmados por ECG e em janela terapêutica, considerando manter o recurso terrestre disponível para outros atendimentos.
 - ✓ Considerar no tempo de janela, o tempo total de voo (deslocamento de Uberaba até o município e do município até Uberlândia) e o “tempo de solo” (Tempo necessário para realizar procedimentos para posicionar o paciente na aeronave com segurança. Normalmente, **NO MÍNIMO UMA HORA**).
 - **USA:**
 - ✓ Casos já confirmados por ECG e em janela terapêutica.
 - ✓ Em casos em que o transporte aeromédico não seja elegível.
 - **USB:**
 - ✓ Municípios sem USA disponível ou quando o deslocamento de um suporte avançado prejudique o tempo de janela.
 - ✓ Seguir o “RM09 - PROTOCOLO DE CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES POR USB E NECESSIDADE DE TRIPULAÇÃO PELO MÉDICO DO MUNICÍPIO”

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE/PACIENTE

- Manter repouso absoluto em posição confortável
- Solicite afrouxar as vestes
- Orientar o paciente a deixar a porta aberta, caso esteja sozinho

CHEGADA DA EQUIPE AO LOCAL DE ATENDIMENTO

OBS.: Qualquer paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio em janela terapêutica deverá ser deslocado **INICIALMENTE** à porta de entrada de referência do município para realização do ECG de 12 derivações (**DEVE SER FEITO EM ATÉ 10 MINUTOS DO PRIMEIRO CONTATO**). Portanto, não existe deslocamento direto ao Hospital de Clínicas de Uberlândia neste protocolo no atendimento pré-hospitalar.

USA:

A equipe de atendimento deverá seguir o protocolo “**CM02 – DOR TORÁCICA**”.

USB:

- Municípios com USA:
 - Caso a equipe de USB, após realizar a coleta da história inicial, perceba algum critério de gravidade que necessite de suporte médico imediato, realizar “**J13 – Solicitar apoio da USA**”.
 - Caso **NÃO** haja sinais de gravidade, o MÉDICO REGULADOR definirá o deslocamento à porta de entrada pactuada para realização do ECG de 12 derivações e, posteriormente, conforme protocolo acionará o recurso adequado para transferência.
- Municípios sem USA:
 - A equipe de USB deve realizar a avaliação primária e o MÉDICO REGULADOR definirá o deslocamento à porta de entrada pactuada para realização do ECG de 12 derivações.
 - Se possível, a USB deve aguardar avaliação médica, SEM ENCERRAR a ocorrência, para não atrasar o deslocamento do paciente, se for o recurso elegível.

O MÉDICO REGULADOR DEVERÁ FAZER CONTATO IMEDIATO COM A PORTA DE ENTRADA PACTUADA, INFORMANDO DA SUSPEITA DIAGNÓSTICA DE IAM PARA QUE NÃO HAJA DEMORA NA REALIZAÇÃO DO ECG E NO DESLOCAMENTO POSTERIOR DO PACIENTE, INDEPENDENTE DO RECURSO DEFINIDO PARA O TRANSPORTE.

***Já no momento do contato com o médico da porta de entrada pode ser definido o recurso que fará o transporte do paciente: USB tripulada pelo médico do município (para que providenciem o profissional com agilidade), USA, aeromédico ou UTI móvel do município.**

***Caso haja quaisquer outras urgências no pronto atendimento, mantendo a viatura indisponível por muito tempo, esta poderá ser liberada para posterior empenho.**

ECG DE 12 DERIVAÇÕES

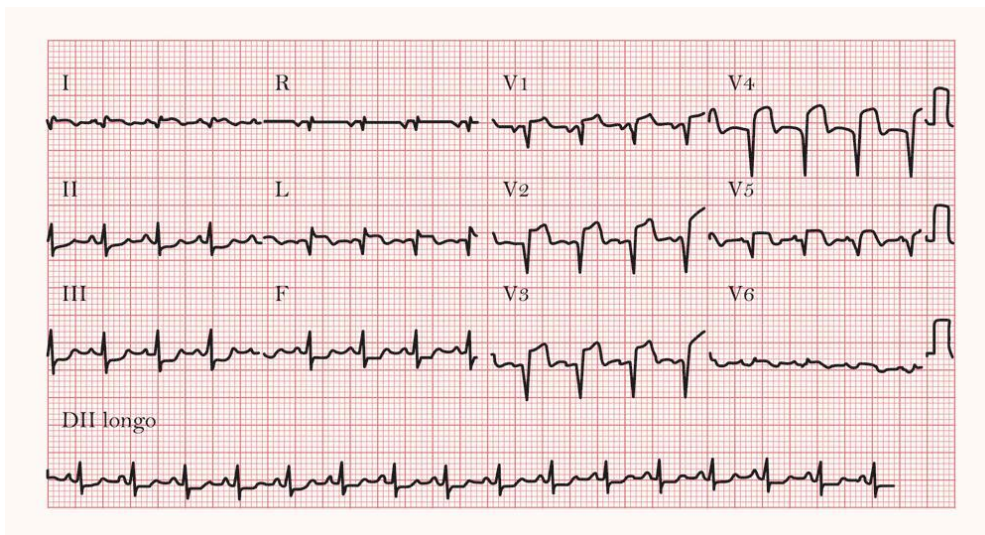
- Elevação do segmento ST

Região comprometida	Derivações
IAM anterosseptal	V1, V2, V3

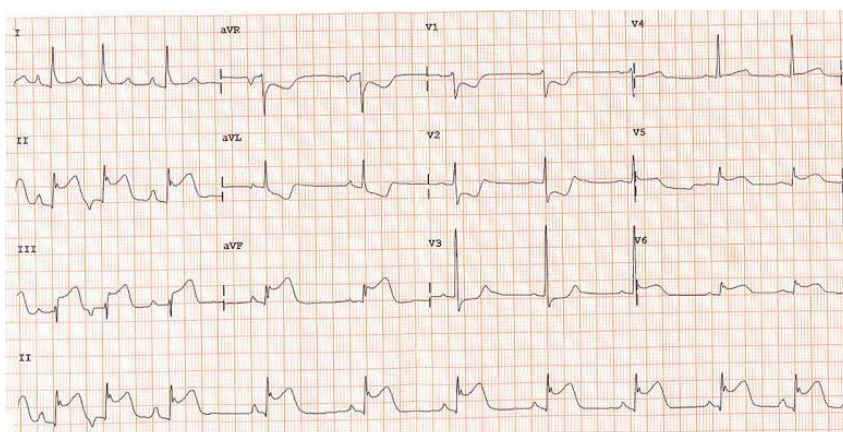
IAM anterior	V1, V2, V3, V4
IAM anterior localizada	V3, V4 ou V3-V5
IAM anterolateral	V4, V5, V6, D1 e aVL
IAM anterior extenso	V1 a V6, D1 e aVL
IAM lateral baixo	V5 e V6
IAM lateral alto	D1 e aVL
IAM inferior (VD)	D2, D3, aVF

- Bloqueio de ramo esquerdo
- Depressão do segmento ST ou inversão dinâmica de onda T

IAM ANTERIOR EXTENSO:



IAM INFERO-LATERO-DORSAL:



OBS.: No infarto de parede inferior (D2, D3, aVF), deve-se sempre descartar comprometimento do ventrículo direito. Ficar atento aos sinais de baixo débito e realizar volume, quando necessário.

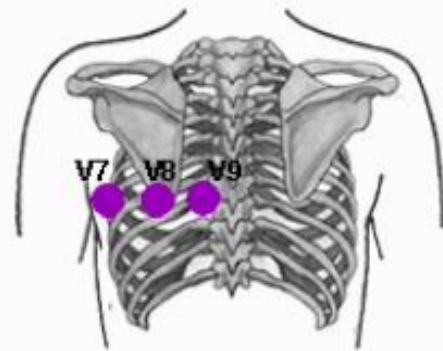
OBS.: Na suspeita de infarto de parede inferior (Supradesenvolvimento de ST em D2, D3 e aVF), necessário fazer as derivações v3r, v4r, V7 e V8

Derivações laterais:

V7: No quinto espaço intercostal esquerdo (mesmo nível que V4, V5, V6), na linha axilar posterior.

V8: No mesmo nível do eletrodo V7, na linha médioescapular, no ângulo inferior da escápula.

V9: No mesmo nível que os eletrodos V7 e V8, na linha paravertebral esquerda.



Posição dos Eletrodos das Derivações Posteriores

DERIVAÇÕES DIREITAS:

V1: Com a posição normal.

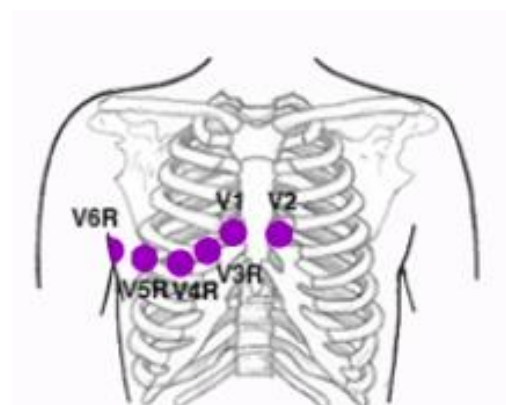
V2: Com a posição normal.

V3R: A meio caminho entre os eletrodos V1 e V4R.

V4R: No quinto espaço intercostal direito, na linha hemiclavicular.

V5R: No quinto espaço intercostal direito, na linha axilar anterior.

V6R: No quinto espaço intercostal direito, na linha axilar média.



Posição dos Eletrodos das Derivações Direitas

OBS.: Estar preparado para RCP e desfibrilação precoce, se necessário.

OBS.: Diminuir o estresse do transporte: velocidade moderada, evitar o uso de sirenes, se possível. Orientar o paciente sobre seu quadro.

ATENÇÃO AO CONCEITO DE DOR REFRATÁRIA: Dor que se mantém apesar de terapia antianginosa máxima:

- Beta bloqueador se não houver contraindicação: pacientes hipotensos, com PR > 240ms, que não tenham BAV avançados, Killip 2, 3 ou 4, doença pulmonar em atividade;
- Nitratos como Isordil, no máximo 15mg
- Nitroglicerina – doses progressivas a cada 5 a 10 minutos, até a dose anterior àquela que reduziu a pressão arterial em mais de 20mmHg, ou para menos de 100mmHg, e/ou aumento da frequência cardíaca para mais de 10% do basal;
- Terapia antiplaquetária (AAS e clopidogrel) e antitrombóticas (uso de HNF ou enoxaparina).
- O analgésico deve ser usado também com ressalva, atualmente o uso de morfina tem sido questionado em muitos trabalhos por reduzir a absorção dos antiplaquetários, mas ainda é contemplada nas diretrizes.

GRADE DE PACTUAÇÃO HC-UFU

- IAM com supradesnivelamento de ST com até 11 horas para chegada ao HC-UFU
- IAM com supra/infradesnivelamento de ST com dor refratária e/ou instabilidade hemodinâmica e elétrica

REGULAÇÃO AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

- Após a confirmação dos critérios pelo ECG de 12 derivações, deverá ser feito contato na REGULAÇÃO INTERNA para informar do encaminhamento do paciente

REGULAÇÃO INTERNA: 3218-2095

REGULAÇÃO DE CASOS SEM CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

- Critérios de exclusão:
 - Pacientes já fora de janela terapêutica no momento do contato telefônico ou que o tempo de deslocamento não permita chegar em tempo hábil.
 - Pacientes com IAM sem supradesnivelamento de ST ou equivalente isquêmico, mesmo que já apresentem marcadores cardíacos alterados.

- Pacientes com angina estável, angina instável e/ou síndrome coronariana sem supradesnívelamento de ST.

OBS.: Na presença de dúvida diagnóstica, tempo de chegada à UFU limítrofe, o paciente DEVERÁ SER ENCAMINHADO.

- Conduta:
 - Seguindo a grade de referência de cada município, o paciente deverá ser mantido onde se encontra, prosseguindo na compensação clínica ou encaminhado à próxima referência, nos municípios sem recursos mínimos para manutenção do mesmo.
 - Orientar o médico da origem a cadastrar o paciente no SUS FÁCIL e aguardar a vaga via Central de Leitos.

CHEGADA DO PACIENTE AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

- Como o caso já foi avisado previamente à Regulação Interna do hospital, imediatamente à chegada no Hospital, o MÉDICO INTERVENCIÓNISTA deve descer e procurar pelo responsável por receber o paciente.
- Se necessário, seguir o protocolo “RM10-PROTOCOLO DE PADRONIZAÇÃO DOS TRANSPORTES REALIZADOS PARA O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA CONFORME GRADE DE REFERÊNCIA PACTUADA”

OBS.: Quando o paciente for transportado em USB tripulada por médico do município, o mesmo deve preencher o “CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO” e o MÉDICO REGULADOR pode auxiliar nas condutas a serem tomadas, considerando o “CM02-DOR TORÁCICA”.

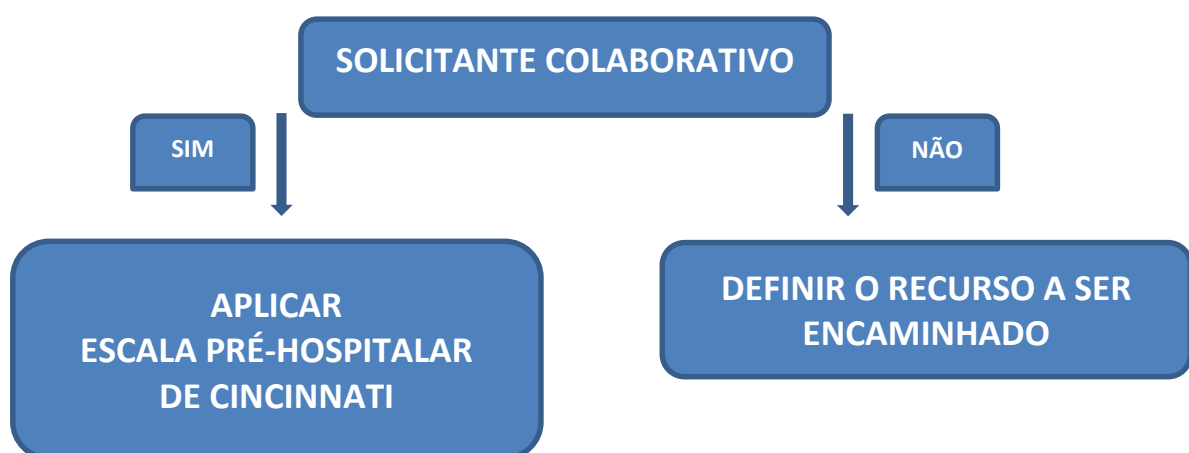
16.3 TR03 – SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O MÉDICO REGULADOR deverá seguir o “RM02 – PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO”, avaliando respiração, circulação e nível de consciência.

TRIAGEM TELEFÔNICA

O MÉDICO REGULADOR deve coletar, **obrigatoriamente**, os seguintes dados e repassar à equipe de atendimento:

- Sexo, idade
- Questionar sobre histórico patológico, medicações em uso.
- Identificação de um caso suspeito através de sinais de possível AVE isquêmico agudo:
 - Início súbito de déficits neurológicos focais: fraqueza, dormência ou paralisia em face, membros superiores ou inferiores, especialmente de um lado do corpo;
 - Fraqueza, paralisia ou perda da expressão de um lado da face
- ✓ Quando este sintoma estiver presente de forma isolada, verificar a possibilidade de se tratar de paralisia facial periférica (paciente não enruga a testa, não fecha o olho e não move a rima labial em uma hemiface), e não AVE (paciente tem paralisia apenas do terço inferior da face: desvio de rima)
 - Distúrbios da fala: alterada, incompreensível ou completa perda da fala;
 - Dificuldade de entendimento;
 - Súbita alteração da visão em um ou ambos os olhos;
 - Súbita dificuldade para caminhar;
 - Vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação
 - Cefaleia súbita, intensa e incapacitante sem causa conhecida;
 - Atenção: quadros atípicos podem sugerir distúrbios psiquiátricos.



ESCALA PRÉ-HOSPITALAR DE AVE DE CINCINNATI



- Identifica o AVE com base em 3 achados do exame físico, descritos abaixo:
 - Desvio de rima:** Pedir para a vítima sorrir ou mostrar os dentes



Anormal: desvio de rima

(Fonte: Advanced Cardiovascular Life Support. Provider Manual, 2006, pg. 108-9)

Normal: Ambos os lados da face movem-se igualmente;

Anormal: Um dos lados move-se menos ou não se move, desviando a rima para o lado oposto.

- Queda do membro superior:** Vítima sentada, com os olhos fechados, pedir para levantar os braços à mesma altura e mantê-los estendidos na horizontal, com as palmas das mãos para cima, por 10 segundos.



Anormal : queda de 1 dos braços

(Fonte: Advanced Cardiovascular Life Support. Provider Manual, 2006, pg. 108-9)

Normal: os 2 membros movem-se igualmente e assim se mantêm;

Anormal: um dos membros não se move ou cai, em comparação ao outro.

- **Alteração na fala:** Pedir para que a vítima repita a frase: “O rato roeu a roupa do rei de Roma”

Normal: Repete usando as palavras corretamente e pronunciando-as sem fala pastosa;

Anormal: Mistura as palavras, usa palavras inarticuladas ou erradas ou é incapaz de falar.

INTERPRETAÇÃO: Na presença de **UMA** das ocorrências anormais, deve-se suspeitar de AVE (72% de **probabilidade** de ser um AVE); na presença dos **TRÊS** achados, a **probabilidade é superior a 85%**.

DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE INÍCIO DE SINTOMAS

- Confirmar o início dos sintomas (hora exata do ictus) – Não é a hora que o acompanhante viu o paciente com o déficit pela primeira vez, é a **ÚLTIMA HORA EM QUE O PACIENTE FOI VISTO BEM**. (Exemplo: O paciente foi dormir bem às 22h e acordou às 6h sem movimentar o hemicorpo direito. Hora do ictus – 22h do dia anterior, portanto, fora da janela. Atentar-se para quando o familiar diz que o paciente acordou bem e foi piorando. Normalmente, significa que ele já acordou com o déficit.)
 - O que o paciente estava fazendo no momento em que foi percebido o início do déficit? (Caso o mesmo tenha acabado de acordar, insistir na pergunta: “Quanto tempo ele ficou bem antes de iniciar o déficit?”.)

ESCOLHA DO RECURSO

O TEMPO DE DEFINIÇÃO DO RECURSO A SER ENCAMINHADO É DE, NO MÁXIMO, **UM MINUTO**. ENQUANTO A VIATURA SE DESLOCA, O MÉDICO REGULADOR DEVERÁ REALIZAR A COLETA DO RESTANTE DA HISTÓRIA.

- **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:**
 - **USA (nos municípios onde disponível):**
 - ✓ Se o solicitante informa sintomas suspeitos já na coleta da história (Com aplicação da Escala de Cincinnati)
 - **USB:**
 - ✓ Nos municípios sem disponibilidade de USA.
 - ✓ Nos municípios com USA disponível, se o solicitante não for colaborativo e houver sintomas atípicos ou duvidosos.

- **ATENDIMENTO A UNIDADES DE SAÚDE:**

- **Aeromédico:**

- ✓ Casos já confirmados, já verificados o tempo de janela, critérios de inclusão e contraindicações à trombólise, considerando manter o recurso terrestre disponível para outros atendimentos.
 - ✓ Considerar no tempo de janela, o tempo total de voo (deslocamento de Uberaba até o município e do município até Uberlândia) e o “tempo de solo” (Tempo necessário para realizar procedimentos para posicionar o paciente na aeronave com segurança. Normalmente, **NO MÍNIMO UMA HORA.**)
 - Em casos duvidosos ou que comprometam a janela, manter o deslocamento pelo recurso terrestre.

- **USA:**

- ✓ Casos já confirmados, já verificados o tempo de janela, critérios de inclusão e contraindicações à trombólise.
 - ✓ Em casos em que o transporte aeromédico não seja elegível.

- **USB:**

- ✓ Municípios sem USA disponível ou quando o deslocamento de um suporte avançado prejudique o tempo de janela.
 - ✓ Seguir o “RM09 - PROTOCOLO DE CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES POR USB E NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO PELO MÉDICO DO MUNICÍPIO”

CHEGADA DA EQUIPE AO LOCAL DE ATENDIMENTO
--

USA:

A equipe de atendimento deverá seguir o protocolo avançado “**CM03 – AVE**”.

USB:

- Municípios com USA:

- Caso a equipe de USB, após realizar a Escala de Cincinnati no local do atendimento, confirme a suspeita diagnóstica, realizar “**J13 – Solicitar apoio da USA**”.
 - ✓ O paciente poderá ser deslocado direto ao Hospital de Clínicas de Uberlândia, após cumprimento dos demais trâmites.

- Municípios sem USA:

- Caso a equipe de USB, após realizar a Escala de Cincinnati no local do atendimento, tenha dúvidas sobre o diagnóstico, o MÉDICO REGULADOR definirá o deslocamento à porta de entrada pactuada.
 - Se possível, a USB deve aguardar avaliação médica, SEM ENCERRAR a ocorrência, para não atrasar o deslocamento do paciente, caso seja o transporte elegível.

O MÉDICO REGULADOR DEVERÁ FAZER CONTATO IMEDIATO COM A PORTA DE ENTRADA PACTUADA, INFORMANDO DA SUSPEITA DIAGNÓSTICA DE AVE PARA QUE NÃO HAJA DEMORA NO DESLOCAMENTO POSTERIOR DO PACIENTE, INDEPENDENTE DO RECURSO DEFINIDO PARA O TRANSPORTE.

***Já no momento do contato com o médico da porta de entrada pode ser definido o recurso que fará o transporte do paciente: USB tripulada pelo médico do município (para que providenciem o profissional com agilidade), USA, aeromédico ou UTI móvel do município.**

***Em qualquer momento, se a equipe de atendimento e/ou regulação julgarem necessário, o paciente pode ser deslocado à porta de entrada pactuada antes do encaminhamento ao Hospital de Clínicas de Uberlândia, ressaltando-se que, é de fundamental importância que isto não atrase o deslocamento.**

***Não se deve realizar tomografia antes do encaminhamento ao HC-UFU, pois isto pode atrasar a instituição do tratamento trombolítico.**

***Caso haja quaisquer outras urgências no pronto atendimento, mantendo a viatura indisponível por muito tempo, esta poderá ser liberada para posterior empenho.**

DEFINIR CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA

	SIM	NÃO
Suspeita de AVE isquêmico de circulação anterior ou posterior	X	
Tempo entre a última vez em que o paciente foi visto bem e chegada ao HC-UFU em até 4 horas	X	
Maior de 18 anos	X	
Bom estado funcional cognitivo e motor prévios ao déficit	X	

- O paciente realizava suas atividades diárias sozinho, precisava do apoio de alguém, algum cuidador?
- O paciente já teve algum episódio prévio, ficou com alguma sequela?

DEFINIR CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA

CRITÉRIOS ABSOLUTOS:

	SIM	NÃO
Uso de anticoagulantes cumarínicos com RNI > 1,7		X
Ingestão de novos anticoagulantes orais há < 48h		X
Uso de heparina de baixo peso molecular plena nas últimas 24h ou TTPa > 40s ¹		X
Diátese hemorrágica conhecida, sangramento ativo, RNI > 1,7 ou plaquetas < 100000/mm ³		X
História de hemorragia intracraniana, neoplasia intracraniana intra-axial e aneurisma gigante (> 10mm) ou roto		X
Cirurgia intracraniana ou da coluna nos últimos 3 meses		X
Endocardite infecciosa		X
Doença hepática grave, incluindo insuficiência hepática, cirrose e hipertensão portal (varizes esofágicas)		X
Hipersensibilidade conhecida ao princípio ativo, ou qualquer componente da fórmula		X
AVE ou TCE grave nos últimos 3 meses		X
Sinais e sintomas compatíveis com hemorragia subaracnoidea ou dissecção aórtica		X
Neoplasia de trato gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal nas últimas 3 semanas		X
Neoplasia com expectativa de vida < 6 meses		X

¹ Pacientes que receberam Heparina durante procedimentos podem receber trombolítico, desde que o TTPa esteja normal.

CRITÉRIOS RELATIVOS:

	SIM	NÃO
Déficit neurológico mínimo ou sintomas melhorando completa e rapidamente ²		
Cirurgia de grande porte ou trauma grave sem TCE nos últimos 14 dias		
Gravidez até 14 dias do puerpério		
Sangramento genitourinário nas últimas 3 semanas		
Punção lombar nos últimos 7 dias		
Pericardite infecciosa		
Punção de vaso não compressível nos últimos 7 dias		
História de MAV não rota e não tratada ³		
IAM sem supra-ST ou com supra-ST nos últimos 3 meses de paredes inferior, direita ou esquerda anterior ⁴		

² É razoável estabelecer o tratamento trombolítico para pacientes que apresentem AVC moderado a grave e que tenham rápida melhora, porém que mantenham incapacidade significativa, p.ex., hemianopsia completa (≥2 no NIHSS, questão 3), afasia grave (≥2 no NIHSS, questão 9), extinção visual ou sensitiva (≥1 no NIHSS, questão 11), qualquer fraqueza que limite a sustentação contra a gravidade (≥2 no NIHSS, questão 6 ou 7), qualquer déficit

com NIH > 5, ou qualquer outro déficit que o examinador julgue incapacitante. Não é recomendado atrasar o tratamento trombolítico a fim de monitorar e aguardar por melhora até um nível de déficit não incapacitante.

³Devem ser pesados os riscos e benefícios quando o AVC for muito extenso *versus* a probabilidade de sangramento da MAV

Obs₁: anemia falciforme, suspeita de dissecção arterial, uso de dupla antiagregação plaquetária, história recente ou ativa de menorragia sem anemia ou hipotensão e insuficiência renal em hemodiálise (com TTPa normal) não contra-indicam a trombólise

Obs₂: no caso de AVC e IAM concomitantes, considerar trombólise e depois angioplastia coronária

⁴Para estas paredes, é razoável proceder à trombólise, idealmente sempre em discussão conjunta com a cardiologia (níveis, respectivamente, Ila, Ila, Ila e IIb)

***Diante de critérios relativos de contraindicação, caso haja dúvida, mesmo após discussão do caso com a equipe de Neurologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia, os pacientes deverão ser encaminhados e, posteriormente, contrarreferenciados, se for o caso.**

GRADE DE PACTUAÇÃO HC-UFU

- AVE Agudo: Tempo de chegada ao Hospital das Clínicas de Uberlândia até 4h do ictus
- ECG ≥ 9

*Os casos com quadro típico de AVE hemorrágico, com rebaixamento de nível de consciência e ECG ≤ 8 NÃO devem ser encaminhados dentro do protocolo AVE para trombólise. Deverão ser direcionados à Clínica Médica/Neurocirurgia. Seguir o protocolo específico para ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO.

REGULAÇÃO AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

APÓS A DEFINIÇÃO DA SUSPEITA DIAGNÓSTICA, DEVERÁ SER FEITO CONTATO COM A EQUIPE DE NEUROLOGIA EM UM DOS TELEFONES DO PROTOCOLO AVC

TELEFONES EM ORDEM DE PRIORIDADE:**NEUROFONE: 99654-9374****UNIDADE-AVC: 3218-2075 (Quem atender o telefone poderá passar o número do residente de plantão, caso ele não esteja no local)****SETOR NEURO (EEG): 3218-2260/3218-2584*****REGULAÇÃO INTERNA: 3218-2095*****CHEFIA DE TURNO: 3218-2290**

- A discussão do caso pode ser feita pelo médico regulador, médico da USA ou médico do município com a equipe de Neurologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia.
- Caso não seja o MÉDICO REGULADOR o responsável por passar o caso à equipe de Neurologia, este deverá OBRIGATORIAMENTE, fazer contato com a equipe para confirmar o aceite.
- Caso a equipe de Neurologia confirme que o caso é elegível, porém, **NÃO** há **VAGA** na U-AVC, o MÉDICO REGULADOR deverá fazer contato **TAMBÉM** com a **REGULAÇÃO INTERNA** para informar do encaminhamento do paciente.

ATENÇÃO: PACIENTE ACEITO PELA NEUROLOGIA COM CONFIRMAÇÃO DE VAGA NA U-AVC, NÃO TEM NECESSIDADE DE INFORMAR NENHUM OUTRO SETOR DO HOSPITAL.

REGULAÇÃO DE CASOS SEM CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

- Critérios de exclusão:

- Pacientes já fora de janela terapêutica no momento do contato telefônico ou que o tempo de deslocamento não permita chegar em tempo hábil.
- Após discussão do caso com a equipe de Neurologia do Hospital das Clínicas de Uberlândia, se definido qualquer critério que contraindique o encaminhamento para trombólise.

OBS.: Na presença de dúvida diagnóstica (mesmo após discussão com a Neurologia), tempo de chegada à UFU limítrofe, qualquer contraindicação relativa ao tratamento, o paciente DEVERÁ SER ENCAMINHADO.

- Conduta:

- Seguindo a grade de referência de cada município, o paciente deverá ser mantido onde se encontra, prosseguindo na investigação de etiologia e compensação clínica ou encaminhado à próxima referência, nos municípios sem recursos mínimos para manutenção do mesmo.
- Orientar o médico da origem a cadastrar o paciente no SUS FÁCIL e aguardar a vaga via Central de Leitos.

CHEGADA DO PACIENTE AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

- Conforme alinhado com a equipe de Neurologia, o paciente será avaliado em até **30 MINUTOS (Máximo de 60 minutos, se houver alguma intercorrência)**.
 - Casos elegíveis:
 - ✓ Serão admitidos e a equipe será liberada.
 - Casos não elegíveis:
 - ✓ Casos fora da janela terapêutica que não necessitem do serviço terciário.
 - Caso o paciente encaminhado seja grave e necessite do serviço terciário, este ficará no Hospital de Clínicas de Uberlândia, sendo posteriormente, regulado via SUS FÁCIL.
 - ✓ Casos não diagnosticados como AVE.
 - ✓ Casos com contraindicação à trombólise.

Casos **NÃO ELEGÍVEIS** e que **NÃO NECESSITEM DO SERVIÇO TERCIÁRIO**, serão **CONTRARREFERENCIADOS** e transportados pela ambulância que está aguardando ao município de origem.

A equipe de neurologia fornecerá relatório contendo o resumo de alta e orientações.

OBS.: Atentar para pacientes que já estão dentro de Unidades de Saúde e orientar CORRETAMENTE o médico a realizar as perguntas para evitar deslocamento desnecessário.

OBS.: Realizar o questionamento dos critérios de inclusão e exclusão da terapia trombolítica para definir o destino correto do paciente.

OBS.: No encaminhamento dos pacientes através do transporte aéreo, fornecer o contato do familiar que **NÃO** irá acompanhar à Unidade de AVC, para que eles possam fazer o contato e confirmar as informações necessárias. Em casos de dúvida e/ou possibilidade de contrarreferência do paciente, o transporte aéreo **NÃO** é elegível.

OBS.: Quando o paciente for transportado em USB tripulada por médico do município, o mesmo deve preencher o “CHECK LIST DO TRANSPORTE SEGURO” e o MÉDICO REGULADOR pode auxiliar nas condutas a serem tomadas, considerando o “CM03-AVE”.

16.4 TR04 – SUSPEITA DE ÓBITO

O MÉDICO REGULADOR deverá seguir o “RM02 – PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO”, avaliando respiração, circulação e nível de consciência.

TRIAGEM TELEFÔNICA

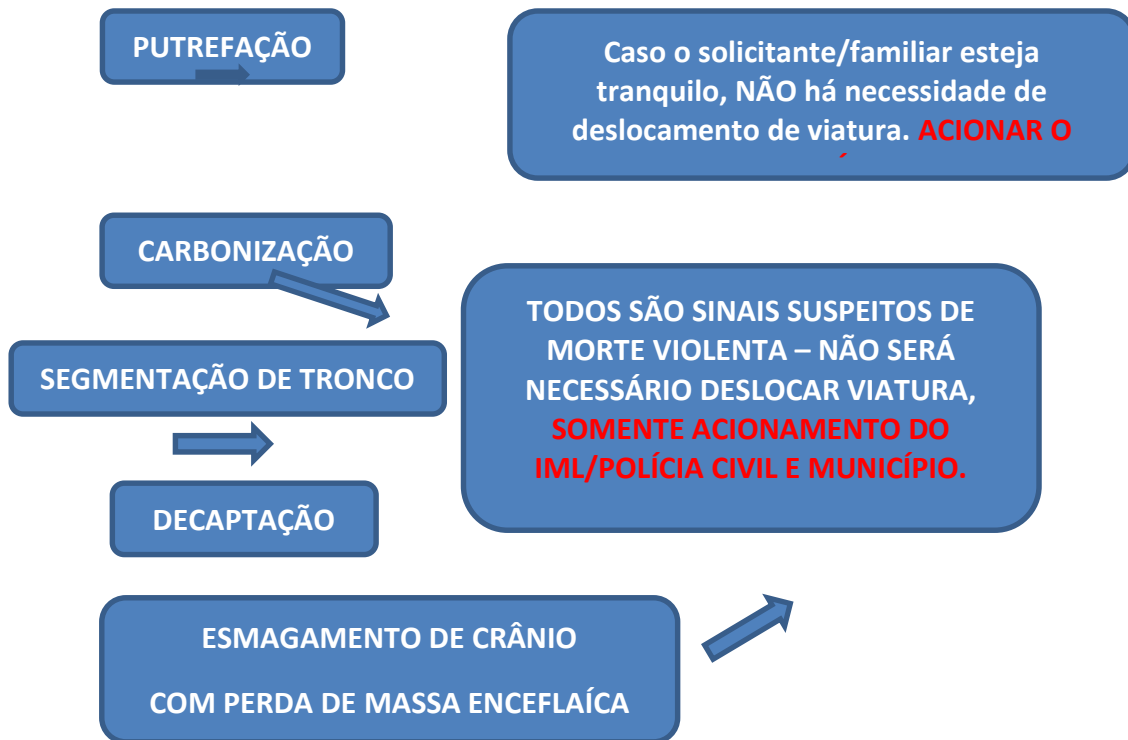
Diante de uma suspeita de óbito:

FAZER DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA*:

- Avaliar responsividade:
 - Senhor (a), bata nos ombros e chame a pessoa em voz alta!
- Senhor (a), verifique se tem movimentos respiratórios (tórax e/ou abdome)

***Diante de qualquer dúvida, o MÉDICO REGULADOR deverá orientar RCP até a chegada da equipe ao local de acordo com protocolo de atendimento a “PCR”.**

O MÉDICO REGULADOR deverá tentar apurar por telefone sinais evidentes de óbito:



OBS.: Os sinais de livor mortis e rigor mortis por serem sinais difíceis de identificação por leigos NÃO serão mais considerados como critérios de confirmação via telefone.

OBS.: Se na chamada telefônica, o familiar/solicitante encontrar-se nervoso, ansioso e não aceitar o óbito, mesmo diante dos sinais descritos acima, deverá ser tomada conduta de deslocamento da viatura ou acionamento do município, seguindo os critérios deste protocolo.

OBS.: Diante de morte violenta confirmada ou suspeita, o “cadáver” não deverá ser deslocado sem autorização prévia da Polícia Civil e/ou IML.

ESCOLHA DO RECURSO

- **USA:**
 - Em casos de pacientes jovens, com relato de parada cardiorrespiratória recente ou em outros casos em que haja prognóstico presumido.
- **USB:**
 - Em casos de pacientes idosos, paliativos, com várias comorbidades, com relato de parada cardiorrespiratória sem tempo definido.
- **Acionamento dos municípios:**
 - **SINAIS EVIDENTES DE ÓBITO:**
 - ✓ Putrefação, sem outros sinais suspeitos de morte violenta.

- ✓ Carbonização, decapitação, segmentação de tronco, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica:
 - Deverá ser acionada também Polícia Civil e/ou IML.

FLUXO POR MUNICÍPIO**1. ABADIA DOS DOURADOS:**

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto Socorro Municipal	34 3847-1263

2. ARAGUARI:

Óbito constatado durante horário comercial, paciente assistido pela Unidade Básica de saúde entrar em contato com a unidade mais próxima ou pelo setor de Atenção Primária.

Óbito constatado após o horário comercial, sábado, domingo e/ou feriados entrar em contato com o serviço de funerário que encaminhará o corpo para ser realizado a Declaração de Óbito na Unidade de Pronto Atendimento.

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Setor da Atenção Primária	3690-3158
Funerária Pax do Brasil	3246-8012 3241-0940
Funerária serviço de luto Araguari	3242-3340 99988-2998
Funerária serviço social Frederico Ozanan	3241-2543 99988-2998 99889-2998
Funerária Liv	3242-8228 99964-5084
Funerária Pirâmide	3241-3567 98805-9368

3. ARAPORÃ:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Hospital João Paulo II	(34)3284-9551 99966-9286

4. CACHOEIRA DOURADA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
UMS – Pronto atendimento	3265-1155

5. CAMPINA VERDE:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto atendimento médico	3412-2655

6. CANÁPOLIS:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Hospital Sebastião Paes de Almeida	3266-3600

7. CAPINÓPOLIS:

ÁREA RESPONSÁVEL	NOME DO RESPONSÁVEL	TELEFONE
2ª a 6ª (dia) – Unidades Básicas de Saúde	PSF Otávio Bernadelli	3263-0344
	PSF Osvaldo Prado	3263-0366
	PSF Jarbas Fontoura	3263-0352
	PSF Dr Cássio Macedo	3263-0351
	PSF Augusto Alves Garcia	3263-0338
Sábados – Domingos – Feriados – 2ª a 6ª (noite)	Pronto Atendimento de	3263-0353
	Capinópolis - FAEPU	3263-3028

8. CASCALHO RICO:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Coordenadora da Unidade	(34)3248-1100 99932-7061(recepção) 98876-4796(enfermagem)

9. CENTRALINA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto Atendimento Municipal	3267-2090

10. COROMANDEL:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto Socorro Municipal	(34)3841-1010

11. DOURADOQUARA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Secretaria Municipal de Saúde	(34) 98839-0005 (34)98719-9996

12. ESTRELA DO SUL:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Unidade Mista de Saúde Sebastião Paes de Almeida	3843-1288

13. GRUPIARA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Gestor de Saúde e/ou Médico	(34) 98849-6855 (34) 98855-0305

14. GURINHATÃ:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Hospital D. Amélia Maria de Souza	3264-1012

15. INDIANÓPOLIS:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Centro de Saúde Alex Fernandes Resende	(34) 3245-2510 (34) 99661-0809

16. IPIAÇU:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Sala de Estabilização da Unidade Básica de Saúde Irene Theodora de Oliveira	3252-1336

17. IRAÍ DE MINAS:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Secretaria Municipal de Saúde	(34) 99813-3207

18. ITUIUTABA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Serviço funerário LIV	3268-1176 99638-7198
Funerária São Luiz	3261-1775 3261-1761

19. MONTE ALEGRE DE MINAS:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Santa Casa de Monte Alegre de Minas	3283-3131

20. MONTE CARMELO:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto Socorro	3849-1215 3849-1216

21. NOVA PONTE:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto Socorro	3356-8080 99158-1056
Unidade Básica de Saúde Odelmo Leão Carneiro	3356-8065 99191-4430
Unidade Básica de Saúde Dr José Soares de Faria	3356-8061 99128-8498
Unidade Básica de Saúde Homilton Pereira de Resende	3356-1315 99210-8766

22. PATROCÍNIO:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio 2ª a 6ª (dia)	(34)3839-1818
Pronto Socorro de Patrocínio (2ª a 6ª após às 17:30, feriados e fins de semana)	3831-5288 3831-8160

23. PRATA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto Socorro Municipal do Prata	(34) 3431-8727 (34)3431-4874

24. ROMARIA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Secretaria Municipal de Saúde	3848-1526

25. SANTA VITÓRIA:

ÁREA RESPONSÁVEL	NOME DO RESPONSÁVEL	TELEFONE
2ª a 6ª (dia) – Unidades Básicas de Saúde	PSF Amador José dos Santos	3251-8530
	PSF Isidoro Cândido Ferreira	3251-8560
	PSF José Carlos	3251-8595
	PSF José Nilton de Medeiros	3251-8526
	PSF BBA	3251-0592

	PSF Chaveslândia	3251-8131
Sábados – Domingos – Feriados – 2ª a 6ª (noite)	Pronto Atendimento Jerônimo Teodoro	3251-8581

26. TUPACIGUARA:

ÁREA RESPONSÁVEL	TELEFONE
Pronto-Socorro Municipal	(34)3281-0027 156 99978-2000

OBS.: O contato telefônico deverá ser realizado pelo CONTROLADOR DE FROTAS, que informará o possível óbito e endereço ao município. Deverá ser anotado pelo MÉDICO REGULADOR, na ocorrência, o nome do responsável pelas providências a serem tomadas.

OBS.: O CONTROLADOR DE FROTAS fará novo contato com a família/responsável, informando o nome do responsável pelas providências a serem tomadas e deve orientá-los a ligar novamente, caso não se resolva.

OBS.: Diante de suspeita de morte violenta, o MÉDICO REGULADOR deverá orientar o solicitante/familiar a não tocar no “corpo”. Também não pode ser autorizado a uma funerária o transporte, sem prévio conhecimento e autorização da Polícia Civil e/ou IML.

OBS.: As funerárias poderão remover o “corpo” para constatação de óbito e demais providências no Pronto Atendimento nos municípios em que são responsáveis por este deslocamento, conforme registrado neste protocolo.

OBS.: Caso o solicitante/familiar informe alguma dificuldade com a funerária, seja por resistência ao cumprimento do protocolo ou por questão financeira, o CONTROLADOR DE FROTAS poderá fazer contato com a Secretaria de Saúde do município em questão para que auxiliem na solução do problema.

OBS.: Em caso de ausência de médico na Unidade Básica de Saúde, Pronto atendimento e/ou qualquer Unidade de Saúde responsável por parte deste protocolo, a Secretaria de Saúde/gestor do município deverá ser acionado, para que resolva a situação. NÃO deslocar ambulâncias do SAMU para resolver problemas administrativos ou entraves burocráticos, fora dos critérios de encaminhamento pelos protocolos do serviço.

OBS.: A MORTE É CONSIDERADA UMA SÍNDROME DE “FORTE VALÊNCIA SOCIAL”, PORTANTO, CASO O SOLICITANTE NÃO ESTEJA CERTO DO ÓBITO, O MÉDICO REGULADOR PODERÁ EMPENHAR A AMBULÂNCIA PARA VERIFICAR OU SOLICITAR APOIO DO MUNICÍPIO. E, CASO A FAMÍLIA, MESMO COM A AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE USB, NÃO ACEITE A JUSTIFICATIVA DE ÓBITO, A MESMA DEVERÁ INICIAR PROCEDIMENTOS DE RCP COM ORIENTAÇÃO DO REGULADOR E ENCAMINHAR AO PONTO DE REFERÊNCIA (PARA QUE UM MÉDICO FAÇA A CONSTATAÇÃO DO ÓBITO E DÊ A NOTÍCIA À FAMÍLIA).

CHEGADA DA EQUIPE AO LOCAL DE ATENDIMENTO

USA:

A equipe de atendimento deverá seguir o protocolo avançado “**CM04 – CONDUTAS EM CASO DE ÓBITOS**”.

USB:

A equipe de atendimento deverá seguir o protocolo básico “**CM04 – CONDUTAS EM CASO DE ÓBITOS**”.

DESLOCAMENTO DO “CORPO”

- Óbito constatado à chegada da equipe:
 - **USA:**
 - ✓ O MÉDICO INTERVENCIÓNISTA deverá preencher o anexo “EVIDÊNCIAS DE MORTE ÓBVIA NA CENA” e deixar a **segunda via** com o responsável. Não deve tocar no “corpo” ou alterar a cena. O CONTROLADOR DE FROTAS fará contato, seguindo o fluxo de cada município.
 - **USB:**
 - ✓ Fará constatação **SOMENTE** levando em consideração os critérios constantes no anexo “EVIDÊNCIAS DE MORTE ÓBVIA NA CENA”. Não sendo mais considerados neste anexo o livor mortis e rigor mortis, pois pode deixar dúvidas.

***Lembrando SEMPRE que CONSTATAÇÃO de SINAIS DE MORTE ÓBVIA não significa DECLARAÇÃO DE ÓBITO. Por isso, após a USB deixar a segunda via do anexo preenchido “EVIDÊNCIAS DE MORTE ÓBVIA NA CENA”, o município deverá ser acionado e, seguindo seu fluxo, definir o destino do “corpo”.**

- Óbito durante ou após atendimento pré-hospitalar:
 - **USA:**
 - ✓ **SOMENTE** irá deslocar o corpo caso tenha realizado alguma intervenção na vítima, em caso de atendimento em via pública por causa clínica ou por trauma em que a Polícia Militar defina esta remoção.
 - ✓ Em atendimentos domiciliares, o MÉDICO INTERVENCIÓNISTA deverá orientar os familiares do óbito e solicitar apoio do CONTROLADOR DE FROTAS para seguir o fluxo de cada município. Deverá ser preenchida no caso de atendimento, a ficha de APH e deixada a segunda via com o responsável.

○ **USB:**

- ✓ Caso a equipe de USB realize qualquer intervenção deverá deslocar o “corpo” até a porta de referência pactuada, **SEMPRE** com orientação da regulação. Deverá entregar no local de encaminhamento a segunda via da ficha de APH.

16.5 TR05 – HIPOGLICEMIA

O MÉDICO REGULADOR deverá seguir o “RM02 – PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO”, avaliando respiração, circulação e nível de consciência.

TRIAGEM TELEFÔNICA

Diante de uma suspeita de Hipoglicemia:

- Em qualquer rebaixamento de nível de consciência, sem causa aparente, deve ser investigada.
- Em pacientes diabéticos.

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE:

Caso haja um familiar ou acompanhante com possibilidade de medida da glicemia ou o próprio paciente tenha nível de consciência para fazê-lo

O MÉDICO REGULADOR deverá orientar:

- Conceito: Glicemia capilar < 70mg/dl
- Orientar a ingestão de alimentos contendo carboidratos de absorção rápida (01 colher de sopa de mel; 04 colheres de chá de açúcar, ½ copo de suco de fruta).

INTERROGATÓRIO DIRECIONADO:

Após orientação de ingestão de carboidratos:

- Idade, sexo
- Comorbidades anteriores
- Fez uso regular dos medicamentos
- Sintomas prévios

FISIOPATOLOGIA:

Decorrente do desequilíbrio dos hormônios envolvidos no metabolismo da glicose, havendo aumento dos hormônios hipoglicemiantes (hiperinsulinemia) e diminuição dos hormônios hiperglicemiantes.

< 80mg/dl: Redução da secreção de insulina.

60 – 70mg/dl: Aumento da secreção de glucagon, catecolaminas e GH

< 60mg/dl: Aumento da secreção de cortisol

QUADRO CLÍNICO:

Sintomas neuroglicopênicos:

- Cefaleia, tontura
- Sonolência
- Astenia
- Dificuldade de concentração
- Lentificação do pensamento
- Confusão
- Déficits focais
- Convulsões
- Coma

Sintomas adrenérgicos:

- Palpitações
- Taquicardia
- Ansiedade
- Tremores
- Sudorese
- Fome
- Parestesias

DIAGNÓSTICO:

Tríade de Wipple:

Hipoglicoteste (HGT) < 70mg/dl

Sintomas de hipoglicemia

Melhora dos sintomas após administração de glicose

ESCOLHA DO RECURSO

**O TEMPO DE DEFINIÇÃO DO RECURSO A SER ENCAMINHADO É DE, NO MÁXIMO,
UM MINUTO.**
**ENQUANTO A VIATURA SE DESLOCA, O MÉDICO REGULADOR DEVERÁ REALIZAR A COLETA
DE MAIS DADOS, SE POSSÍVEL.**

- **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:**

- **USA (nos municípios onde disponível):**

- ✓ Sempre que haja rebaixamento de nível de consciência, que possa ser confirmado à triagem telefônica.

- **USB:**

- ✓ Nos municípios sem disponibilidade de USA.
- ✓ Nos casos duvidosos.

CHEGADA DA EQUIPE AO LOCAL DE ATENDIMENTO
--

Exame físico:

- Verificar Escala de Coma de Glasgow

Condutas iniciais:

- Aferição de sinais vitais
- Proteção de vias aéreas
- Manter em decúbito a 30°
- Ofertar oxigênio, se $\text{SatO}_2 < 92\%$
- Puncionar acesso venoso periférico
- **Aferir HGT:**

Se $\text{HGT} > 70\text{mg/dl}$ = Fazer contato na Regulação Médica e verificar conduta.

Se $\text{HGT} < 70\text{mg/dl}$ + rebaixamento do nível de consciência:

Administrar 4 ampolas de G50% (40ml) + SG5% 250ml em infusão contínua

HGT em 5 minutos:

$< 70\text{mg/dl}$

Administrar 4 ampolas de G50% (40ml)

HGT em 5 minutos:

$> 70\text{mg/dl}$ e melhora do nível de consciência → Após contato com a Regulação Médica, fazer orientações do uso regular das medicações, procurar a Unidade Básica de Saúde de referência para verificar e ajustar dose de medicamentos.

$< 70\text{mg/dl}$ → Após contato com a Regulação Médica, encaminhar à Porta de entrada pactuada.

16.6 TR06 – ATENDIMENTO A ACIDENTES DE TRÂNSITO

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

- **Segurança inicial da cena:**

- O CONTROLADOR DE FROTAS deverá acionar o CORPO DE BOMBEIROS e/ou autoridade policial responsável no município ou área de abrangência quando indicado (ver protocolo de acionamento de entidades).
- A EQUIPE DE ATENDIMENTO só iniciará o socorro às vítimas após a segurança da cena estar garantida. Caso a cena ainda não esteja sinalizada, o (a) CONDUTOR (A) SOCORRISTA deverá fazer isto até a chegada de outra entidade para auxiliar.
- O MÉDICO REGULADOR deverá perguntar ao solicitante sobre quantidade de vítimas, estado de consciência, se está presa às ferragens, se há alguma evidência de hemorragia maciça. Questionar sobre o evento: presença de fogo em veículos ou na cena, vazamento de combustível ou outras substâncias explosivas ou tóxicas. Orientar ao solicitante a sinalizar as vias, não tocar na vítima (exceto se hemorragias externas, quando o regulador deverá orientar a compressão direta), não retirar o capacete, não oferecer água ou alimento à vítima.

- **Critérios para acionamento da USA:**

- Mecanismos de trauma grave: capotamento, ejeção do automóvel, vítima fatal no mesmo compartimento, atropelamento de pedestre/ciclista por veículo a mais de 30 Km/h.
- Condições patofisiológicas graves: vítima inconsciente, trauma de face grave, sinais de insuficiência respiratória, sinais de choque, amputação ou quase amputação de membro, crise convulsiva, politraumatismo em gestante com mais de 20 semanas, politraumatismo em maiores de 65 anos.
- Se por exceção foi empenhado uma **USB**, assim que reconhecida a gravidade no local, a regulação médica deverá acionar, em locais onde haja disponibilidade, a equipe de **USA**.

- **Critérios para acionamento do Arcanjo:**

- Mesmos critérios para a USA, considerando o tempo de resposta do Arcanjo até o local, considerando que existem apenas 3 USA disponíveis.
- **SEMPRE** deve ser deslocado recurso terrestre conjuntamente com o Arcanjo, considerando-se que as condições de voo podem não permitir a chegada do helicóptero no local.
- **SEMPRE** verificar o máximo de informações no local de gravidade antes de empenhar o Arcanjo, para evitar deslocamento desnecessário.

- **Critérios para acionamento de USB:**

- Acidentes de trânsito leves dentro dos municípios.
- Onde esta seja o recurso mais próximo (sempre deslocar um suporte avançado conjuntamente, se houver critérios).
- Na indisponibilidade de recurso avançado.
- Acidentes com múltiplas vítimas.

PARA ACIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS:

- Se as informações do solicitante forem confiáveis e confirmado a presença de 3 ou mais vítimas, sendo pelo menos uma delas grave, SEMPRE acionar o Arcanjo, uma USA e uma unidade básica.
- Caso a ambulância mais próxima seja uma USB tentar a triagem da gravidade antes de enviar o suporte avançado.
- Caso seja necessário um volume grande de recursos (para atendimento ou transporte), considerar envio de ambulância sanitária para transporte dos casos mais leves.

16.7 TR07 – CASOS DE FRATURAS EXPOSTAS

OBJETIVO:

- Padronizar a regulação dos casos de fraturas, de acordo com a classificação e gravidade dos pacientes pela Central de Regulação Médica.

OBSERVAÇÕES:

- Todos os pacientes devem ser atendidos seguindo os protocolos específicos de atendimento sistematizado ao trauma e de imobilização.

- Todas as fraturas fechadas serão encaminhadas para a porta de entrada referenciada de cada município e seguirão o fluxo normal de encaminhamento pelo SUS FÁCIL. Não têm critério de transferência pelo SAMU, caso a vaga seja aceita, se este for o único diagnóstico envolvido.
- SOMENTE as fraturas expostas serão encaminhadas ao Hospital de Clínicas de Uberlândia como critério de vaga zero, ressaltando-se que os municípios de Ituiutaba e Patrocínio realizam a cirurgia na maioria dos casos. Logo, casos nestes municípios poderão ser encaminhados respectivamente para: Hospital São José e Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio.
- Durante o atendimento de USB, após pedir fotografias da lesão, se houver dúvida se a fratura é exposta, encaminhar o paciente para a porta de entrada referenciada do município para confirmar o diagnóstico. Caso confirmado, o fluxo de encaminhamento seguirá os critérios abaixo.

PACIENTES ENCAMINHADOS AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA:

➤ PELA AMBULÂNCIA SANITÁRIA:

- ❖ Pacientes já atendidos conforme protocolo de trauma pelo SAMU, COBOM e/ou pela própria porta de entrada, que tenham somente fraturas isoladas (membros superiores, pé, tornozelo, tibia/fíbula); crianças SOMENTE se avaliação CONFIÁVEL, adultos abaixo de 65 anos, ESTÁVEIS HEMODINAMICAMENTE, sem outro diagnóstico associado (por exemplo: TCE), sem possibilidade de rebaixamento de nível de consciência e/ou instabilidade hemodinâmica, considerando o mecanismo de trauma envolvido. O paciente deve ter acesso periférico calibroso e deve estar com curativo e imobilização corretas.
- ❖ Fraturas de falanges distais, com suspeita e/ou confirmação de amputação necessitam de encaminhamento para avaliação de ortopedista, devido às sequelas que uma abordagem incorreta pode provocar. Deve ser feito curativo compressivo, acesso periférico calibroso.
- ❖ A solicitação da ambulância sanitária é feita pela origem (médico da porta de entrada) e não é responsabilidade do SAMU. O SAMU somente regula a vaga nestes casos e informa do encaminhamento à UFU.
- ❖ SEMPRE é recomendado solicitar transporte sanitário quando indicado e caso haja problemas relativos à falta/indisponibilidade do mesmo informar à coordenação, de preferência através de inconformidade no formulário interno do serviço.

➤ **PELA USB:**

- ❖ Pacientes atendidos pela USB que, na cena, após avaliação do trauma, não apresentem nenhum outro diagnóstico, somente fraturas isoladas (membros superiores, pé, tornozelo, tibia/fíbula); crianças SOMENTE se avaliação CONFIÁVEL, adultos abaixo de 65 anos. Se o paciente estiver com Escala de Coma de Glasgow 15, sem perda de consciência no local, fratura exposta diagnosticada pela USB (com confirmação por fotografia pelo MÉDICO REGULADOR). Com acesso periférico calibroso, feito imobilização, analgesia e cristaloides conforme protocolo e prescrição médica. Este caso pode ser encaminhado imediatamente após atendimento, sem necessidade de passar pela porta de entrada.
- ❖ Pacientes atendidos pela USB que tenham outros diagnósticos associados, Escala de Coma de Glasgow menor que 15, perda de consciência no local, dúvida no diagnóstico de fratura exposta, devem ser encaminhados à porta de entrada para avaliação médica. Após avaliação, se apresentarem apenas a fraturas isoladas (membros superiores, pé, tornozelo, tibia/fíbula); crianças SOMENTE se avaliação CONFIÁVEL, adultos abaixo de 65 anos, ESTABILIDADE HEMODINÂMICA, podem ser encaminhados pela USB, sem a necessidade de médico. (Sempre tomar essa decisão conjunta com o médico da porta de entrada, lembrando que serão possíveis pequenas intervenções sob orientação do MÉDICO REGULADOR na USB sem médico.) Paciente deve estar com acesso calibroso, imobilizado, deve ter recebido analgesia e cristaloides conforme necessário.

➤ **PELA USA:**

- ❖ Pacientes atendidos pela USA, com suspeita de rebaixamento de nível de consciência e/ou gravidade superestimada pelo solicitante e não confirmada no local, devem ser atendidos conforme protocolo e caso seja percebida somente fratura exposta isolada (membros superiores, pé, tornozelo, tibia/fíbula), sem possibilidade de instabilidade hemodinâmica e/ou rebaixamento de nível de consciência, deverá ser encaminhado à porta de entrada e transportado por Ambulância sanitária ou USB, conforme descrito acima.
- ❖ Pacientes com mecanismo de trauma grave, traumatismo cranioencefálico, com fraturas múltiplas, possibilidade de rebaixamento do nível de consciência e/ou instabilidade hemodinâmica, crianças se a avaliação NÃO for CONFIÁVEL, adultos acima de 65 anos, com fraturas de pelve e/ou fêmur devem ser transportados pela USA. Deve ser preenchido o check list de transporte seguro e seguidos todos os protocolos da instituição.

16.8 TR08 – ACIDENTES OFÍDICOS

O MÉDICO REGULADOR deve coletar, **obrigatoriamente**, os seguintes dados e repassar à equipe de atendimento:

- Idade
- Local do acidente
- Tempo decorrido do acidente
- Região anatômica da picada
- Comorbidades e medicações em uso

INTERROGATÓRIO DIRECIONADO:

- Animal foi identificado?
- Há risco para vítima/solicitante e para a equipe de atendimento?

ORIENTAÇÕES INICIAIS:

O MÉDICO REGULADOR deverá orientar a manter elevado e estendido o membro picado

Afastar a vítima do local do acidente, se possível.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

O MÉDICO REGULADOR deverá encaminhar:

- **USA** (Nos locais onde disponível):
 - No atendimento pré-hospitalar:
 - ✓ Caso sejam detectados sinais de gravidade (Rebaixamento do nível de consciência, sinais de desconforto respiratório, sangramento intenso)
 - No atendimento à solicitação de Unidades de Saúde – **TODOS** os casos **GRAVES** devem ser encaminhados ao HC-UFU:
 - ✓ Paciente que preencham critérios de transporte por USA – instáveis hemodinamicamente com uso de drogas vasoativas, sinais de desconforto respiratório com necessidade iminente de intubação, rebaixamento do nível de consciência
- **USB:**

- No atendimento pré-hospitalar:
 - ✓ Caso hajam apenas sintomas locais e sem sinais de gravidade
- **AMBULÂNCIA SANITÁRIA:**
 - No atendimento à solicitação de Unidades de Saúde:
 - ✓ Casos de acidentes leves ou moderados – **RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO** de buscar o soro no HC-UFU e administrar LOCALMENTE no município

OBS.: ENCAMINHAR AO HC-UFU OS CASOS EM QUE HAJA DÚVIDA DA GRAVIDADE, SEMPRE CONSIDERAR MAIS GRAVE QUE O REFERIDO, PRINCIPALMENTE EM MUNICÍPIOS MENORES E COM MENOS RECURSOS. ORIENTAR O MÉDICO DA ORIGEM A NÃO REALIZAR TORNIQUETE OU RETIRAR CASO O PACIENTE CHEGUE COM ESTE.

16.9 TR09 – TRABALHO DE PARTO

O MÉDICO REGULADOR deve coletar, **obrigatoriamente**, os seguintes dados e repassar à equipe de atendimento:

- Idade da paciente (os extremos de idades oferecem maior risco de complicações)
- Número de gestações (G), Paridade (P), abortos anteriores (A)
- DUM (Data da última menstruação – gestações pré-termos oferecem maior risco ao recém-nascido) – Cálculo da idade gestacional através da DUM ou do USG de primeiro trimestre
- Fez pré-natal? Especificar Unidade de Saúde. (Pacientes que fazem pré-natal diminuem os riscos de complicações obstétricas) – Acompanhamento de risco habitual ou alto risco
- Antecedentes (HAS, diabetes, hipotireoidismo)

INTERROGATÓRIO DIRECIONADO:

- Dor (início, intensidade, frequência – para prever a proximidade do período expulsivo, e descartar risco de ruptura uterina e descolamento placentário).
- Perda de sangue – Intensidade (risco de choque hipovolêmico), com ou sem dor (placenta prévia)
- Perda de líquidos:
 - Claro: com ou sem grumos (prever prematuridade)

- Amarelado ou esverdeado: situação fetal, apresentação pélvica
- Odor: maior risco de infecção, principalmente se com história de perda de líquido durante a gestação
- Outros sintomas associados: tonturas, síncope, convulsões, dispneia, escotomas (perda parcial ou total da visão).
- Contrações:
 - Questionar sobre espaçamento da dor, características

ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE/PACIENTE:

- Orientar o paciente a deixar a porta aberta, caso esteja sozinha
- Deixar separados cartão da gestante, todos os exames e USG

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

Decisão técnica: Segundo critérios do ESCORE DE MALINAS

ESCORE DE MALINAS					
Escore (Valor)	Nº de gestações até o momento	Duração do Trabalho de Parto	Duração das Contrações	Intervalo entre 2 contrações	Tempo de Amniorrexe
0	1	<3h	< 1 min	>5 min	Nega
1	2	Entre 3 e 5h	1 min	Entre 3 e 5 min	Recente (<1h)
2	3 ou mais	>6h	> 1 min	< 3 min	>1h

Observação: com um mesmo escore, as multíparas evoluem para o parto mais rapidamente. Levar em conta o prazo de chegada até a maternidade.

- Escore <5: boa margem de tempo: Meios Próprios ou Ambulância de simples remoção
- Escore entre 5 e 7: USB (Normalmente fica indicado na maioria das urgências obstétricas)
- Escore >7: USA

O MÉDICO REGULADOR deverá encaminhar:

- **USA** (Nos locais onde disponível):
 - No atendimento pré-hospitalar:
 - ✓ Risco de parto de alto risco iminente
 - ✓ TP prematuro avançado (possibilidade de haver necessidade de atendimento e procedimentos ao RN)

- ✓ Perdas sanguíneas acentuadas (necessidade de condutas médicas para evitar o choque)
- ✓ Síndromes hipertensivas da gravidez graves (risco de convulsões e eclampsia)
- ✓ Risco de ruptura uterina (choque hipovolêmico)
- ✓ DPP
- No atendimento a Unidades de Saúde:
 - ✓ É contraindicação ao transporte aéreo, a gestante em trabalho de parto a partir do 7º mês ou em risco de parto iminente.
 - ✓ Deverá ser encaminhado a USA seguindo as indicações acima.
- **USB:**
 - Em municípios com USA:
 - ✓ Definir o encaminhamento pelo Escore de Malinas
 - Em municípios sem USA – No atendimento pré-hospitalar:
 - ✓ Após avaliação da equipe, a paciente deverá ser encaminhada para a porta de entrada pactuada mais próxima onde possa ter avaliação, de preferência obstétrica, para definir o diagnóstico do trabalho de parto. Posteriormente, ser regulada para a maternidade de referência, caso necessário.
 - Em municípios sem USA – No atendimento a Unidades de Saúde:
 - ✓ É contraindicação ao transporte aéreo, a gestante em trabalho de parto a partir do 7º mês ou em risco de parto iminente.
 - ✓ O médico do município poderá tripular a USB desde que sejam seguidos os critérios do protocolo (USB tripulada por médico do município), e que não tenha nenhum dos critérios indicativos de USA acima citados.

OBS.: Gestantes em trabalho de parto iminente, com dilatação avançada e risco de parto na ambulância, o parto deverá ser realizado na Unidade de Saúde de Origem e, posteriormente, encaminhados, gestante e recém-nascidos, considerando APH CONTINUADO.

REGULAÇÃO DAS PACIENTES

O médico regulador deve definir segundo o fluxo pré-estabelecido, lembrando que:

- Em ocorrências durante a semana e período diurno (7-17h), sempre encaminhar as gestantes à Unidade Básica de Saúde de referência, na dúvida do diagnóstico de trabalho de parto.
- Encaminhar ao Pronto atendimento gestantes que tenham diagnóstico não relacionado à gestação.

- Encaminhar à Maternidade de Referência, TODAS as gestantes em trabalho de parto (confirmado por dinâmica ativa e/ou toque realizado por médico em Unidade de Saúde) e/ou com intercorrências relacionadas à gestação:

- Sangramento durante a gestação (desde que a gestação esteja confirmada por exame laboratorial ou por USG) em qualquer idade gestacional;
- Dor abdominal em gestantes com mais de 37 semanas;
- Amniorrexe clinicamente evidente em qualquer idade gestacional;
- Gestantes em qualquer idade gestacional com hipertensão acompanhada de cefaleia, escotomas ou quadros convulsivos;
- Gestante em qualquer idade gestacional com PA $\geq$ 150x100mmHg, mesmo que assintomática.

SEMPRE fazer contato prévio para avisar da chegada da paciente, em caso de não conseguir, deixar registrado em prontuário eletrônico.

16.10 TR10 – SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

O MÉDICO REGULADOR deve coletar, **obrigatoriamente**, os seguintes dados e repassar à equipe de atendimento:

QUESTIONAR SOBRE SINAIS DE TRABALHO DE PARTO – CASO POSITIVO → SEGUIR PROTOCOLO DE TRABALHO DE PARTO

- G_xP_xA_x
- Acompanhamento de risco habitual ou alto risco
- Unidade de Saúde e município de acompanhamento pré-natal
- Medicações em uso
- Solicitar que tenha o último ultrassom em mãos

INTERROGATÓRIO DIRECIONADO:

- Diferenciar atendimento pré-hospitalar de atendimentos “intra-hospitalares”
 - Pressão arterial já foi aferida?
- História prévia de hipertensão arterial
- Complicações em gestações anteriores devido à mesma causa
- Sintomas associados:
 - Cefaleia

- Epigastralgia
- Escotomas
- Edema
- Crise convulsiva

OBS.: Caso haja alguma dificuldade em coletar alguma das informações, a EQUIPE DE ATENDIMENTO deverá complementá-las.

ORIENTAÇÕES INICIAIS:

O MÉDICO REGULADOR deverá orientar a gestante a manter repouso até a chegada da equipe.

Dizer que a mesma deixe a porta aberta, caso esteja sozinha ou que chame ajuda, se possível.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

O MÉDICO REGULADOR deverá encaminhar:

- **USA** (Nos locais onde disponível):
 - No atendimento pré-hospitalar:
 - ✓ Caso sejam detectados sinais de gravidade (pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia)
 - No atendimento à solicitação de Unidades de Saúde:
 - ✓ A pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia são critérios para acionamento do transporte aéreo (Caso esteja indisponível, acionar USA)
- **USB:** Nos casos de pré-eclâmpsia e/ou suspeita menos provável.
 - Em municípios sem USA, encaminhar a gestante à Unidade de Saúde de Referência para estabilização e condutas iniciais antes do transporte para local definitivo (Avaliar se realmente há necessidade de deslocamento para maternidade de referência).
 - Autorizar deslocamento de USB tripulada por médico do município, somente quando o quadro não for grave e/ou haja kit de intubação disponível para transporte.

16.11 TR11 – QUEIMADURAS TÉRMICAS

- **Segurança inicial da cena:**
 - O CONTROLADOR DE FROTAS deverá acionar o CORPO DE BOMBEIROS responsável no município ou área de abrangência.
 - A EQUIPE DE ATENDIMENTO só iniciará o socorro às vítimas após a segurança da cena estar garantida e a vítima estar afastada do agente causador do dano.
 - O MÉDICO REGULADOR deverá orientar a vítima e/ou solicitante a se afastar do agente causador, orientar o uso de água corrente nas queimaduras, retirada de alianças, anéis, etc, até a chegada da equipe de atendimento.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

- **Critérios para acionamento da USA:**
 - Mecanismos de trauma grave, exemplos: explosão, incêndio em ambiente fechado, etc.
 - Se paciente já avaliado por equipe de saúde: queimaduras médias e graves.
 - Se por exceção foi empenhada uma USB, assim que reconhecida a queimadura MÉDIA E GRAVE no local, a regulação médica deverá acionar, em locais onde haja disponibilidade, a equipe de USA.

RESPONSABILIDADES DA REGULAÇÃO MÉDICA:

- Reconhecidos sinais de gravidade da vítima, definir IMEDIATAMENTE o deslocamento da equipe à Porta de Entrada pactuada e auxiliar o médico da Unidade nas condutas a serem tomadas até estabilização do paciente para transferência e/ou tratamento definitivo no local.
- Grandes queimados devem ser regulados para o Hospital de Clínicas de Uberlândia e o transporte deverá ser realizado por Unidade de Suporte Avançado, haja vista a gravidade do doente, após serem tomadas todas as condutas para estabilização da vítima. Caso o médico regulador opte por transporte em Unidade de Suporte Básico com ou sem acompanhamento médico deverá deixar sua conduta respaldada no prontuário eletrônico.
- Cobrar da equipe de atendimento o preenchimento e envio do J16 e registrar na ocorrência o uso ou não de medicação.

16.12 TR12 – AFOGAMENTOS

- **Segurança inicial da cena:**

- O CONTROLADOR DE FROTAS deverá acionar o CORPO DE BOMBEIROS e/ou autoridade policial responsável no município ou área de abrangência quando indicado (ver protocolo de acionamento de entidades).
- A EQUIPE DE ATENDIMENTO só iniciará o socorro às vítimas após a segurança da cena estar garantida: vítima fora da água.
- O MÉDICO REGULADOR deverá perguntar ao solicitante sobre quantidade de vítimas, estado de consciência e ambiente relacionado ao afogamento.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA REGULAÇÃO:

- **Critérios para acionamento da USA:**

- Tempo de afogamento < 1 hora, paciente já fora da água, com grau ≥ 3 conforme o protocolo.
- Se por exceção foi empenhada uma USB, assim que reconhecida a gravidade do afogamento, a regulação médica deverá acionar, em locais onde haja disponibilidade e em que o tempo resposta seja viável, a equipe de USA.

OBS.: Morte por afogamento sem chances de iniciar ressuscitação, comprovada por tempo de submersão maior que 1 hora ou sinais evidentes de morte > 1 hora (rigidez cadavérica, livores ou decomposição corporal) – Deverá ser seguido o protocolo de suspeita de óbito e não será enviada ambulância.

OBS.: Paciente já atendido por Unidade de Saúde, que tenha sido submetido à IOT, a regulação da vaga deverá ser realizada via Regulação de Leitos. Critérios de VAGA ZERO não se aplicam.

17. ANEXOS



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Regional

17.1 GRADE DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE HC-UFU

GRADE DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA*

Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo Norte – CISTRI – SAMU 192

MAIO 2022



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Neonatal



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

Especialidades	Grade SAMU 192 – HC UFU
Obstetrícia	Protocolo Rede Cegonha
	<u>Gestantes:</u> • Cardiopatias Graves; • Nefropatias Graves; • Doenças sistêmicas (lúpus eritematoso, câncer e outros); • Portadoras de doenças infecciosas (HIV, toxoplasmose e citomegalovírus); • Isoimunização. <u>RN:</u> • Prematuros extremos (< 28 semanas); • Polimalformado; • Malformações específicas (gastrosquise, onfalocele, cardiopatias que exigem abordagem complexa). OBS.: Nos municípios em que o Hospital das Clínicas é a maternidade de referência: Gestante em trabalho de parto de alto risco (prematuridade); gestantes de qualquer idade gestacional com suspeita de eclampsia ou pré-eclampsia; gestantes com amniorrexe clinicamente evidente antes de 37 semanas e que tenham indicação da interrupção da gestação; prenhez ectópica rota; abortamento complicado com hemorragia. <i>*O HCU/UFU será referência para atendimento à gestação de Muito Alto Risco e receberá estas gestantes que ficarão vinculadas no pré-natal alto risco do HC/UFU e posteriormente para o parto.</i>
	• AVC agudo (T < 4h para chegar ao HCU (ECG >9))
Neurocirurgia	• AVC hemorrágico (confirmado por tomografia de crânio) com sinais: - Hipertensão intracraniana (confirmado por TC de crânio: desvio de linha media, apagamento dos sulcus e giros, apagamento das cisternas da base e dos ventrículos, hipodensidade temporal e do uncus). • Hemorragia em fossa posterior independente do volume.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

Cardiovascular	• IAM com Supradesnívelamento de ST (T < 11 h para chegar ao HCU) • IAM com Supra/Infra com dor refratária e/ou instabilidade hemodinâmica e elétrica • BAVT
Cirurgia Vascular	• Oclusão Arterial Aguda • Aneurisma de aorta abdominal/torácica com suspeita ou confirmação de ruptura por exame de imagem
Oftalmologia	• Trauma ocular com suspeita de perfuração. • Queimadura química ocular. • Corpo estranho retido. • Perda súbita da visão/sem percepção à luz recente.
Clínica Médica	• Hemorragia Digestiva Alta com necessidade de EDA de urgência
Cirurgia Geral	• Abdome agudo perfurativo
Ortopedia	• Síndrome da cauda equina
Urologia	• Priapismo há menos de 24h • Fratura peniana • Torção testicular há menos de 24h (confirmada por ultrassonografia)
Trauma	TRAUMA CONTUSO 1. Fratura de face grave com necessidade de IOT 2. Trauma torácico fechado há < 6 horas associado a: • Pneumotórax aberto (ferida torácica aspirativa ou “soprante”) • Hipoxemia persistente ou instabilidade hemodinâmica • Hemotórax com saída de > 500ml na passagem ou fluxo maior que 100ml/h nas primeiras 4 horas • Suspeita de fístula broncopleurálica (escape aéreo intenso e persistente) • >2 fraturas arcos costais em > 60 anos com necessidade de O2 • Suspeita de tamponamento cardíaco (turgência jugular/abafamento de bulhas/hipotensão) • Suspeita radiográfica de ruptura diafragmática • Alargamento de mediastino >8cm associado a trauma de alta energia ou queda > 3,5 metros



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

- Esmagamento torácico (asfixia traumática)

3. Trauma Abdominal há < 6 horas associado a:

- Instabilidade hemodinâmica
- Sinais de franca irritação peritoneal
- Evisceração
- US com líquido em cavidade em moderada a grande quantidade

4. TCE há < 6 horas associado a:

- Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 9
- Fratura de crânio exposta ou com afundamento
- ECG < 13 + sinais de fratura de base de crânio
- Rebaixamento de > 2 pontos na escala

5. TRM há < 12 horas associado a:

- Qualquer déficit neurológico

6. Trauma Musculoesquelético há < 6 horas associado a:

- Suspeita clínica de instabilidade pélvica
- Luxação de quadril
- Fratura bilateral de fêmur
- Fratura de fêmur + tíbia
- Amputação traumática de membro
- Tríade Terrível do Cotovelo



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

	• Síndrome compartimental • Fratura exposta (somente se o município de origem não tiver capacidade resolutive)
	FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO • Envolvendo cabeça, pescoço, tronco, extremidades proximais ao cotovelo e joelho • Risco de perda de membros
	FERIMENTOS POR ARMA BRANCA • Associada a instabilidade hemodinâmica • Com suspeita de lesão cardíaca (região anterior do tórax) • Abdominal com evidência de penetração em cavidade • De membros com suspeita de lesão arterial
	QUEIMADURAS • Suspeita de lesão por inalação • > 20% de área de superfície corporal (ASC) - 2º grau • > 10% de ASC - 2º grau em crianças, >50 anos ou comorbidades (insuficiência renal crônica, diabetes, imunossupressão) • de 3º grau • Químicas ou Elétricas • 2º grau envolvendo face, mãos, pés, genitália, períneo e grandes articulações • Associadas a politraumatismo
	POPULAÇÕES ESPECIAIS 1. Trauma em Gestante há < 6 horas associado a: • > 20 semanas + trauma toracoabdominal de alta energia • > 20 semanas + Hemorragia vaginal pós traumática 2. Trauma Pediátrico há < 6 horas associado a:



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

	• necessidade de IOT • Hemo /Pneumotórax • Contusão Pulmonar com hipoxemia associada • Trauma abdominal associado a dor abdominal, tatuagem traumática, peritonite, instabilidade hemodinâmica, US com líquido em cavidade • TCE com ECG < 15, déficits focais, >2 vômitos, cefaléia persistente, sonolência excessiva, crises convulsivas • Queimaduras 2º grau > 10% ASC • Fraturas expostas, luxações com necessidade de redução sob sedação • Espancamento • Qualquer lesão penetrante • Traumas graves, mesmo que a fratura seja fechada
Pediatria	• Choque séptico • Hiperbilirrubinemia indireta com indicação de exsanguinação • Cetoacidose diabética grave • Crise asma grave refratária • Estado de mal epiléptico • Hipertensão intracraniana • Ingesta de substâncias tóxicas, objetos pontiagudos ou corpo estranho com sinais de obstrução • Dengue D • Anemia falciforme + sintomas neurológicos • Insuficiência respiratória aguda grave • Abdome agudo



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde

¹ Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU):

- Hospital Polivalente, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Especializado tipo II, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Emergência Regional

17.2 GRADES DE REFERÊNCIA CISTRI-SAMU 192

GRADES DE REFERÊNCIA CISTRI-SAMU 192

Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia

Superintendência Regional de Saúde de Ituiutaba

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo Norte – CISTRI – SAMU 192

MAIO 2022

IMPORTANTE

Seta vermelha:



- Indica que esta Unidade de Saúde é a 2ª Referência para atendimento do paciente nesta especialidade.
- O paciente poderá ser encaminhado para a 2ª Referência pelo SAMU ou via SUSfácil, quando a unidade de 1ª Referência for insuficiente para atender o caso.
- A unidade de 1ª Referência (pré – hospitalar) poderá acionar o SAMU para encaminhamento do caso atendido, caso necessário.

- Ocorrências/situações avaliadas pela equipe de USA/USB no âmbito da Atenção Primária à Saúde, serão orientados/conduzidos a Unidade Básica de Saúde de sua área de abrangência, conforme anexo I.



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



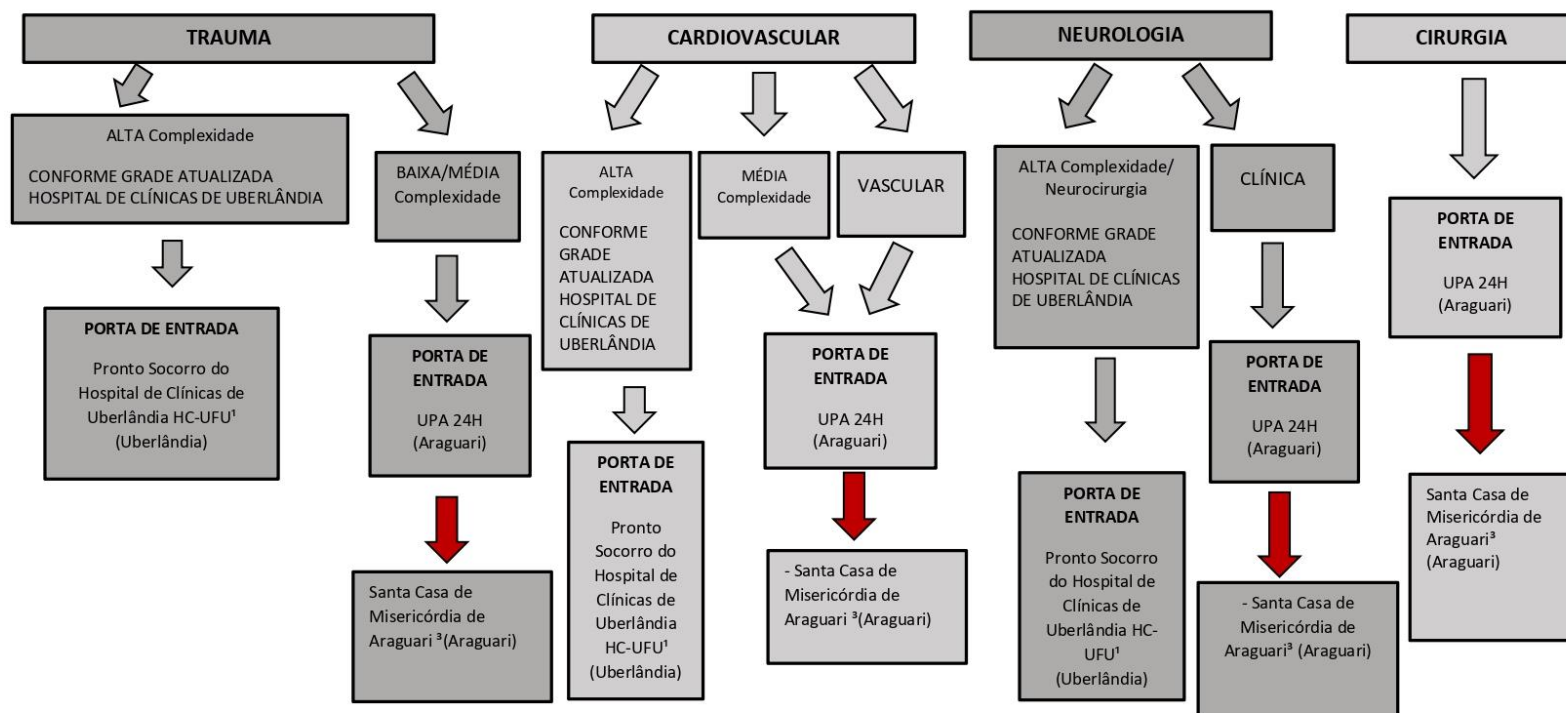
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

REGIÃO ARAGUARI/UBERLÂNDIA

ARAGUARI – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



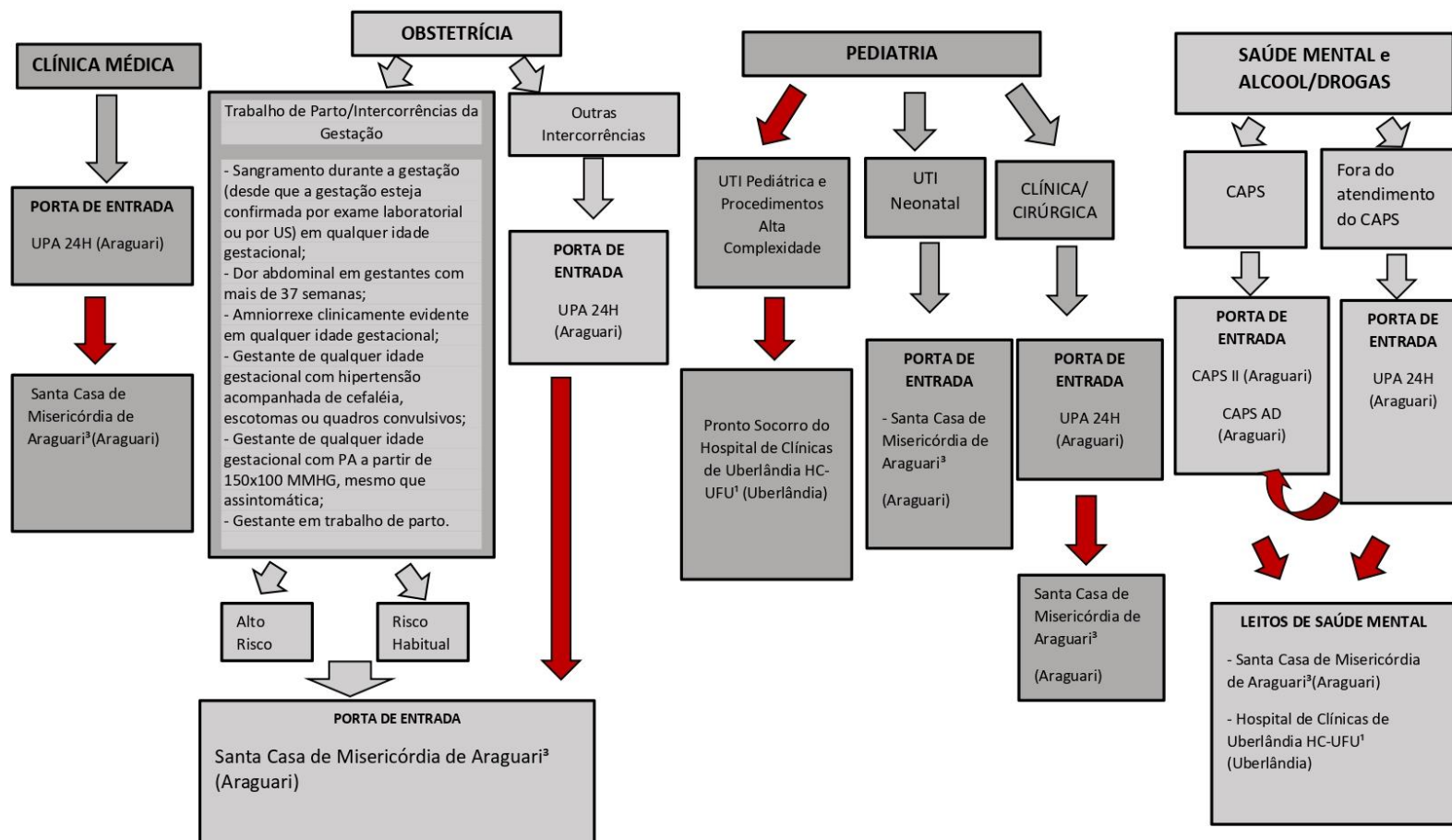
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

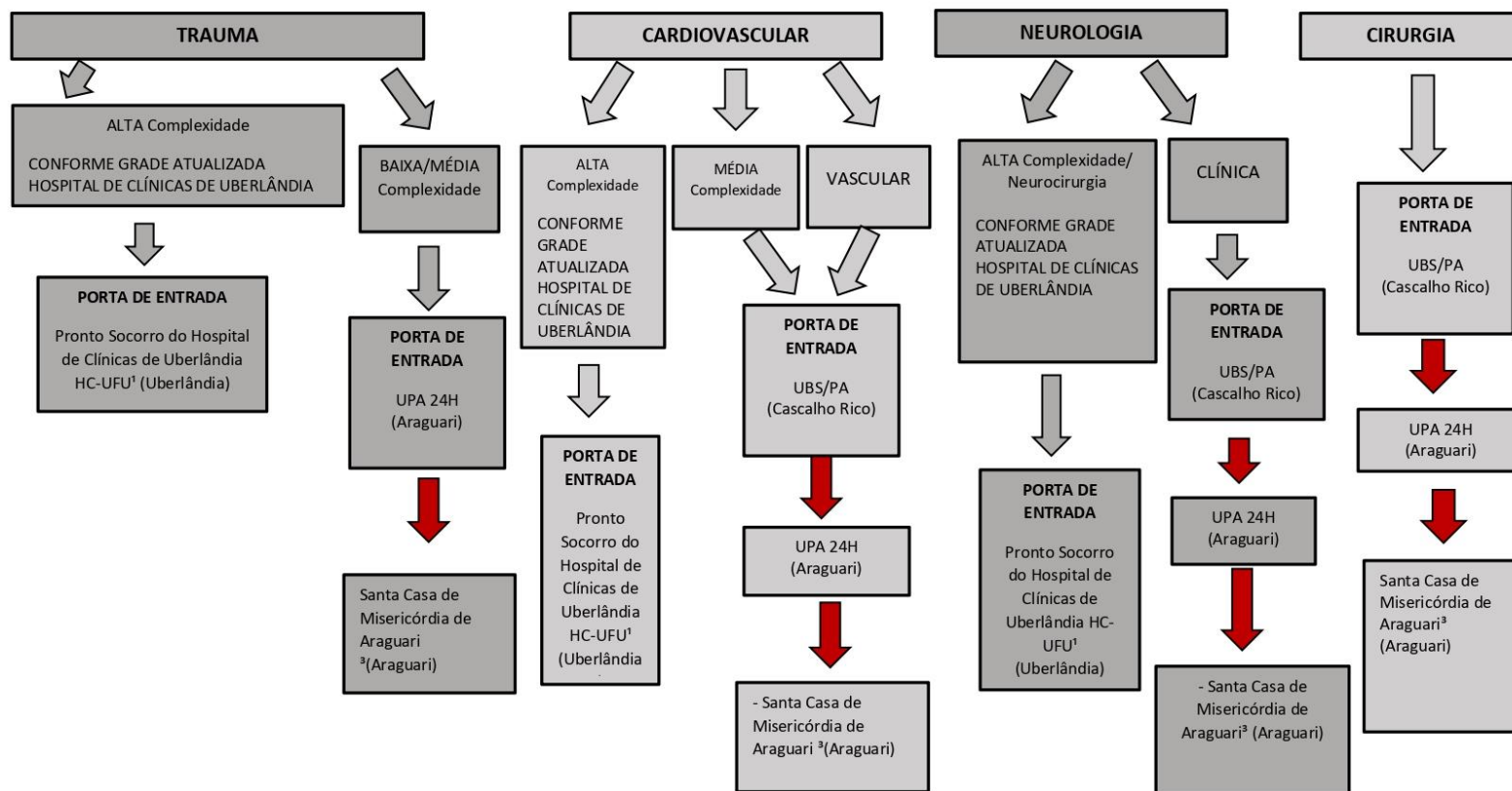
CISTRI

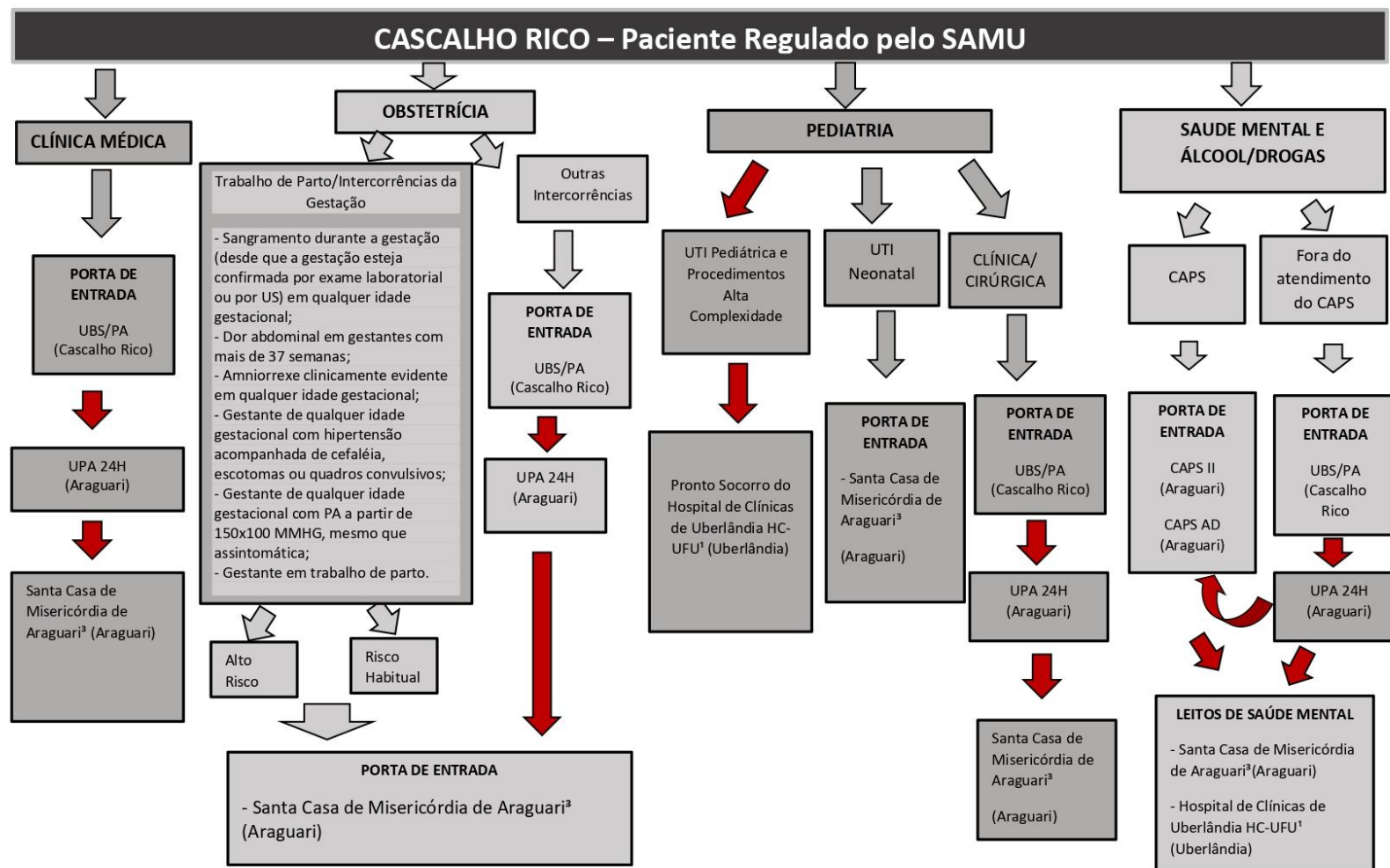
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

ARAGUARI – Paciente Regulado pelo SAMU



CASCALHO RICO – Paciente Regulado pelo SAMU







**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



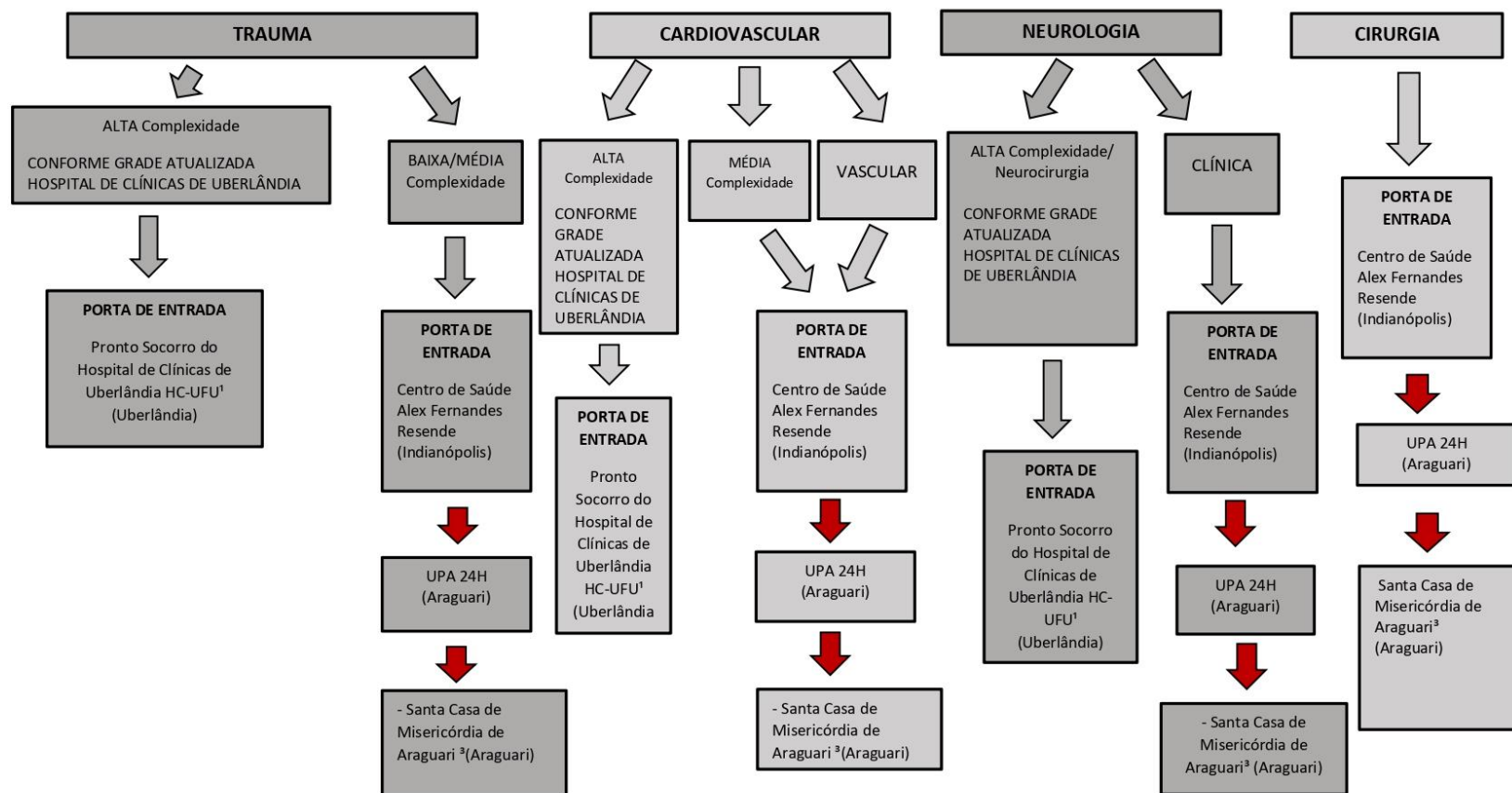
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

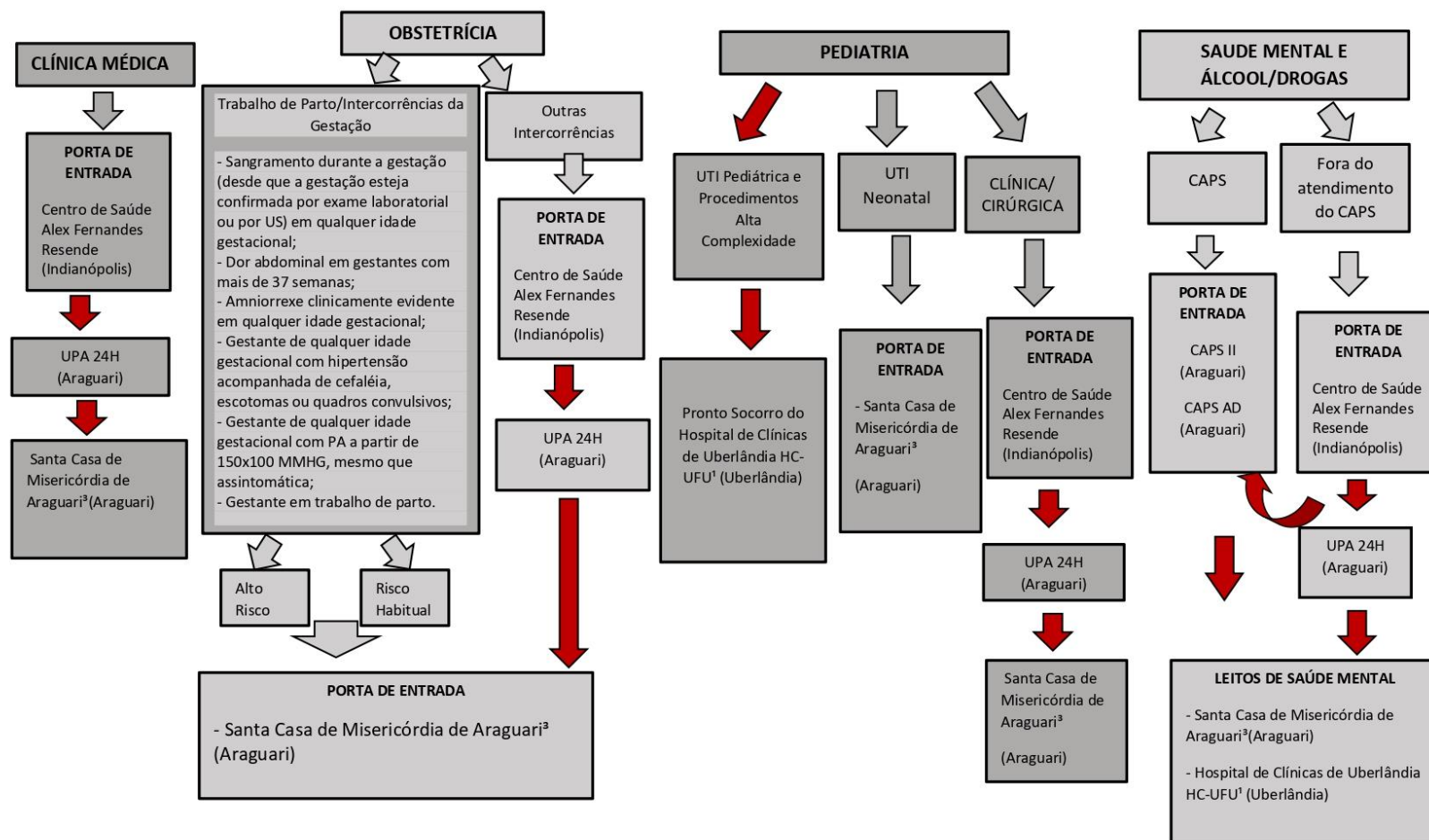
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

INDIANÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



INDIANÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



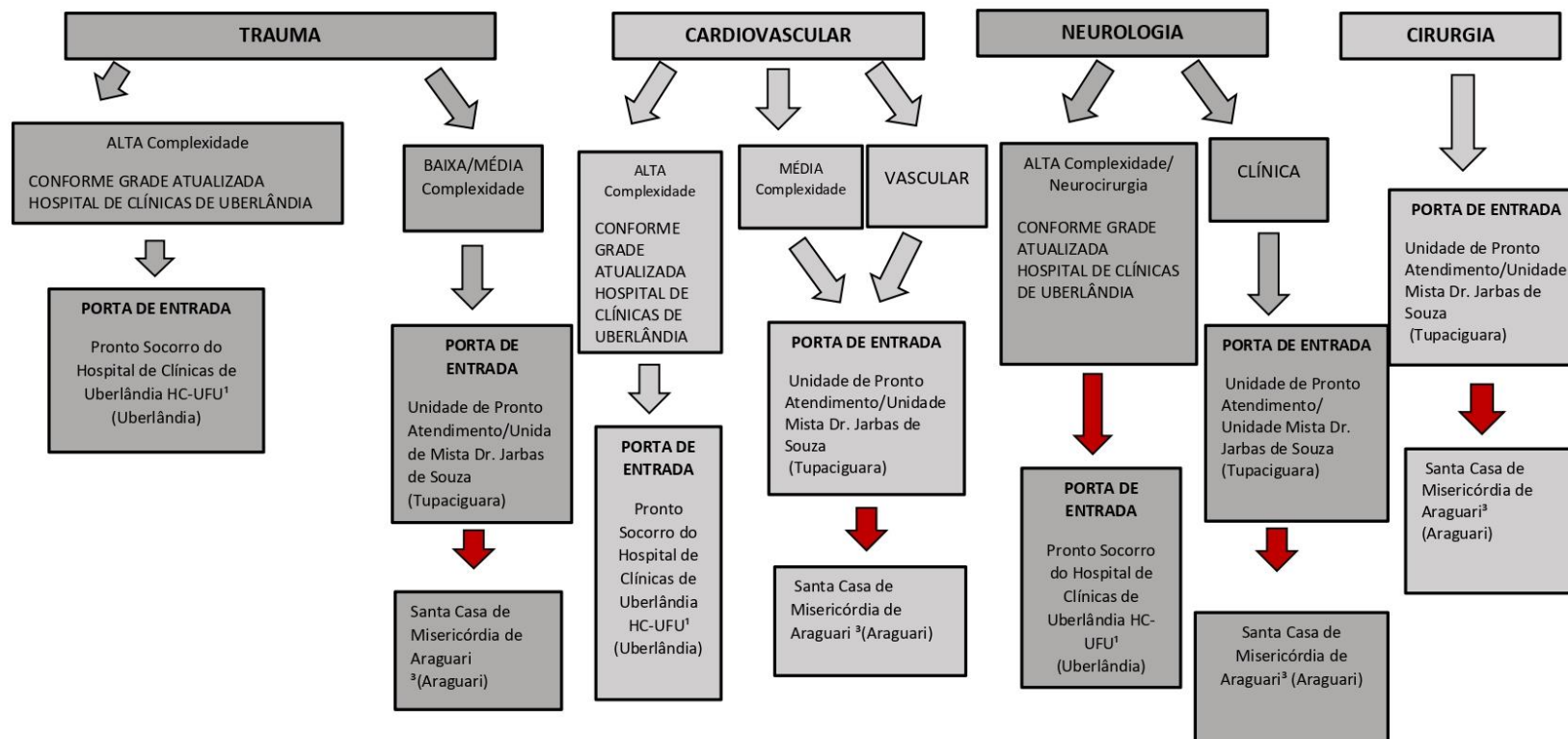
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

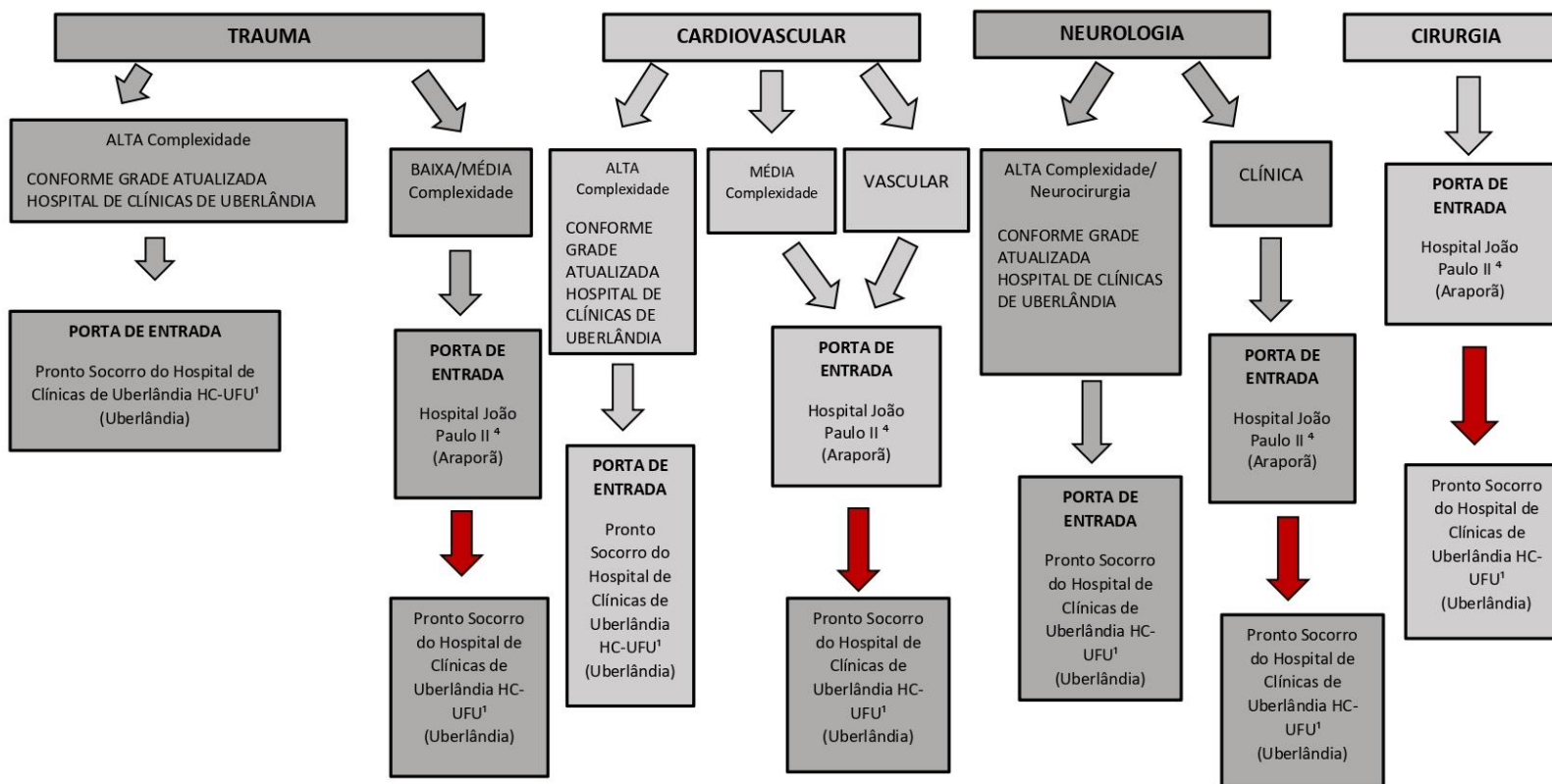
CISTRI

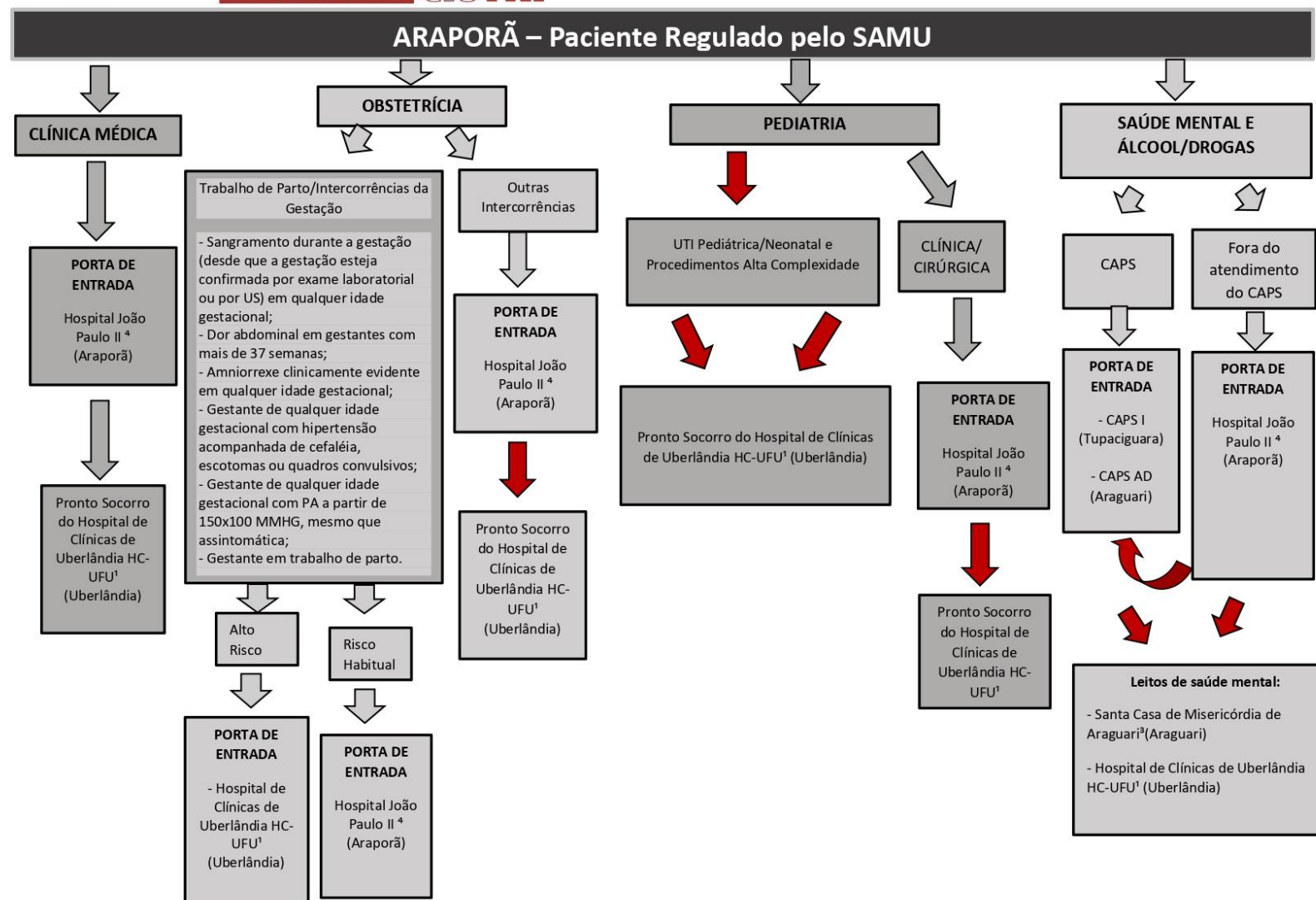
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

TUPACIGUARA – Paciente Regulado pelo SAMU



ARAPORÃ – Paciente Regulado pelo SAMU







**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



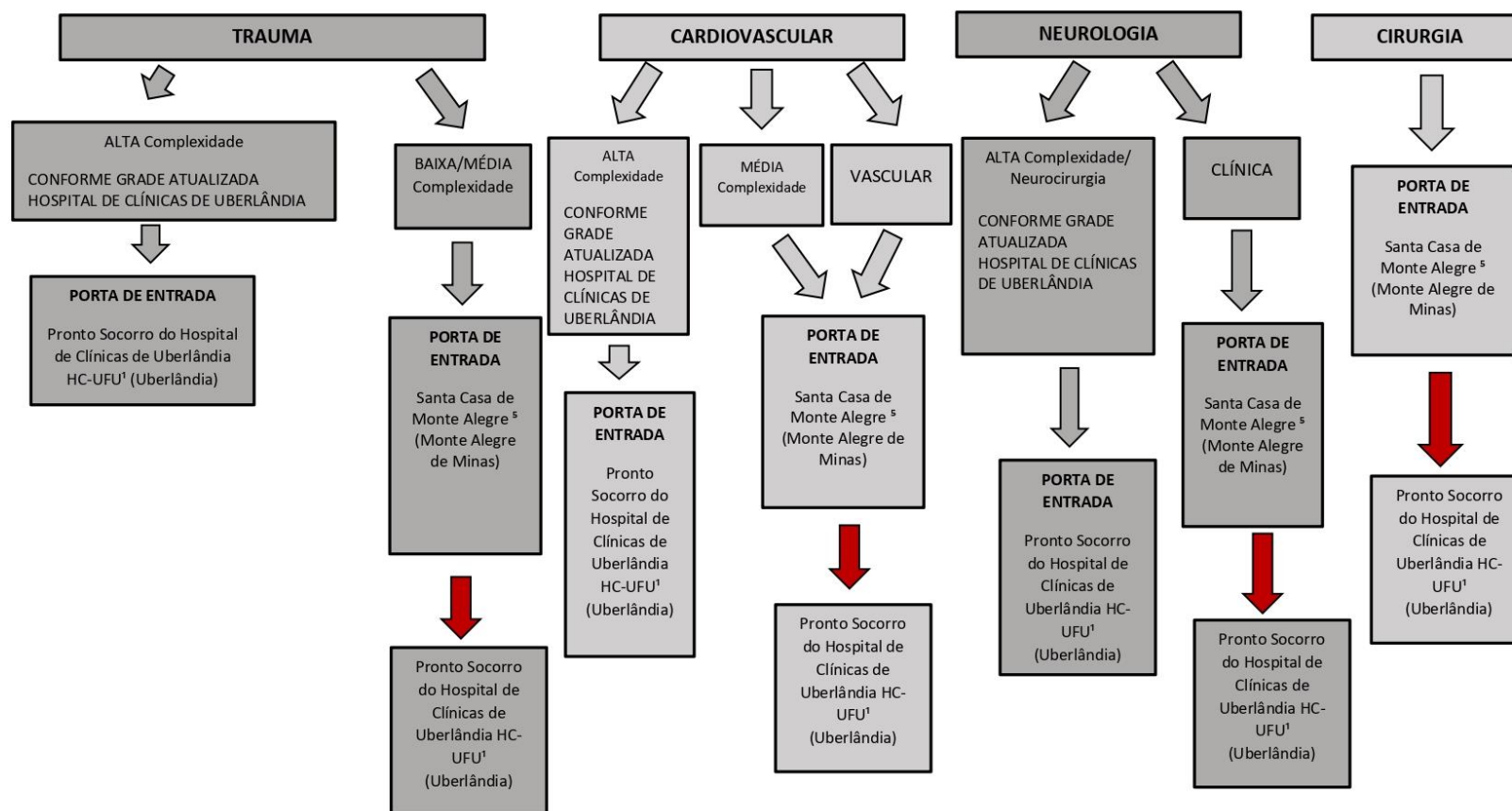
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

MONTE ALEGRE DE MINAS – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



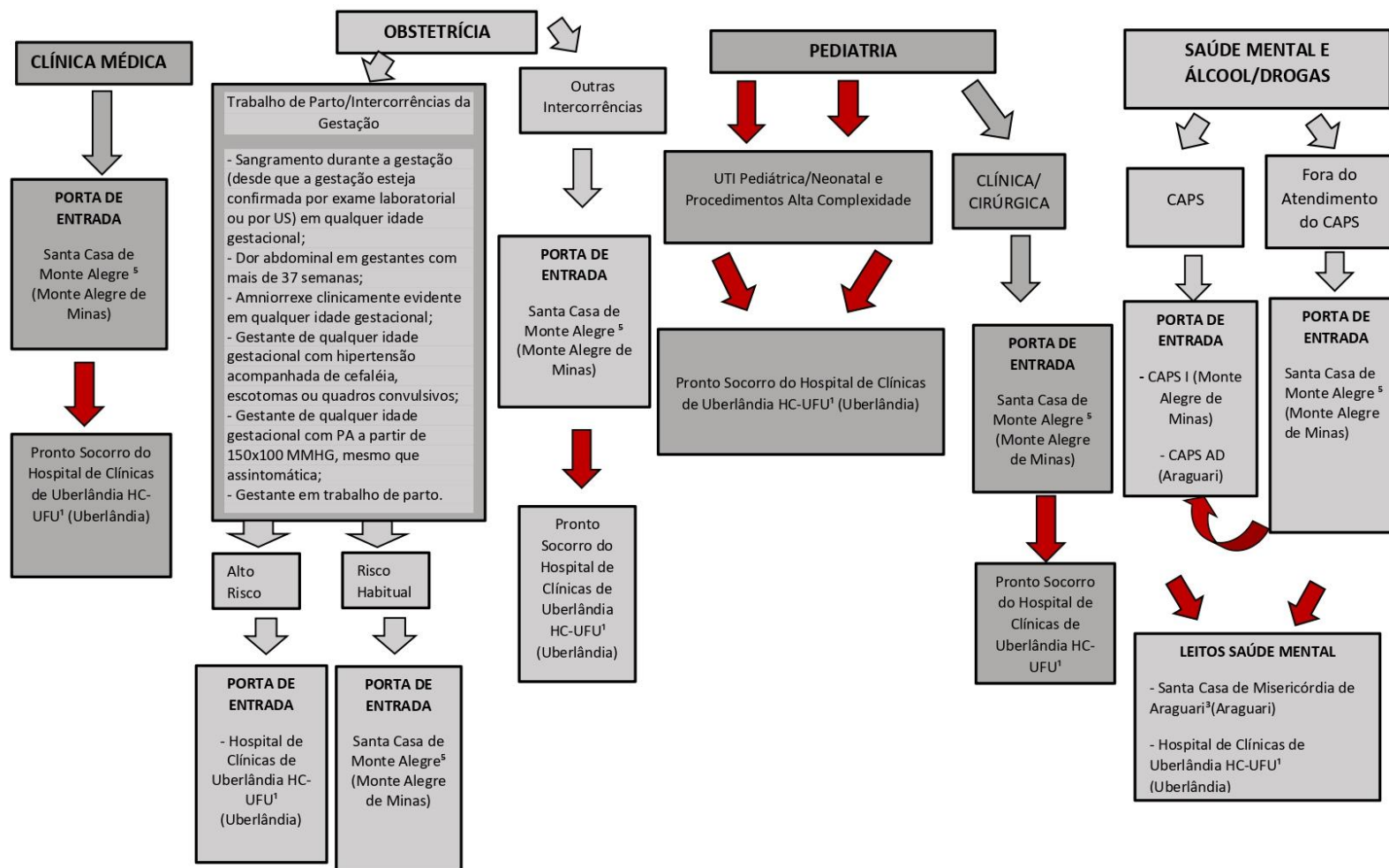
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

MONTE ALEGRE DE MINAS – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



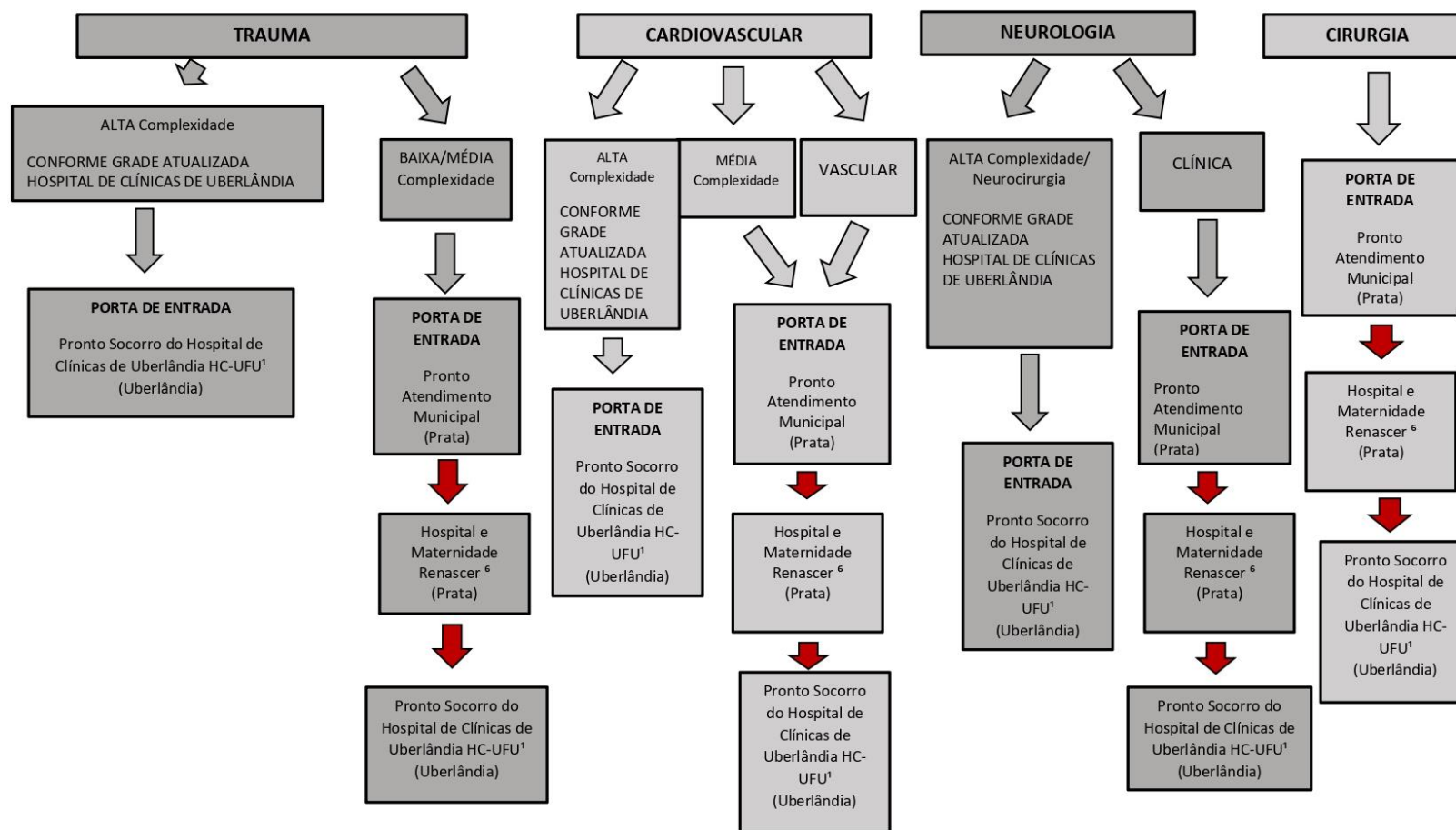
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

PRATA – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



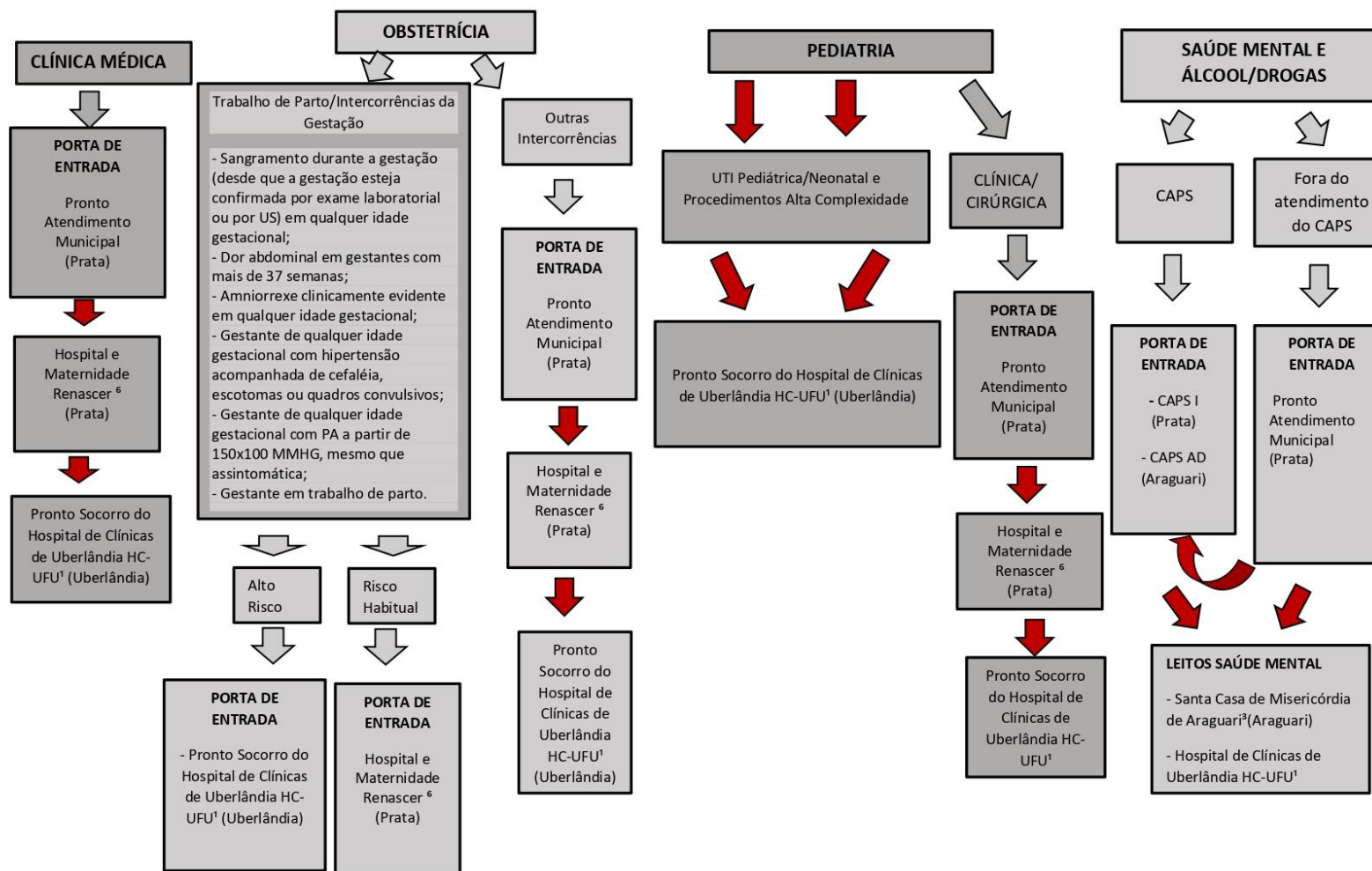
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

PRATA – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



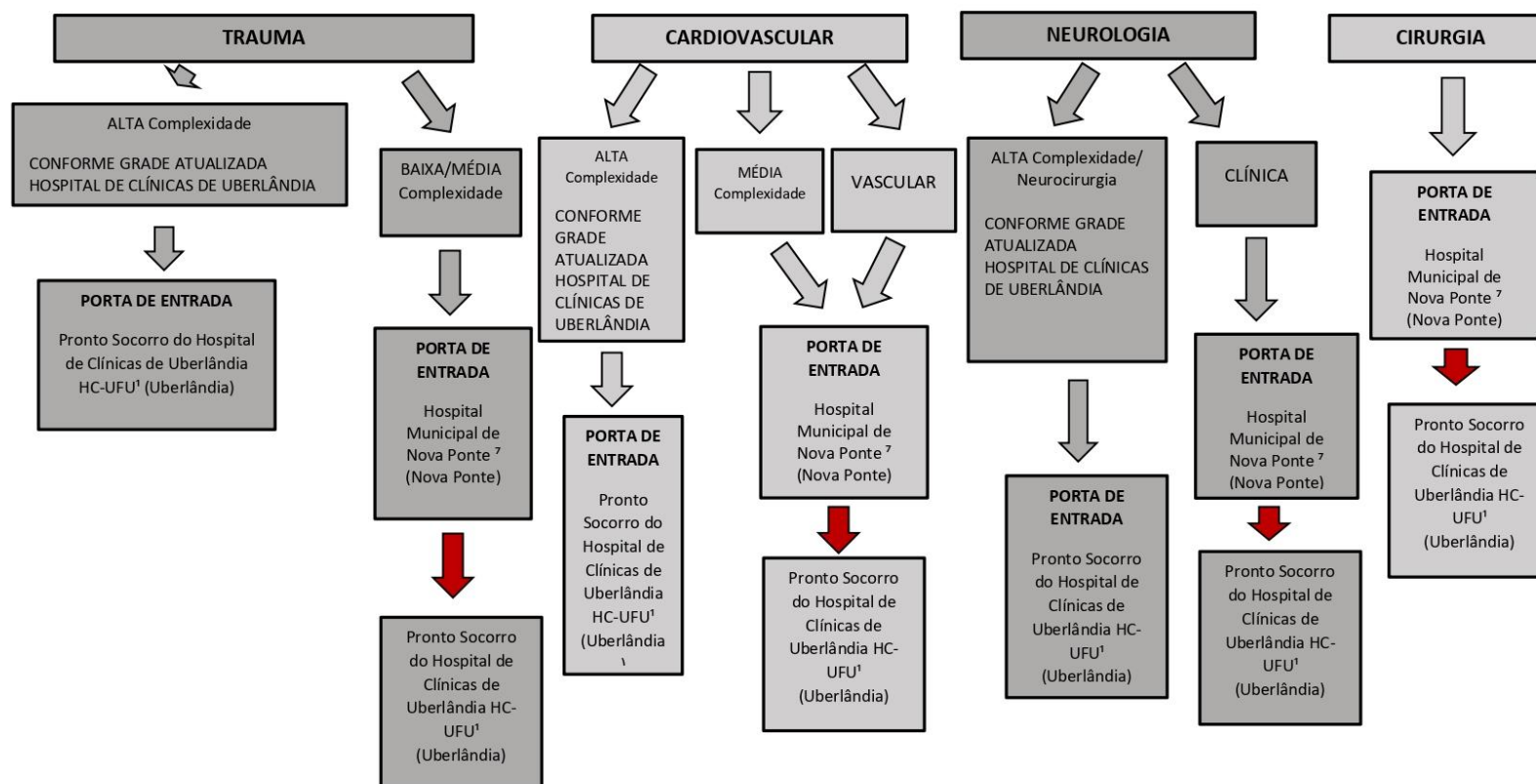
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

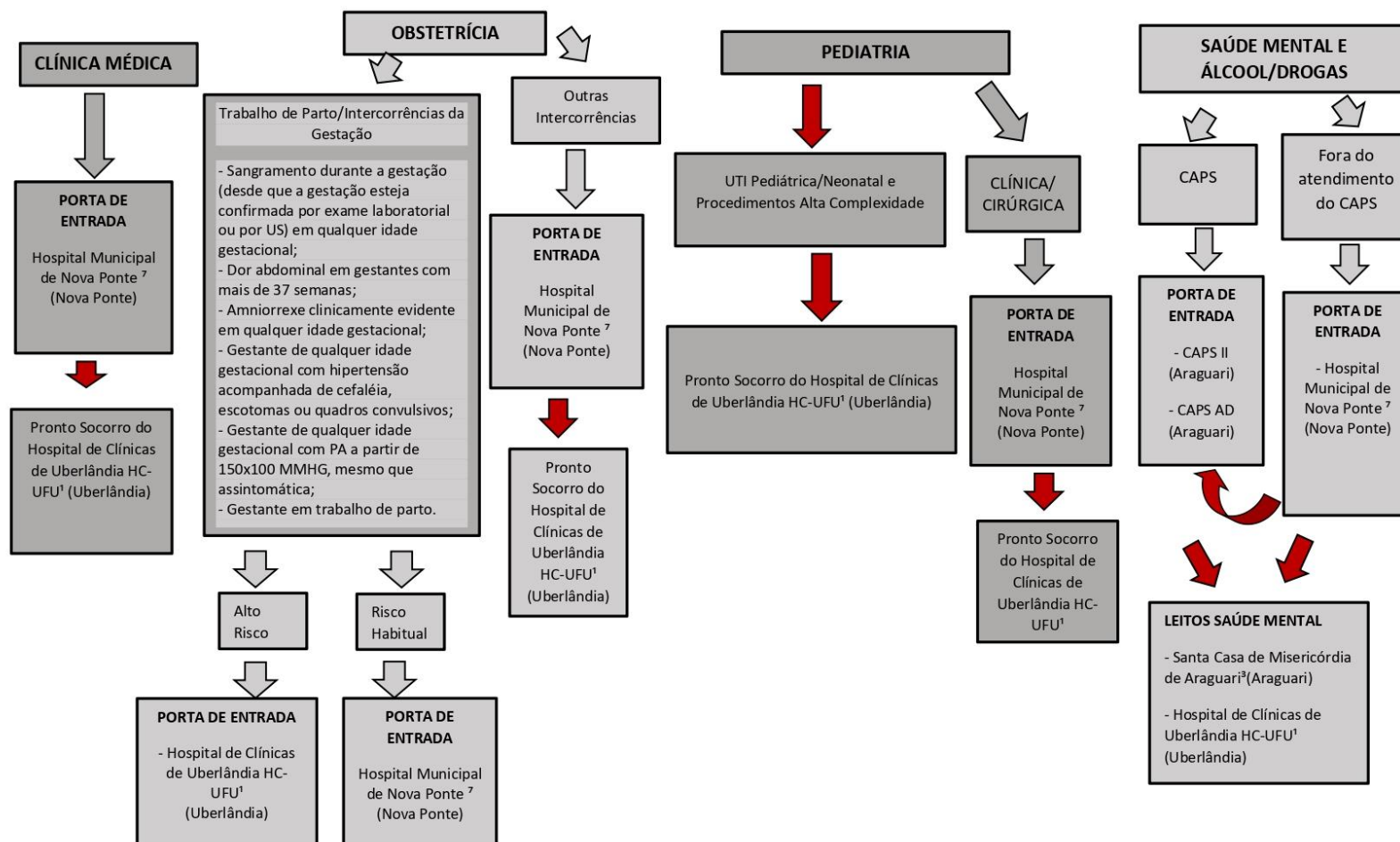
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

NOVA PONTE – Paciente Regulado pelo SAMU



NOVA PONTE – Paciente Regulado pelo SAMU



Anexo I

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DA UBSF / EQUIPE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146150	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA AMANHECE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6419771	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BOSQUE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146290	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BRASILIA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146290	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BRASILIA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146185	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA GUTIERREZ
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6994776	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MARIA EUGENIA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6994776	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MARIA EUGENIA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6908284	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MIRANDA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	3488721	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MIRANDA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	4033981	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA NOVO HORIZONTE
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	3001296	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PARAISO II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	3001296	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PARAISO I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146282	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146282	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA III
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	6337074	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SANTA TEREZINHA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146320	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SAO SEBASTIAO II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146320	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA SAO SEBASTIAO I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	9141146	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA CHANCIA
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146142	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA INDEPENDÊNCIA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146142	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA INDEPENDÊNCIA II
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	7989865	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PORTAL DE FATIMA I
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	7989865	UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA PORTAL DE FATIMA II
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	2145715	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOÃO FERREIRA DA COSTA
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	2145723	UNIDADE BASICA DE SAUDE LINDALVA FERREIRA DE CASTRO
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	7250754	UNIDADE BASICA DE SAUDE ELEUZA MARIA OLIVEIRA
CASCALHO RICO	Uberlândia/Araguari	2145758	CENTRO DE SAUDE CASCALHO RICO



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	2145332	POSTO DE SAUDE ANGICO
INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	3301222	CENTRO DE SAUDE DONA LICA
INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	7528175	CENTRO DE SAUDE ALEX FERNANDES RESENDE
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	2145928	CENTRO DE SAUDE DONA ANTUNINHA DELFINO
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	3000737	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA ALFREDO ALVES MARTINS
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	5387833	UNIDADE DE SAUDE DA F. DONA LUCI BITTENCOURT DE FREITAS
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	3050645	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FREI LUCAS FERRARO
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	3616096	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARINA GOMES DA SILVA
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	2145510	CENTRO DE SAUDE DR JOSE SOARES DE FARIA
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	6501753	CENTRO DE SAUDE HOMILTON PEREIRA DE RESENDE
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	2145472	CENTRO DE SAUDE ODELMO LEO CARNEIRO
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145642	UBSF CRUZEIRO DO SUL
PRATA	Uberlândia/Araguari	7184247	UBSF OLIVEIRA V
PRATA	Uberlândia/Araguari	7184247	UBSF OLIVEIRA IV
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145561	UBSF BELA VISTA
PRATA	Uberlândia/Araguari	5830052	UAPS COLINA PARK
PRATA	Uberlândia/Araguari	7529724	UBSF JARDIM BRASIL
PRATA	Uberlândia/Araguari	7529716	UBSF PRIMAVERA
PRATA	Uberlândia/Araguari	7529708	UBSF ESPERANÇA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	5776279	PSF DR FLAVIO ULH SOARES
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	5776546	PSF DR JOSE CARLOS RODRIGUES DA SILVA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	3431487	UNIDADE PRO SAUDE NOVA ESPERANCA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	3121275	UNIDADE PRO SAUDE VO MALAQUIA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	7554397	PSF PALMERIO ARAUJO COSTA



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

Anexo II

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2146126	UPA 24H
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2145960	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAGUARI
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	2765365	CAPS II ARAGUARI
ARAGUARI	Uberlândia/Araguari	5663598	CAPS AD ARAGUARI
ARAPORÃ	Uberlândia/Araguari	2760916	HOSPITAL JOÃO PAULO II
CASCALHO RICO	Uberlândia/Araguari	2145758	CENTRO DE SAUDE CASALHO RICO/UBS
INDIANÓPOLIS	Uberlândia/Araguari	7528175	CENTRO DE SAUDE ALEX FERNANDES RESENDE
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	2776022	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MONTE ALEGRE
MONTE ALEGRE DE MINAS	Uberlândia/Araguari	7681321	CAPS I MONTE ALEGRE
NOVA PONTE	Uberlândia/Araguari	2775964	HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVA PONTE
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145588	PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DO PRATA
PRATA	Uberlândia/Araguari	2145685	HOSPITAL E MATERNIDADE RENASCER
PRATA	Uberlândia/Araguari	7822596	CAPS I PRATA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	2797542	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO/UNIDADE MISTA DR JARBAS DE SOUZA
TUPACIGUARA	Uberlândia/Araguari	7221010	CAPS I TUPACIGUARA
UBERLÂNDIA	Uberlândia/Araguari	2146355	HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde

1 Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU):

- Hospital Polivalente, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Especializado tipo II, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

2 Hospital Santo Antônio (Araguari)

- Hospital Geral de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

3 Santa Casa de Misericórdia de Araguari (Araguari)

- Hospital Geral de Urgência Nível II, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Geral, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

4 Hospital João Paulo II (Araporã)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

5 Santa Casa de Monte Alegre de Minas (Monte Alegre de Minas)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

6 Hospital e Maternidade Renascer (Prata)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

7 Hospital Municipal de Nova Ponte (Nova Ponte)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI



**SAMU
192**

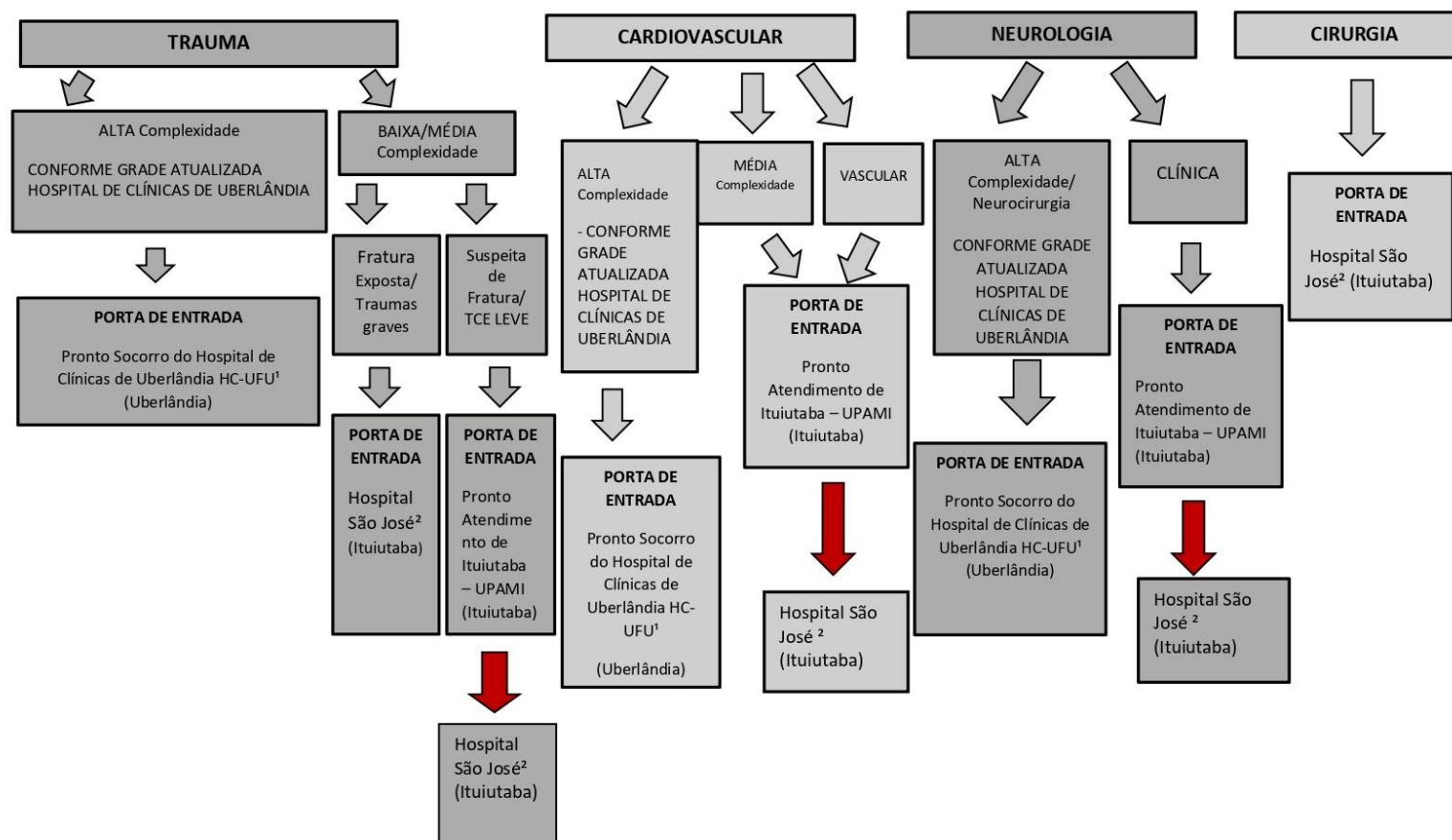
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

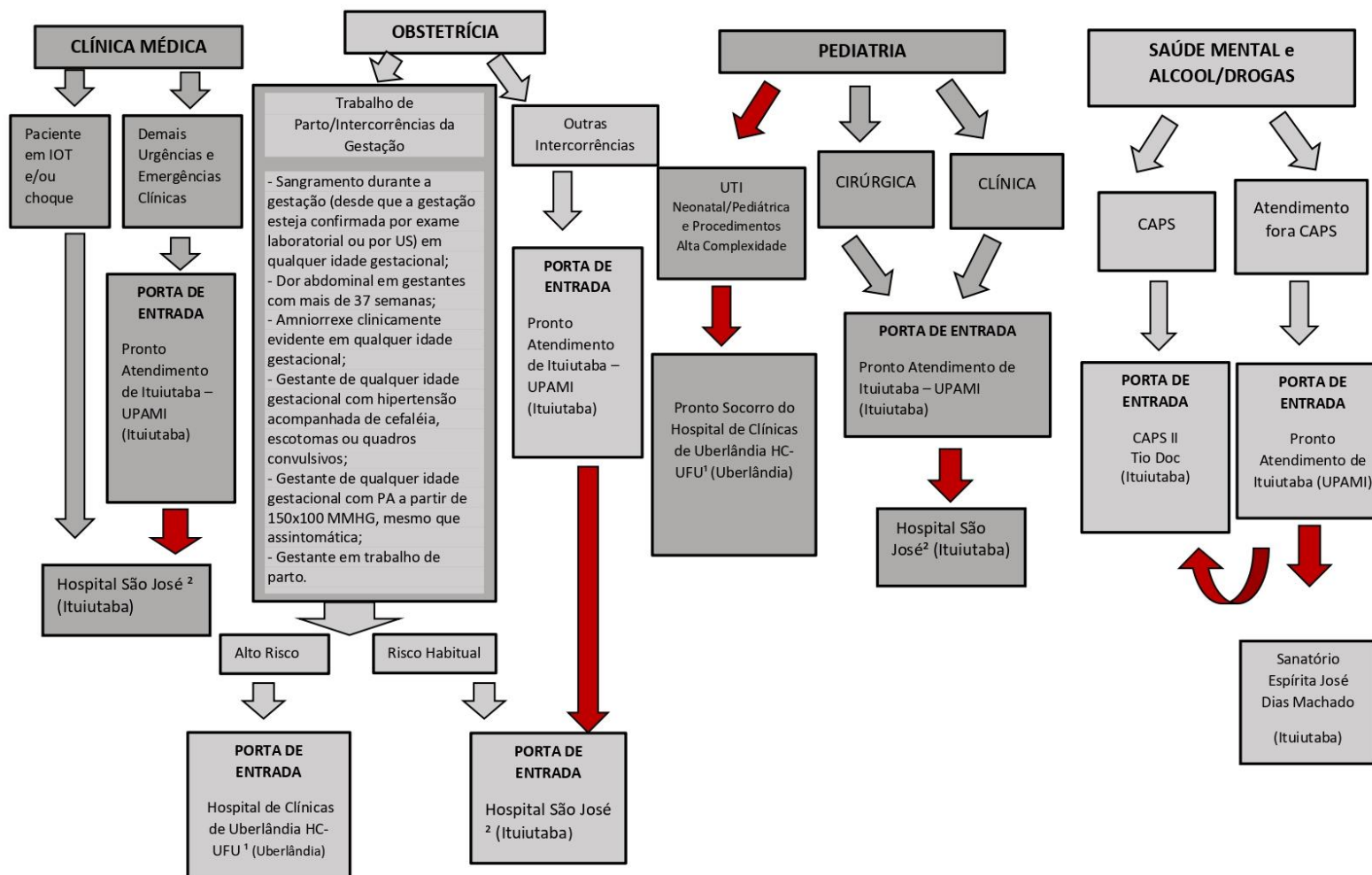
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

REGIÃO ITUIUTABA

ITUIUTABA – Paciente Regulado pelo SAMU



ITUIUTABA – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



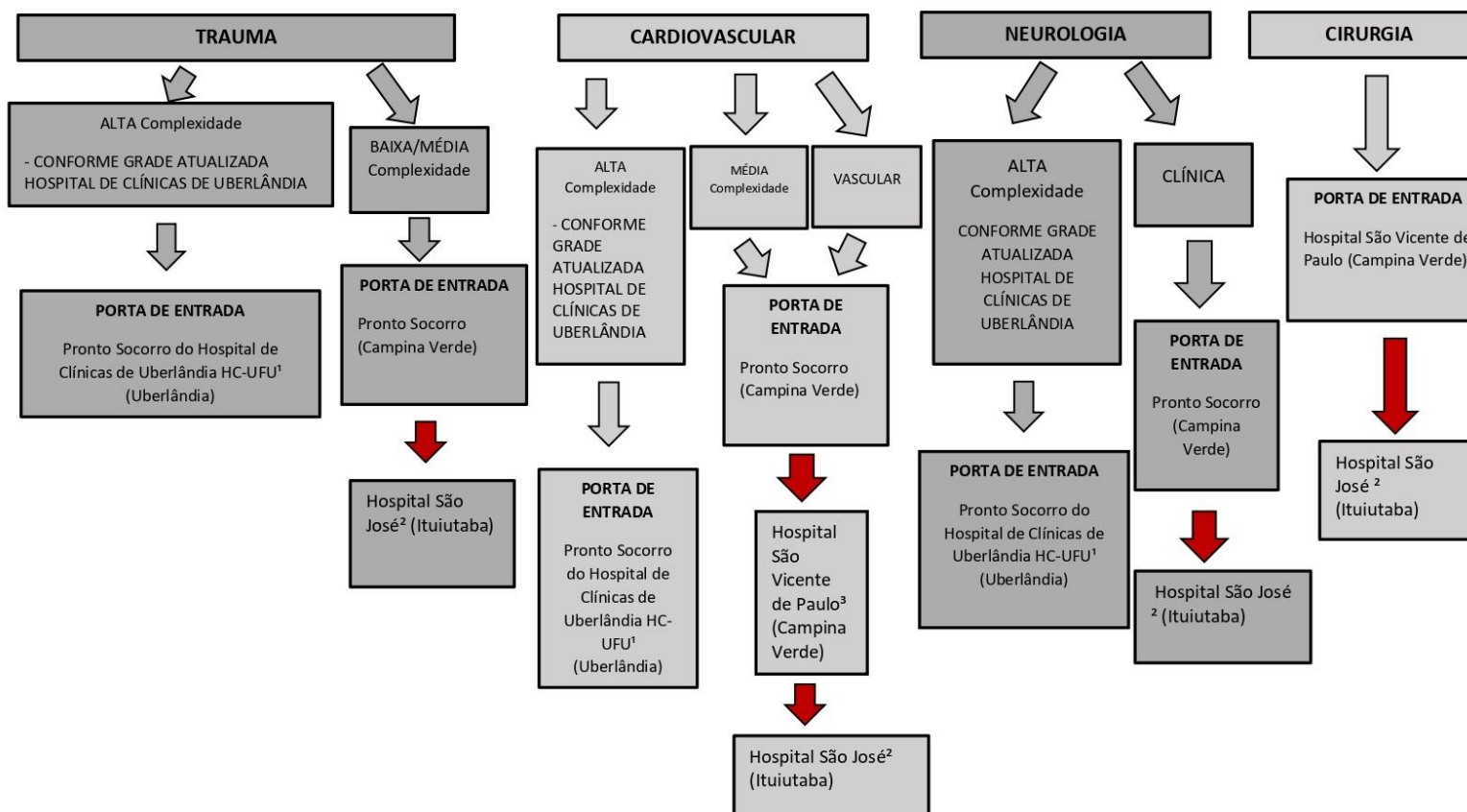
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

CAMPINA VERDE – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



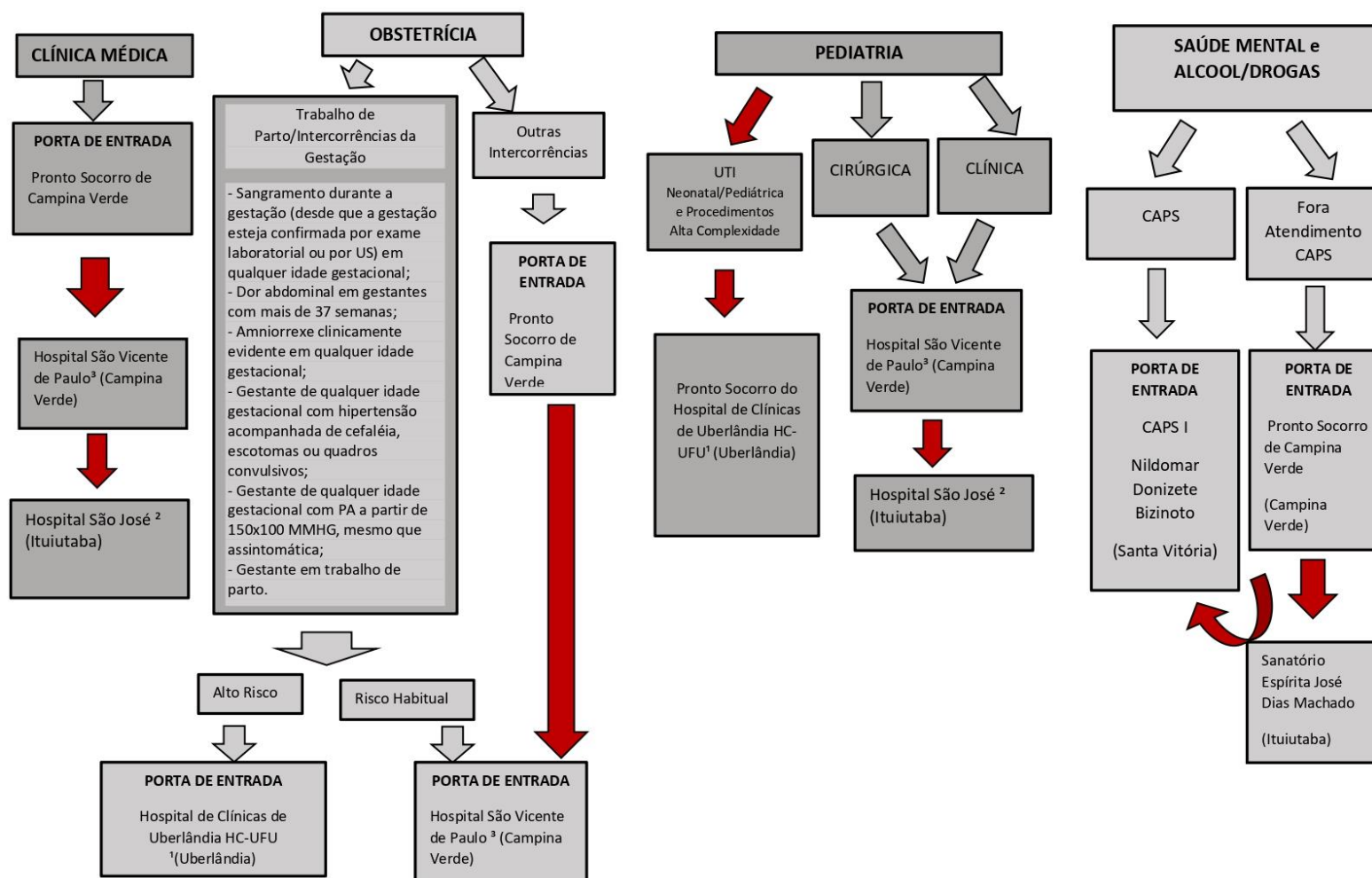
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

CAMPINA VERDE – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



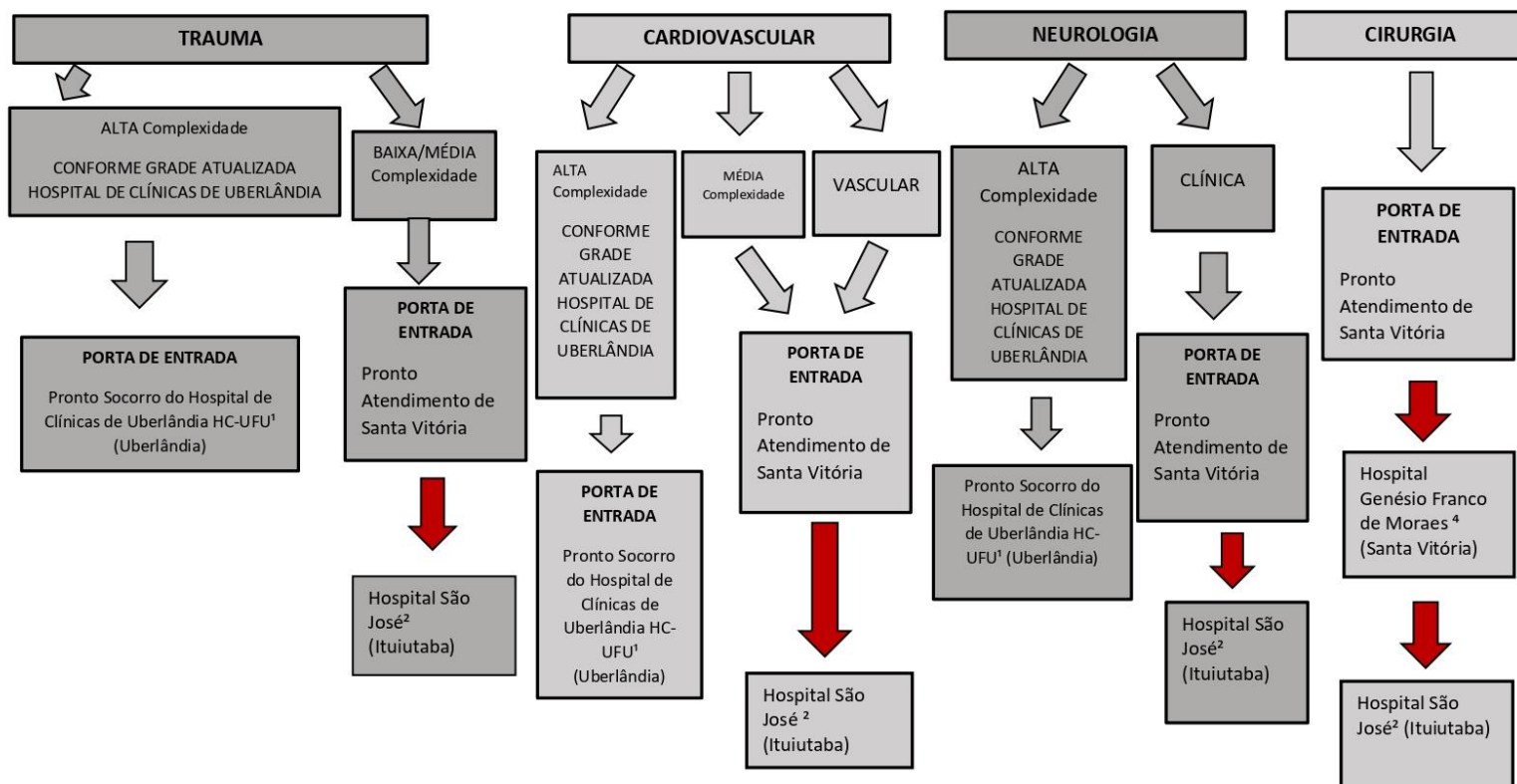
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

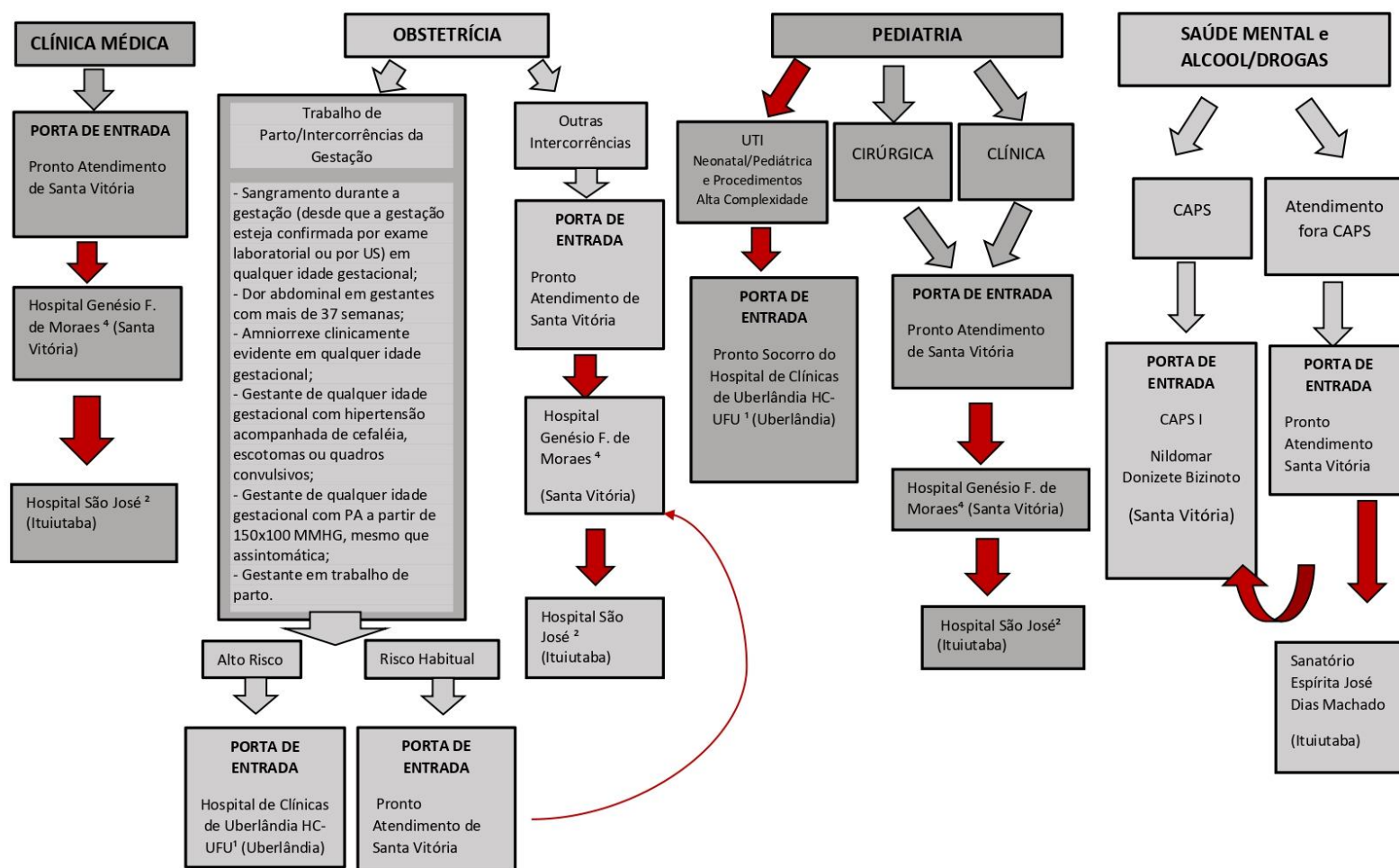
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

SANTA VITÓRIA – Paciente Regulado pelo SAMU



SANTA VITÓRIA – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



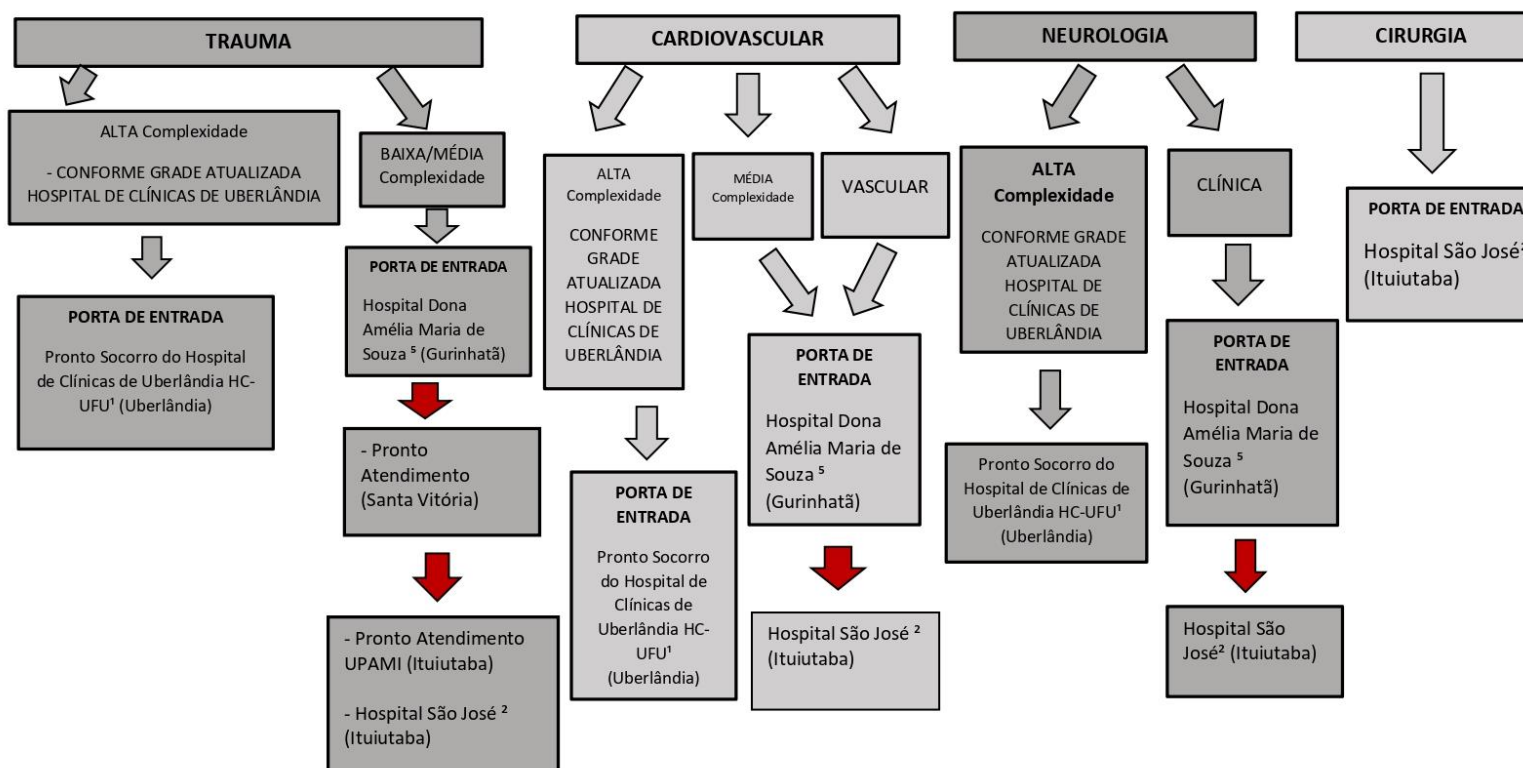
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

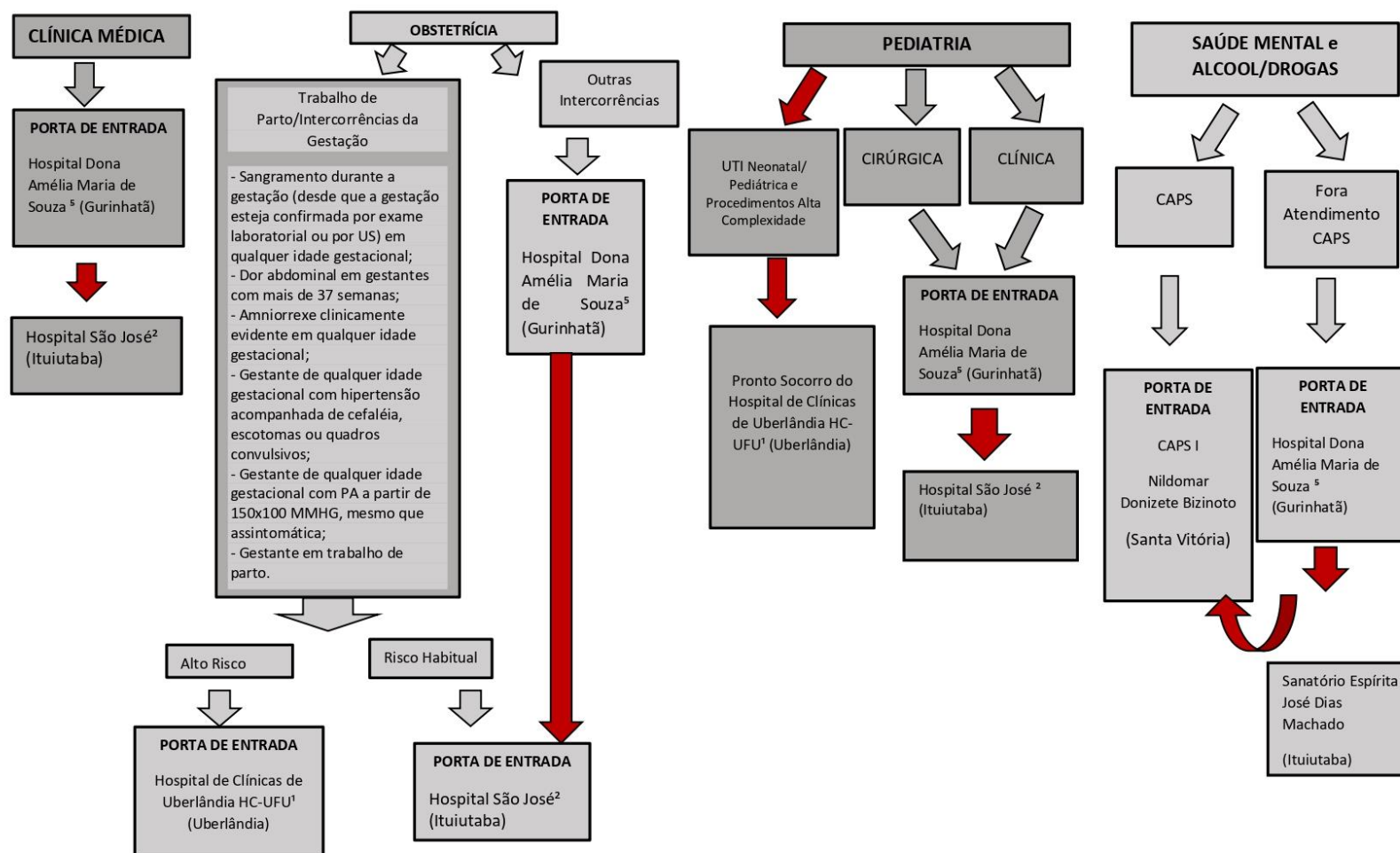
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

GURINHATÃ – Paciente Regulado pelo SAMU



GURINHATÃ – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



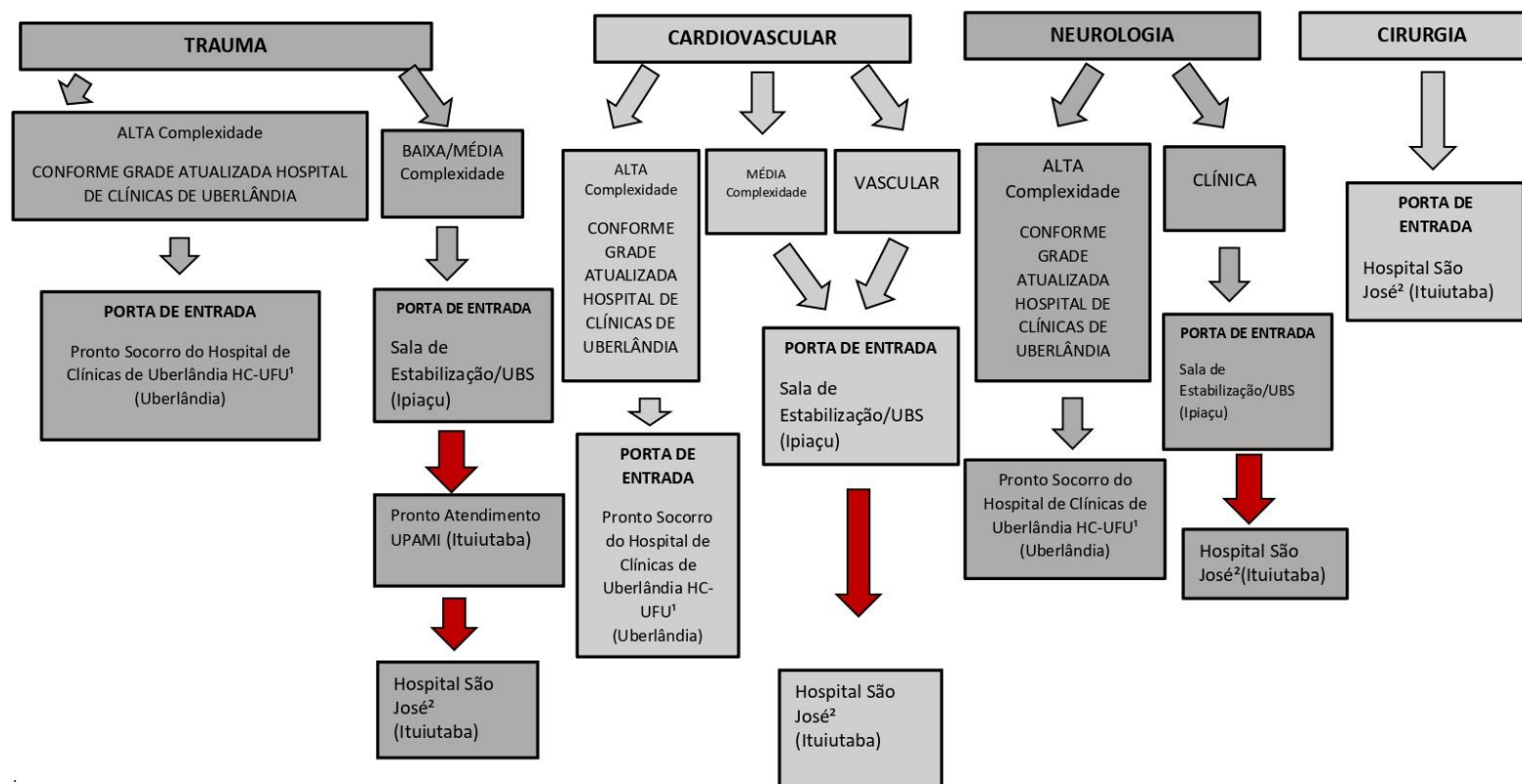
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

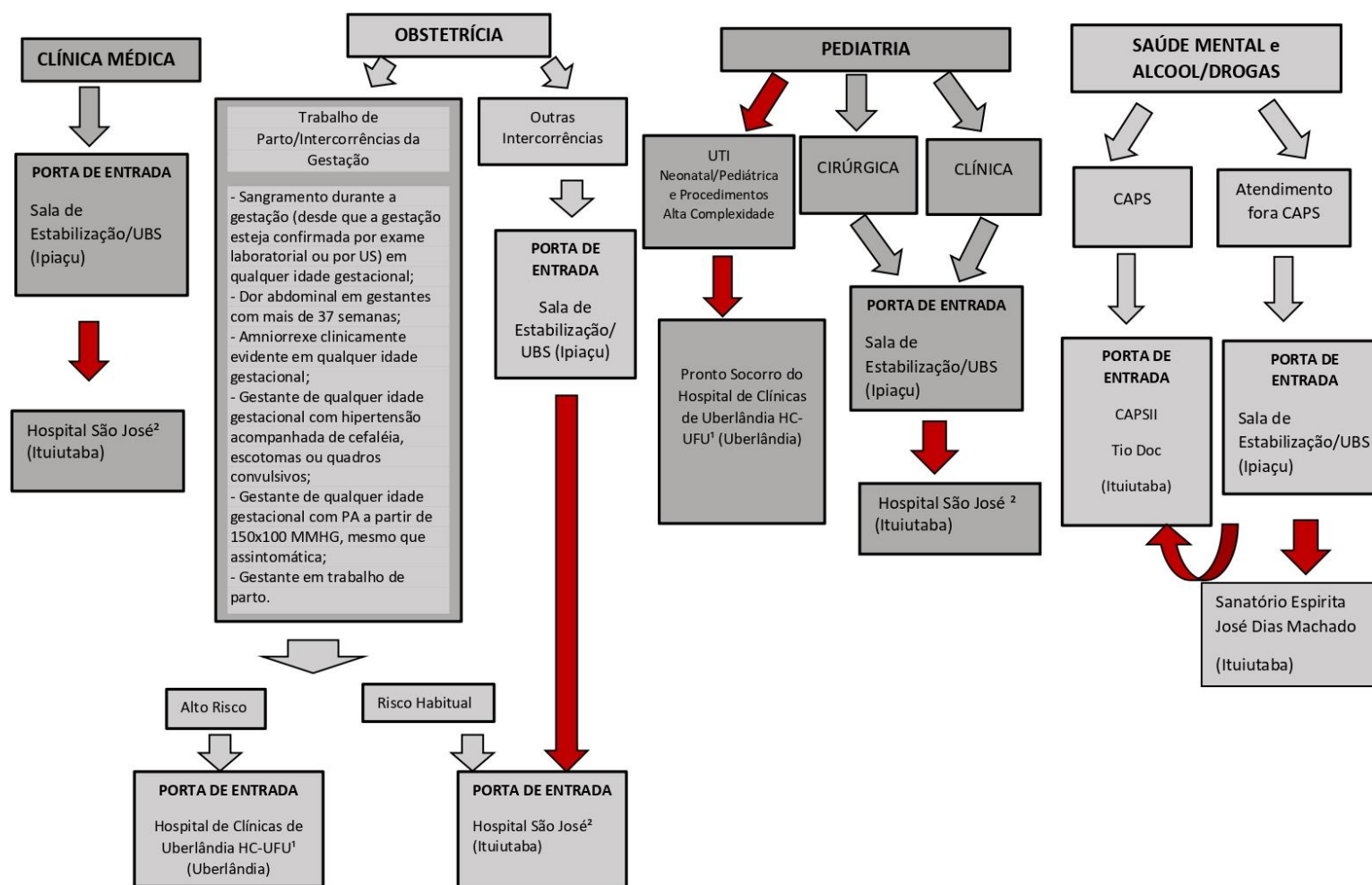
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

IPIAÇU – Paciente Regulado pelo SAMU



IPIAÇU – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



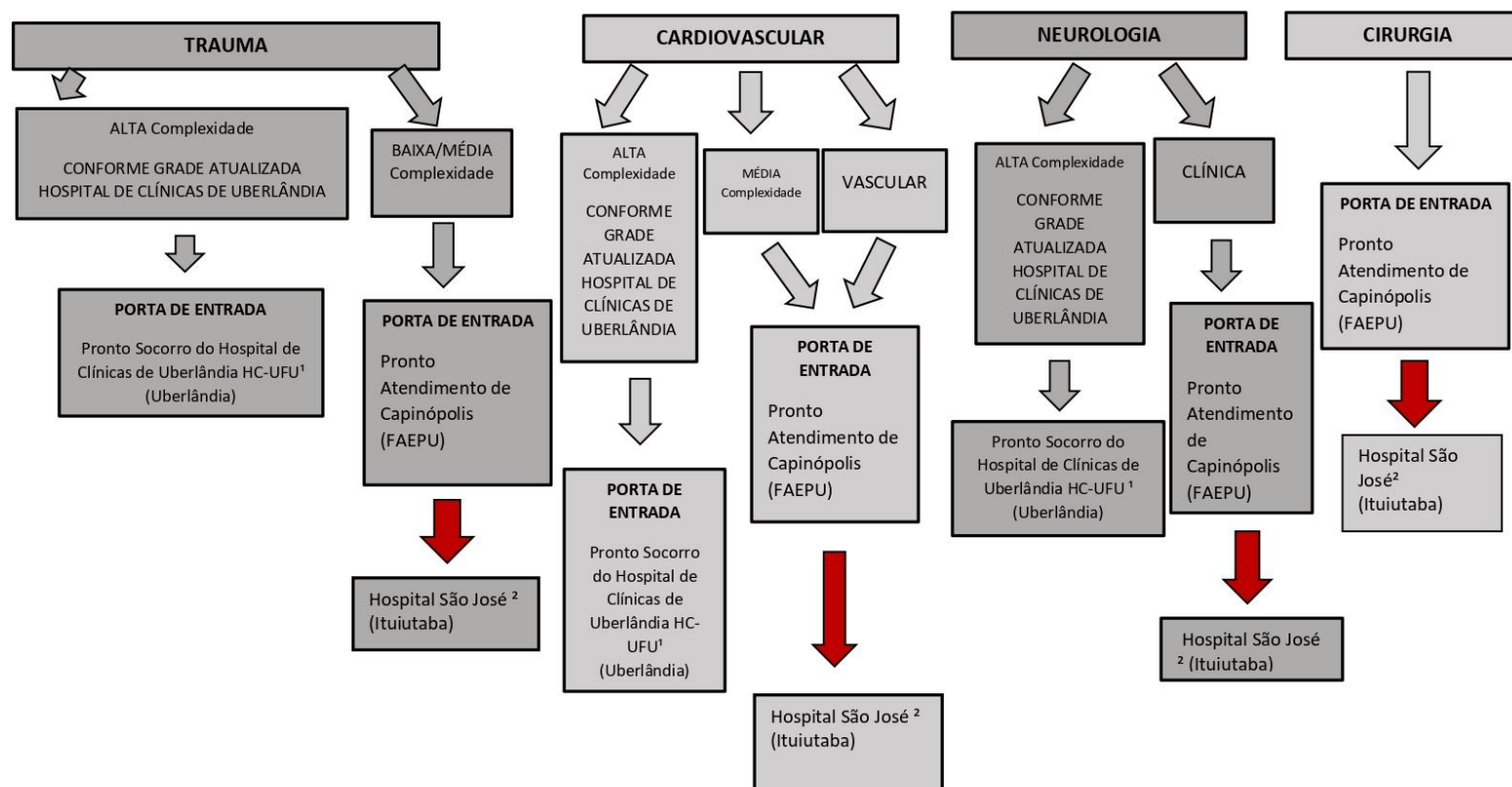
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

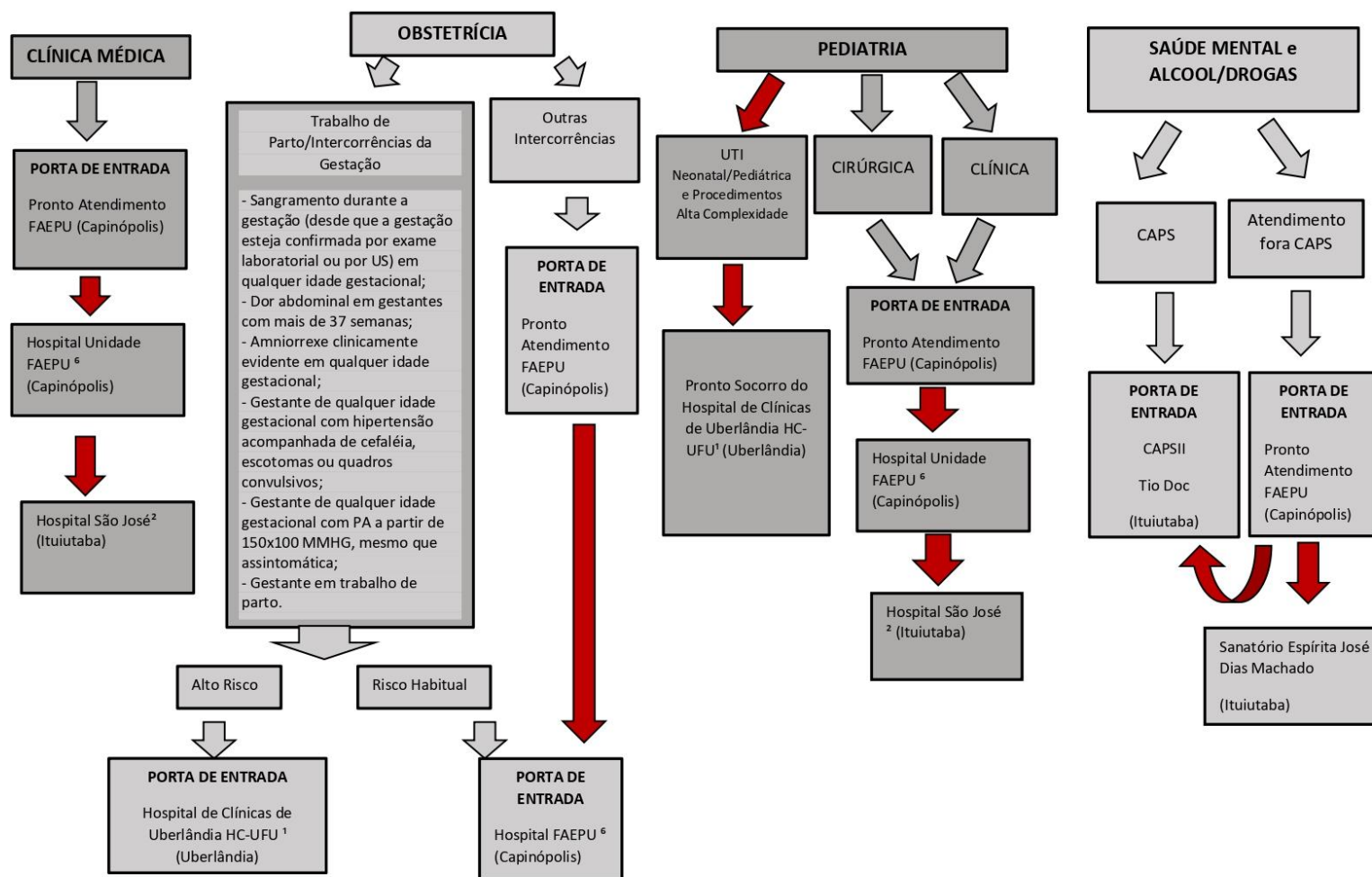
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

CAPINÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU



CAPINÓPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



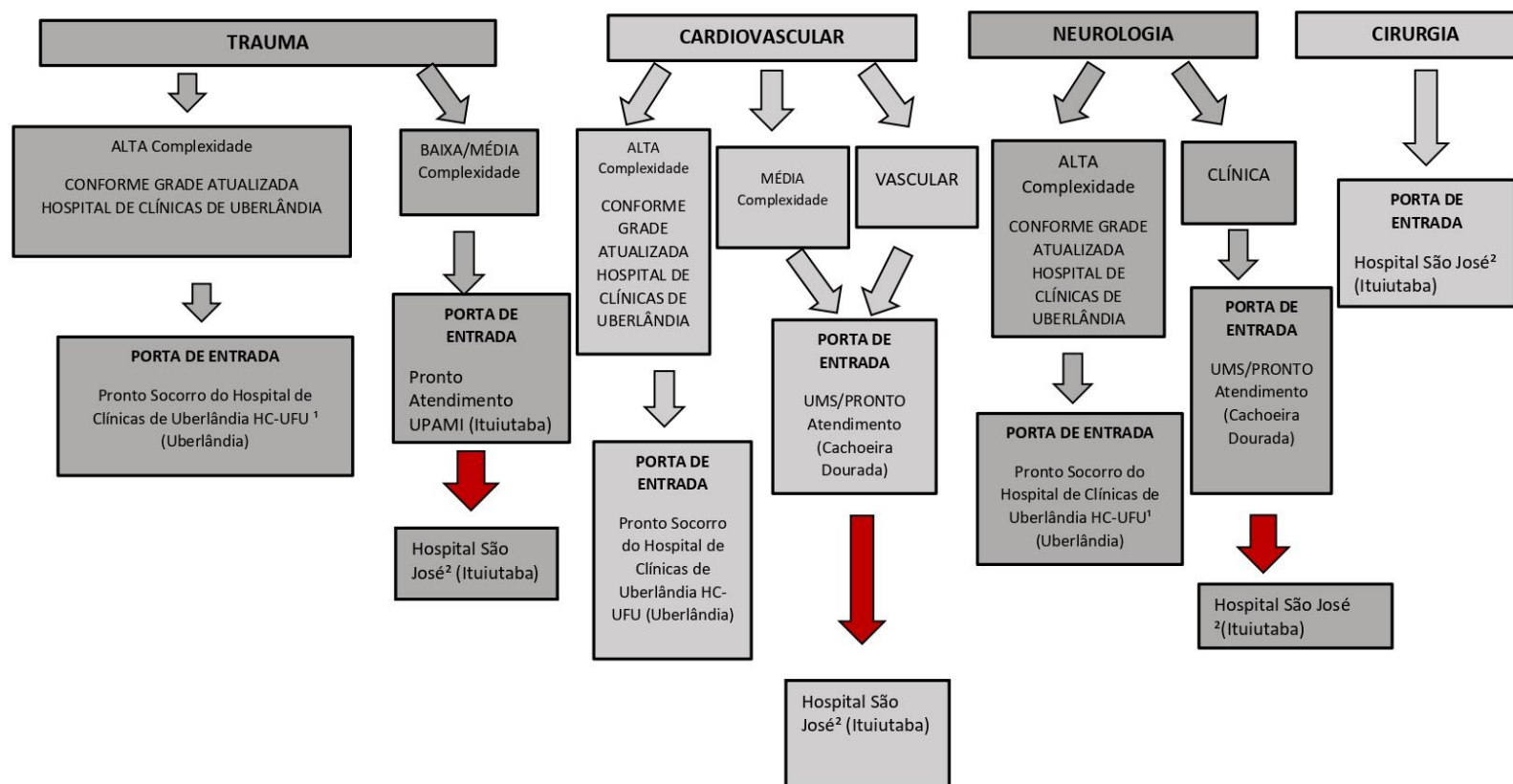
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

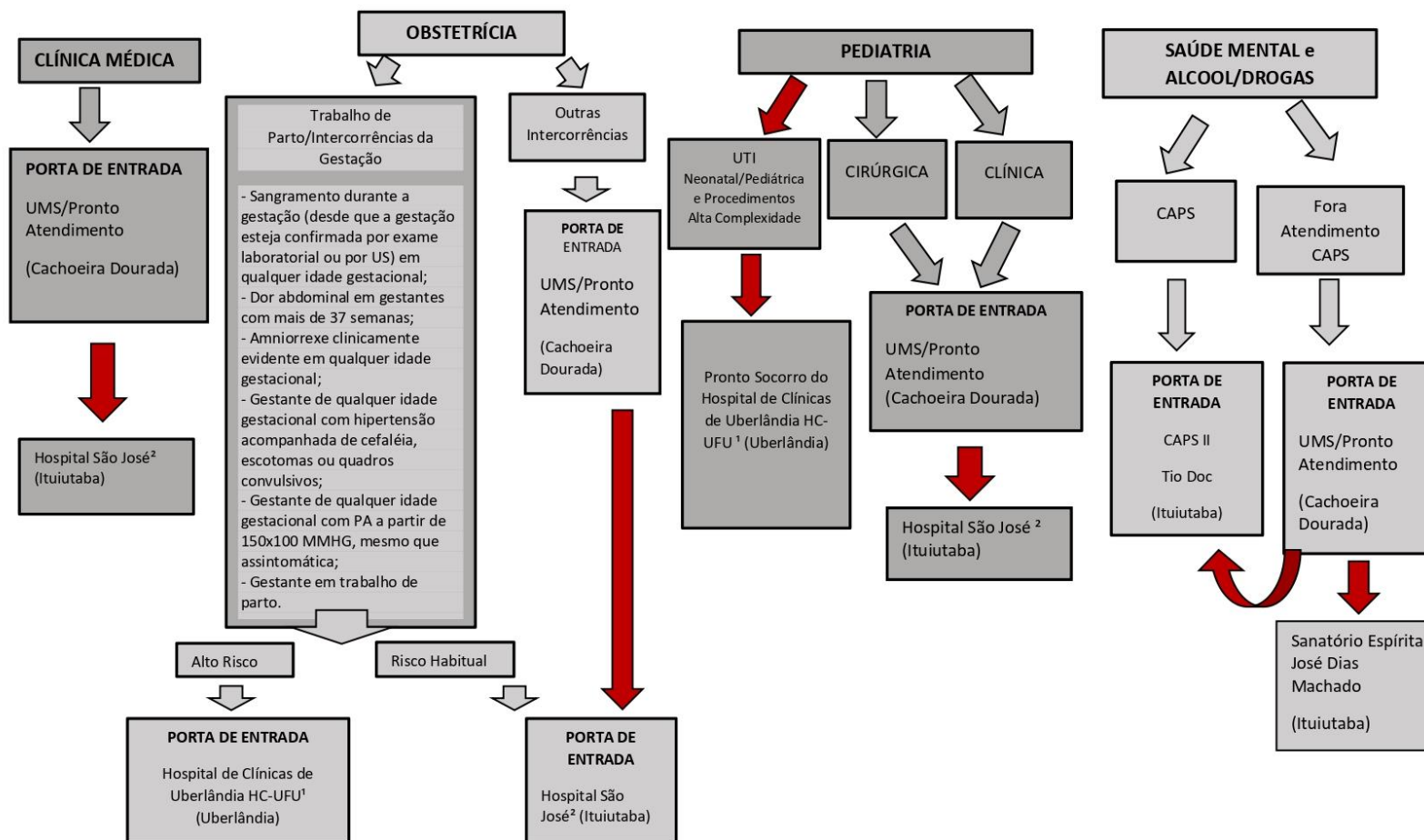
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

CACHOEIRA DOURADA – Paciente Regulado pelo SAMU



CACHOEIRA DOURADA – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



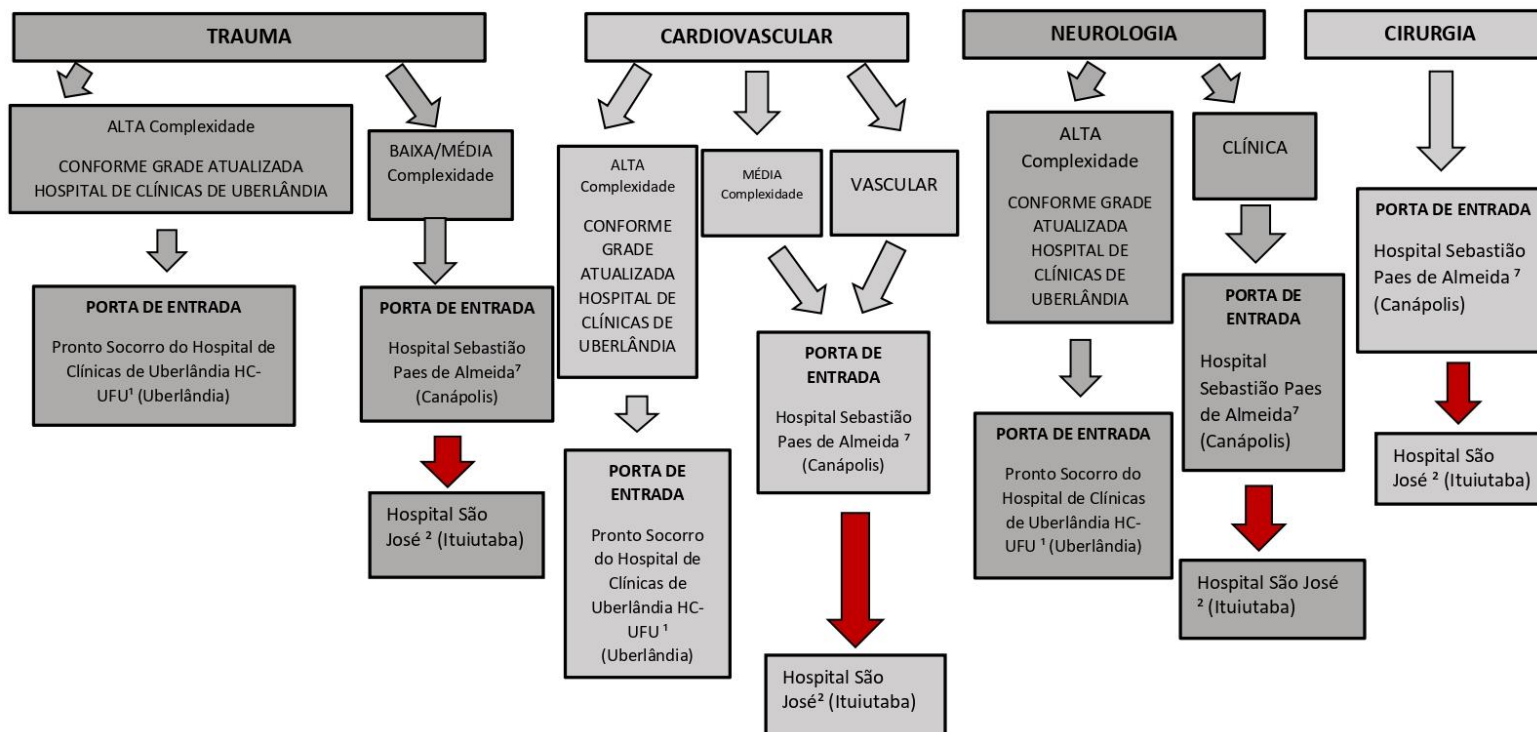
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

CANÁPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



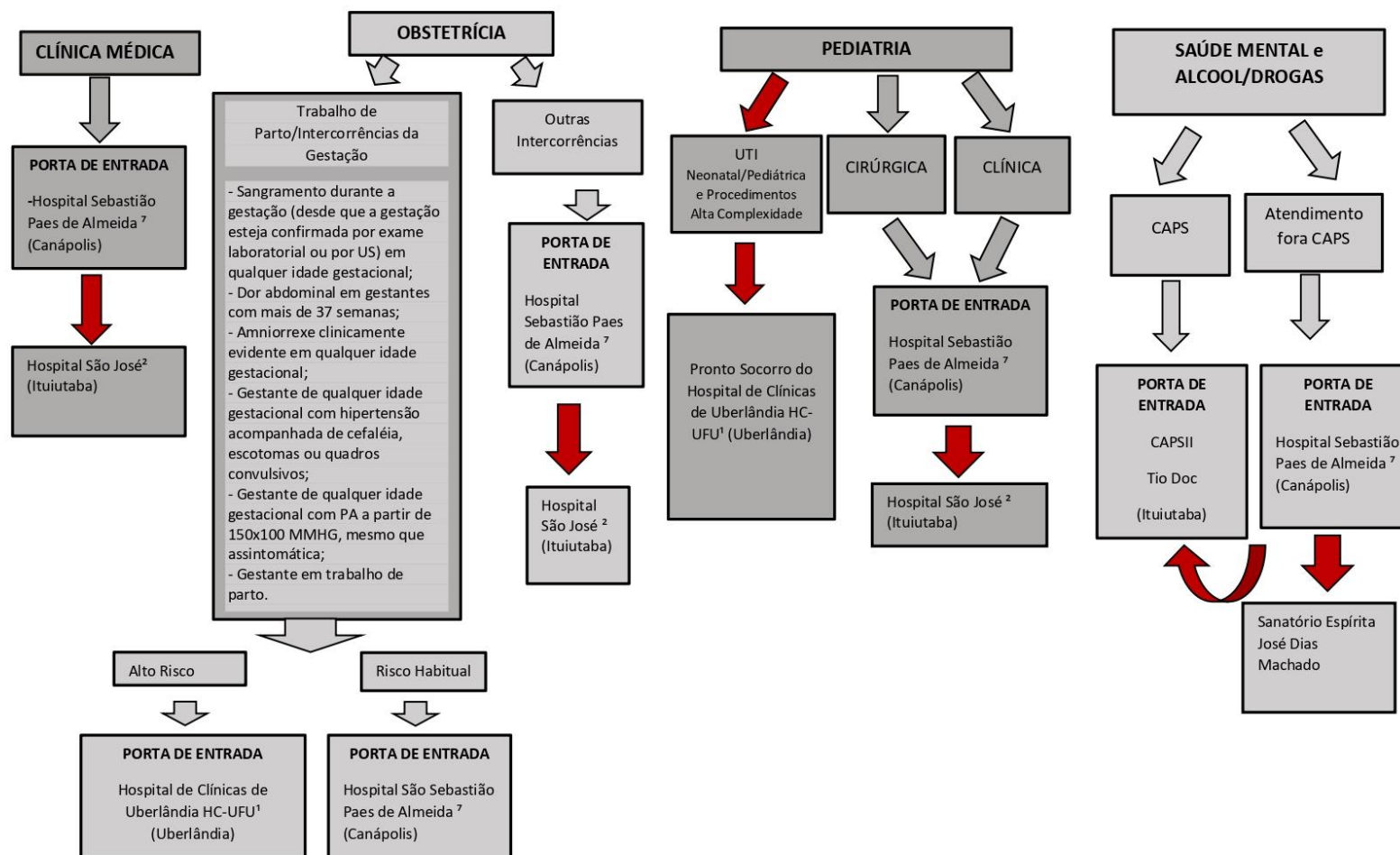
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

CANÁPOLIS – Paciente Regulado pelo SAMU





**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



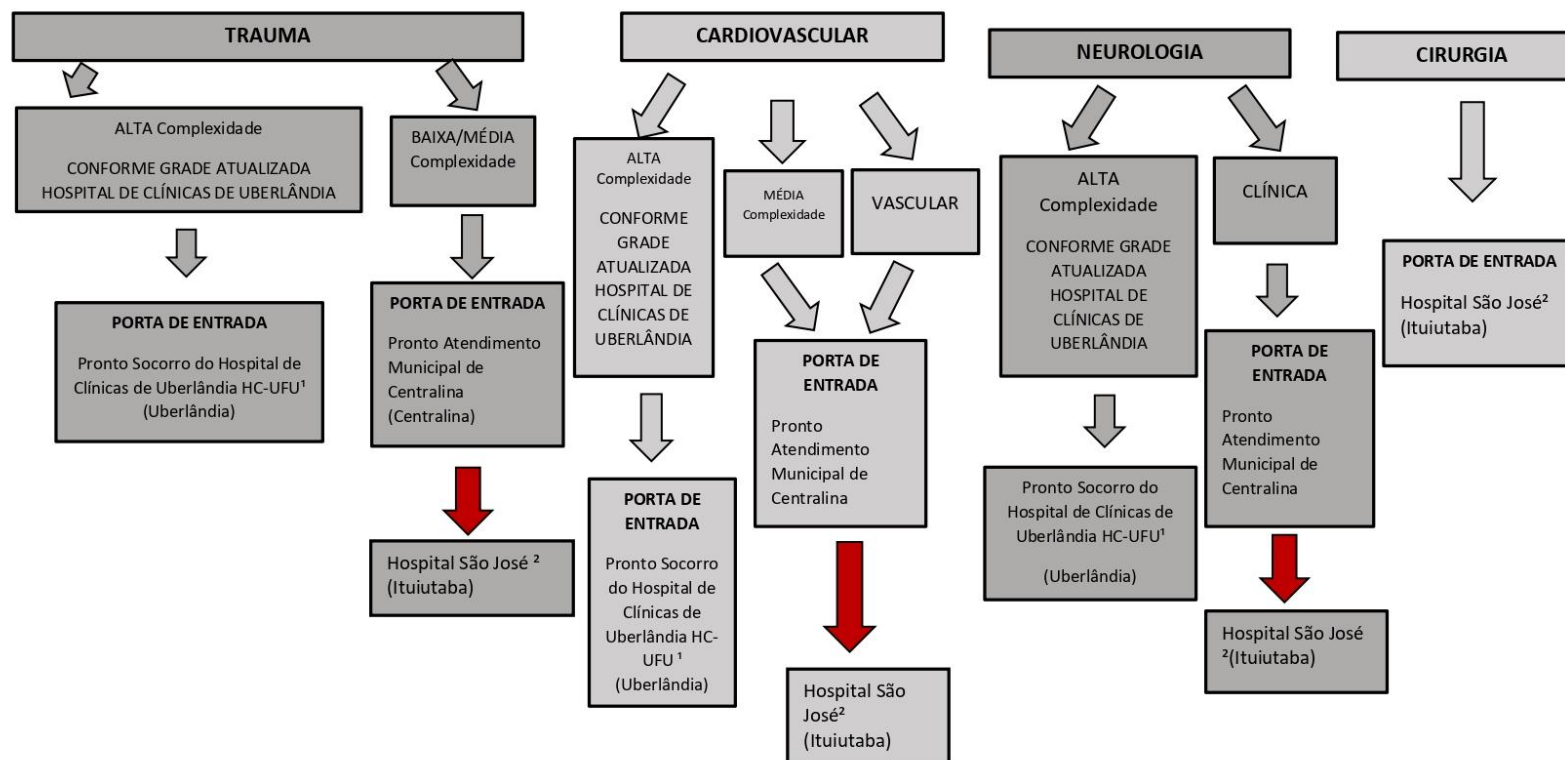
**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

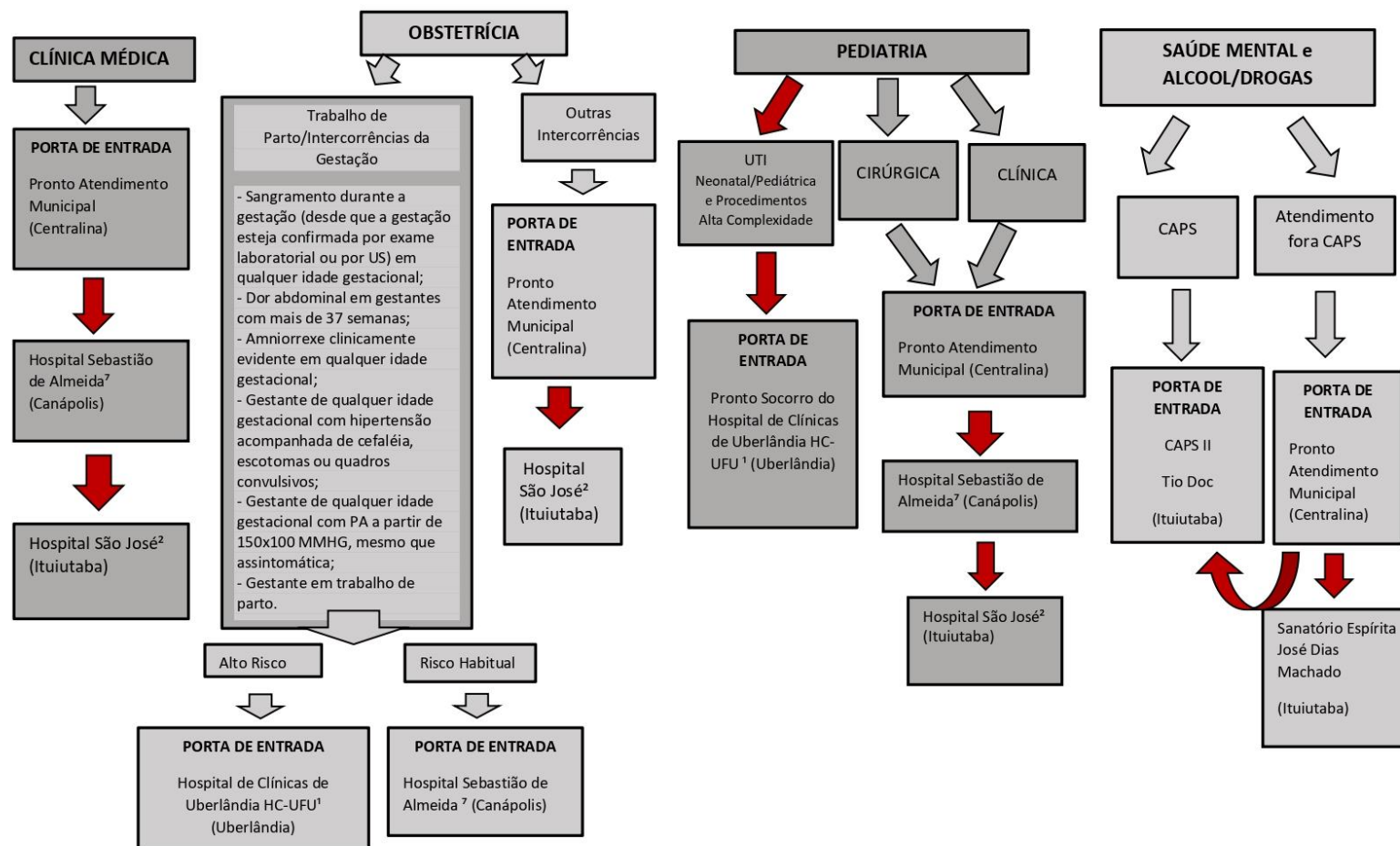
CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

CENTRALINA – Paciente Regulado pelo SAMU



CENTRALINA – Paciente Regulado pelo SAMU



Anexo I

MUNICÍPIO	CNES	NOME DA UBSF / EQUIPE
CACHOEIRA DOURADA	2121794	PSF ALVARO OZORIO RODRIGUES
CAMPINA VERDE	2141159	ESF JOAO LUIZ FRANCA
CAMPINA VERDE	7171293	UBS NICOLAU GERALDO FERREIRA
CAMPINA VERDE	7171293	UBS NICOLAU GERALDO FERREIRA
CAMPINA VERDE	2758881	ESF DR ADEMAR GERALDO DE QUEIROZ
CAMPINA VERDE	6283772	ESF ANA CANDIDA DA SILVA
CANÁPOLIS	2121743	PSF1 CASA DE SAUDE JOAQUIM RODRIGUES COSTA
CANÁPOLIS	2121778	PSF3 HERMENEGILDO DE FREITAS
CANÁPOLIS	6367569	PSF4 UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA BOLIVAR JOSE SANTANA
CANÁPOLIS	2121751	PSF02 CASA DE SAUDE DR OSVALDO PINTO
CAPINÓPOLIS	2121840	CENTRO DE SAUDE DR CASSIO MACEDO
CAPINÓPOLIS	2121875	CENTRO DE SAUDE OTAVIO BERNADELI
CAPINÓPOLIS	2121867	CENTRO DE SAUDE AUGUSTO ALVES GARCIA
CAPINÓPOLIS	2121832	CENTRO DE SAUDE FAMILIA JARBAS FONTOURA
CAPINÓPOLIS	7289596	PSF OSVALDO PRADO
CENTRALINA	2121549	PSF CASA DE SAUDE SEBASTIAO BATISTA DE AGUIAR COSTELA
CENTRALINA	2121522	PSF CASA DE SAUDE D MARIA TOSTA
CENTRALINA	2121530	PSF CASA DE SAUDE DR ARISTON SANTANA DE ARAUJO
GURINHATÃ	2215152	PSF URBANO D FRANCISCA TOSCANO CARDOSO
GURINHATÃ	9210067	UBS RURAL ORLANDINO BENTO DE OLIVEIRA
GURINHATÃ	2215160	PSF RURAL DIVINO GONCALVES PEREIRA



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



**SAMU
192**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

IPIAÇU	2215179	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSIAS BEZERRA DA SILVA
IPIAÇU	2121921	UNIDADE BASICA DE SAUDE IRENE THEODORA DE OLIVEIRA
ITUIUTABA	2194740	PSF 02
ITUIUTABA	2194783	PSF 03
ITUIUTABA	2194759	PSF 04
ITUIUTABA	2194767	PSF 05
ITUIUTABA	2215241	PSF 06
ITUIUTABA	2194910	PSF 07
ITUIUTABA	2194880	PSF 08
ITUIUTABA	6007449	PSF 10
ITUIUTABA	6389244	PSF 11
ITUIUTABA	3935833	UBS DR OLIMPIO DE FREITAS COSTA NETO
ITUIUTABA	3935833	UBS DR OLIMPIO DE FREITAS COSTA NETO
SANTA VITÓRIA	2141167	PSF VICENTE BONITO
SANTA VITÓRIA	2141183	PSF ISIDORO CANDIDO FERREIRA
SANTA VITÓRIA	2141191	PSF JOSE PAULO FERNANDES
SANTA VITÓRIA	2194708	PSF DR JOSE CARLOS RODRIGUES DA SILVA
SANTA VITÓRIA	5877202	PSF AMADOR JOSE DOS SANTOS
SANTA VITÓRIA	7470339	PSF JOSE NILTON DE MEDEIROS

Anexo II

MUNICÍPIO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO
CACHOEIRA DOURADA	2121794	UMS/PRONTO ATENDIMENTO CACHOEIRA DOURADA
CAMPINA VERDE	2121409	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
CAMPINA VERDE	2121638	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CAMPINA VERDE
CANÁPOLIS	2121514	HOSPITAL SEBASTIÃO PAES DE ALMEIDA
CAPINÓPOLIS	7201109	PRONTO ATENDIMENTO DE CAPINÓPOLIS (FAEPU)
CENTRALINA	2194937	PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE CENTRALINA
GURINHATÃ	2179237	HOSPITAL DONA AMÉLIA MARIA DE SOUZA
IPIAÇU	2121921	SALA DE ESTABILIZAÇÃO/UBS
ITUIUTABA	2200902	HOSPITAL SÃO JOSÉ
ITUIUTABA	2141213	PRONTO ATENDIMENTO DE ITUIUTABA (UPAMI)
ITUIUTABA	7397429	CAPS II TIO DOC
ITUIUTABA	2113791	SANATÓRIO ESPÍRITA JOSÉ DIAS MACHADO
SANTA VITÓRIA	2222353	PRONTO ATENDIMENTO DE SANTA VITÓRIA
SANTA VITÓRIA	2121808	HOSPITAL GENÉSIO FRANCO DE MORAES
SANTA VITÓRIA	7995083	CAPS I NILDOMAR DONIZETE BIZINOTO

Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde

1 Hospital de Clínicas HC-UFU (Uberlândia)

- Hospital Polivalente, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Especializado tipo II, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

2 Hospital São José (Ituiutaba)

- Hospital Geral de Urgência Nível II, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Geral, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

3 Hospital São Vicente de Paulo (Campina Verde)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

4 Hospital Genésio Franco de Moraes (Santa Vitória)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

5 Hospital Municipal Dona Amélia Maria de Souza (Gurinhata)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

6 FAEPU Unidade Capinópolis (Capinópolis)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

7 Hospital Sebastião Paes de Almeida (Canápolis)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Permanente



SAMU
192

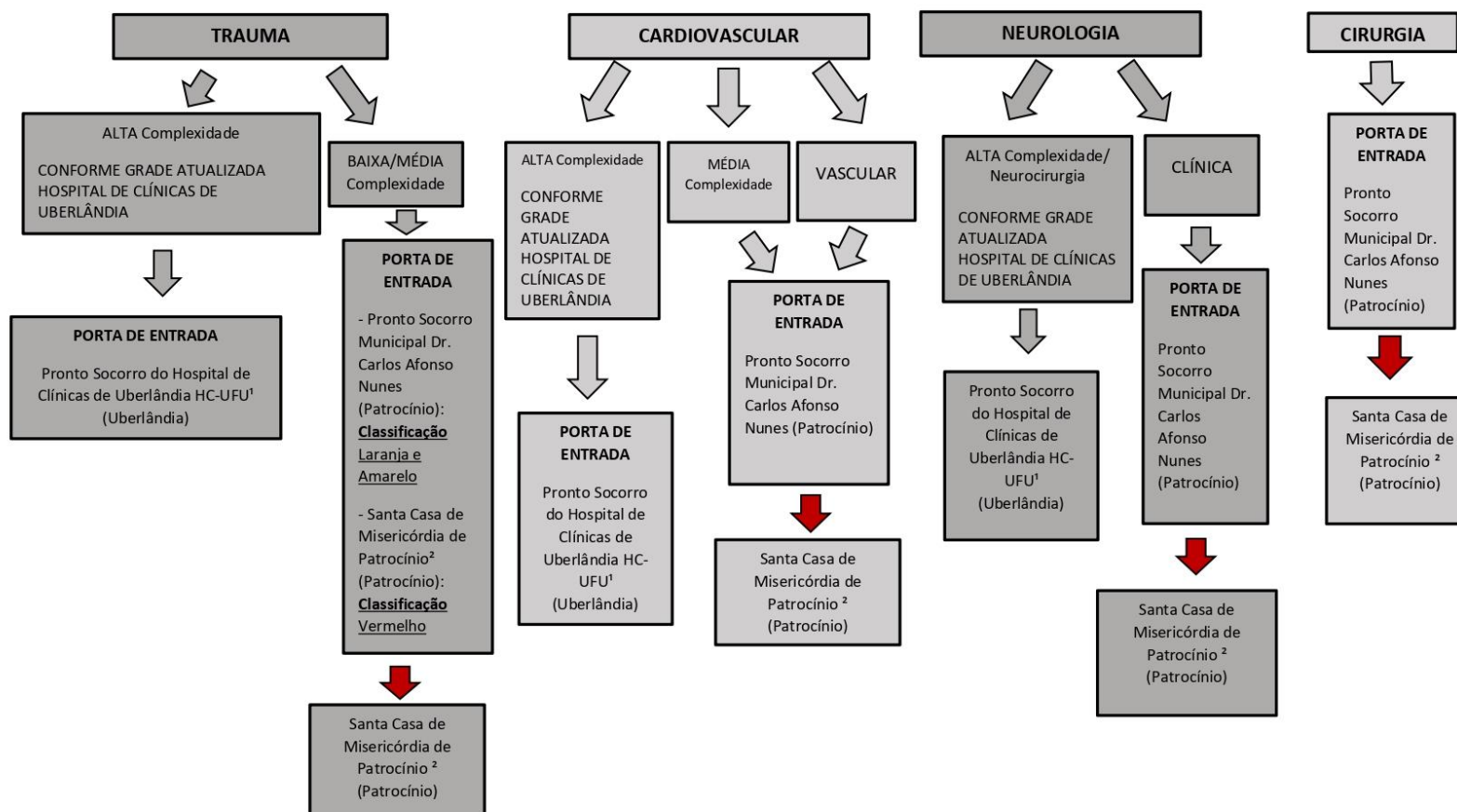
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

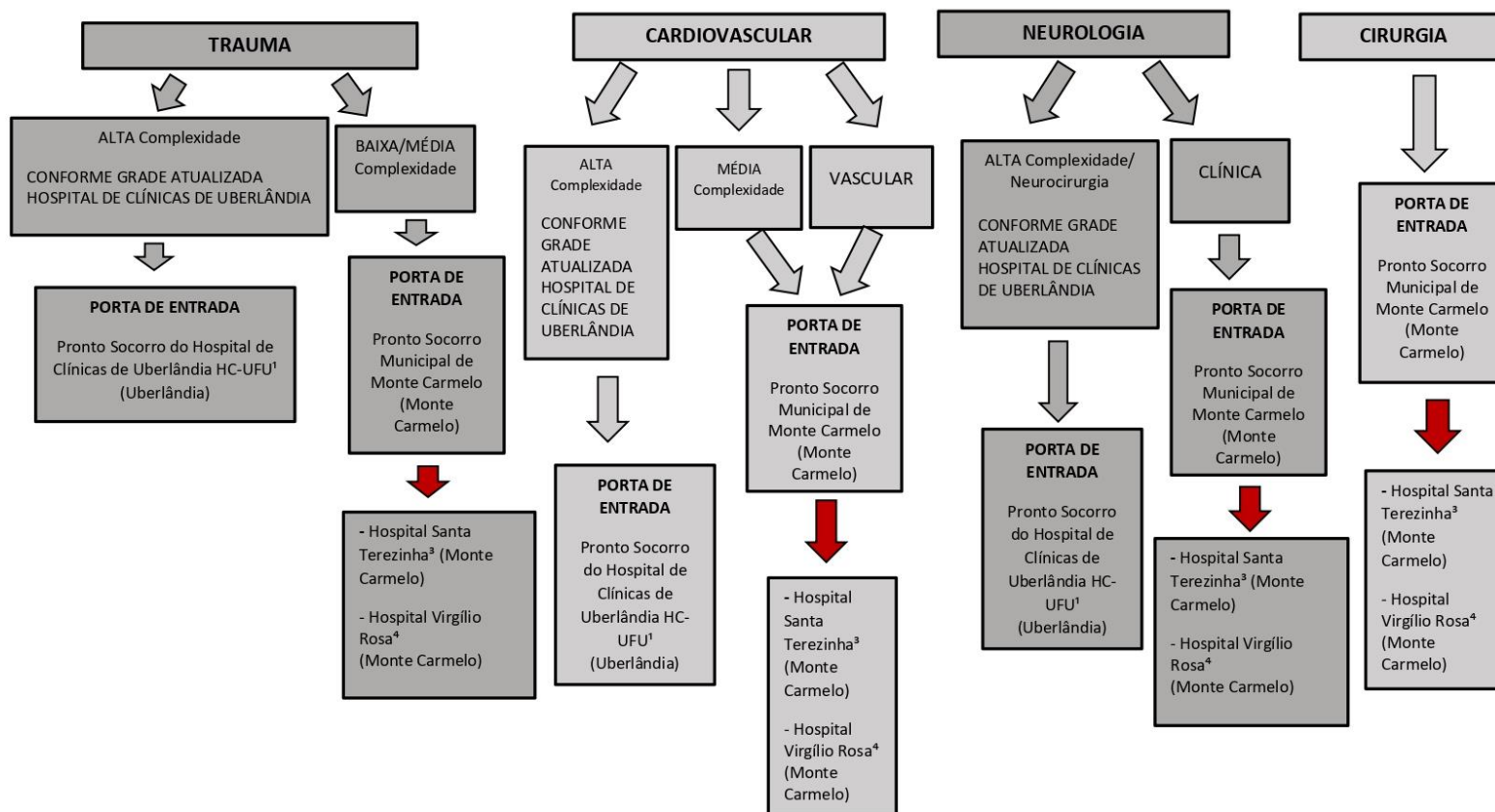
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

REGIÃO PATROCÍNIO/ MONTE CARMELO

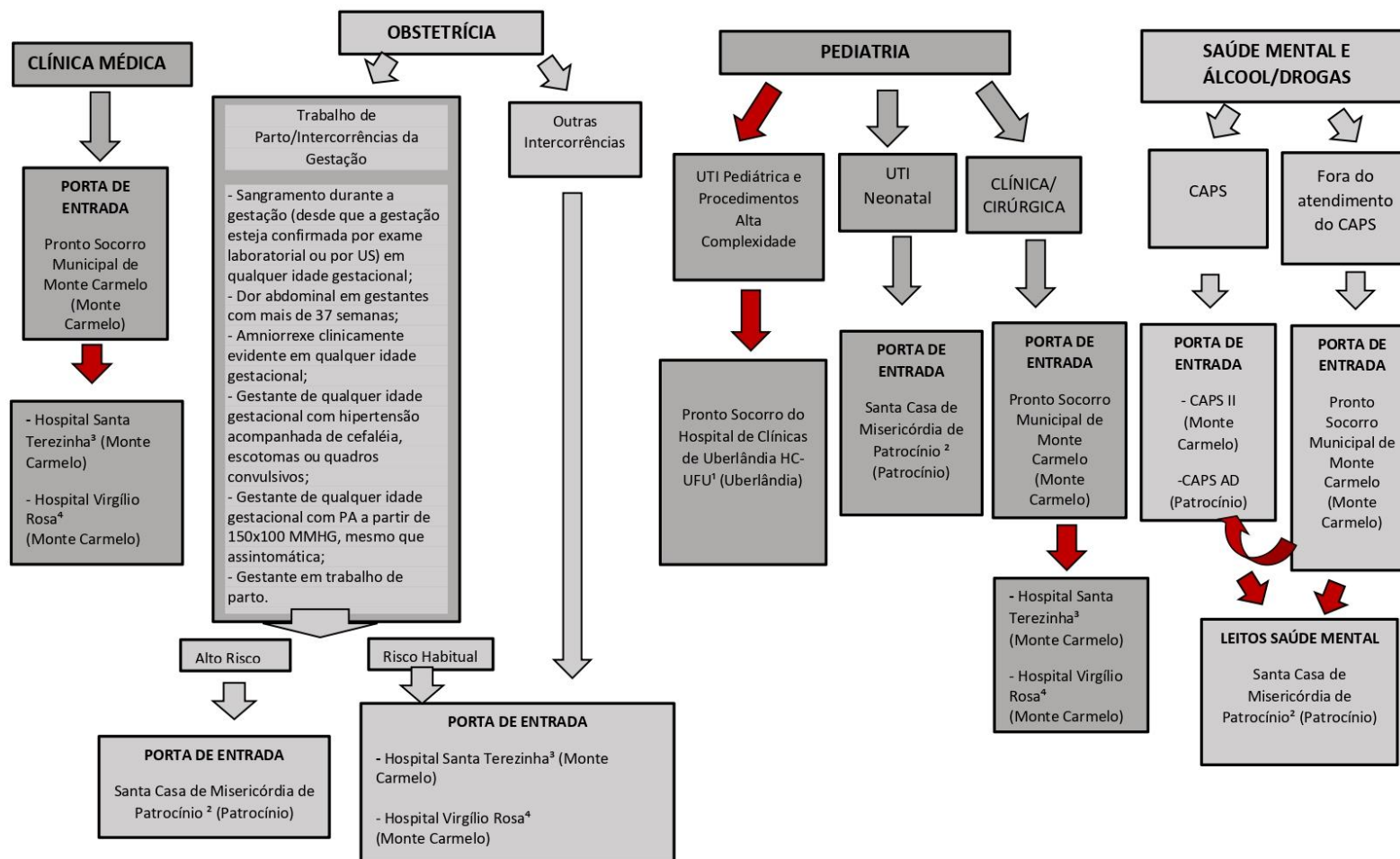
PATROCÍNIO – Paciente Regulado pelo SAMU



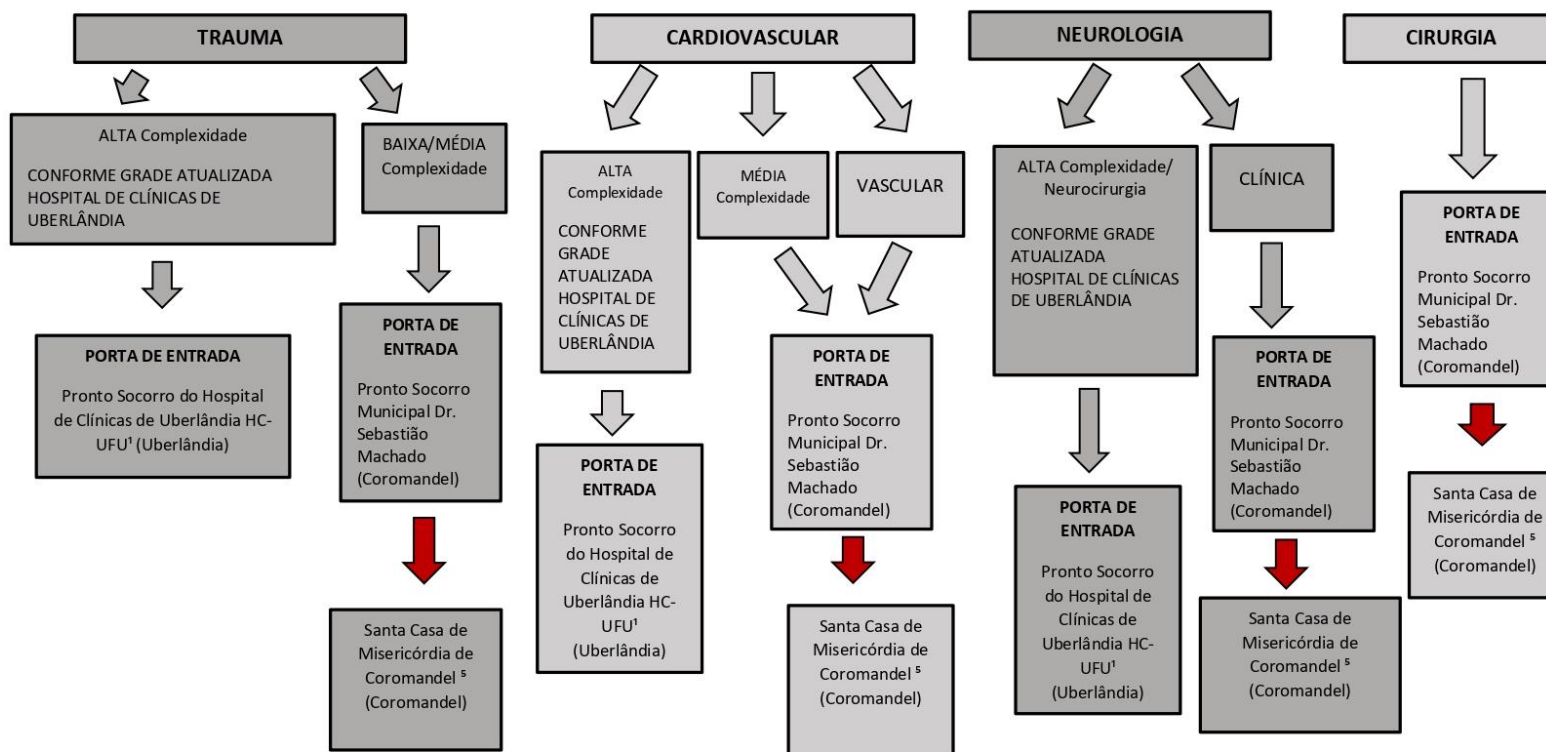
MONTE CARMELO – Paciente Regulado pelo SAMU



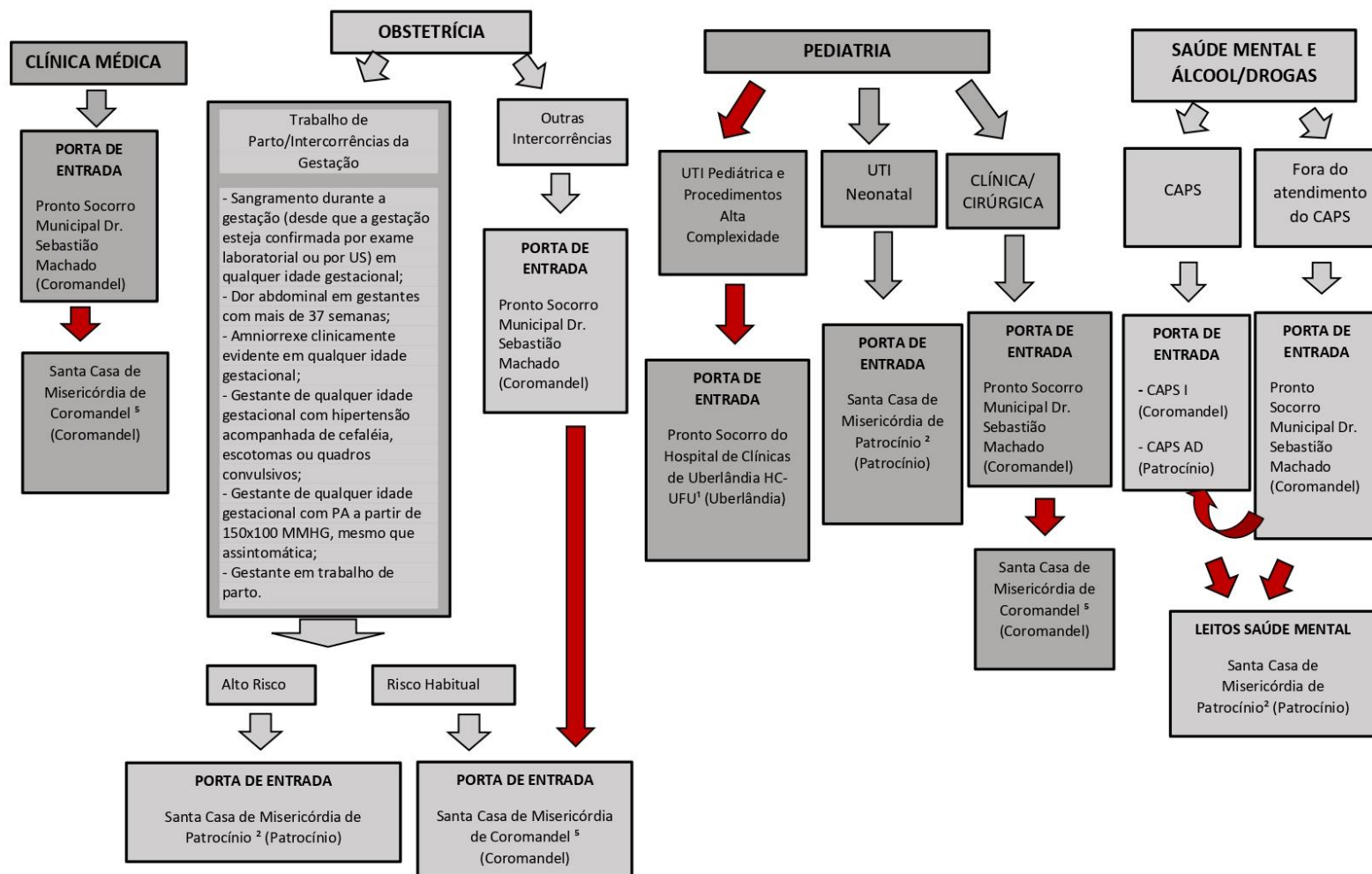
MONTE CARMELO – Paciente Regulado pelo SAMU



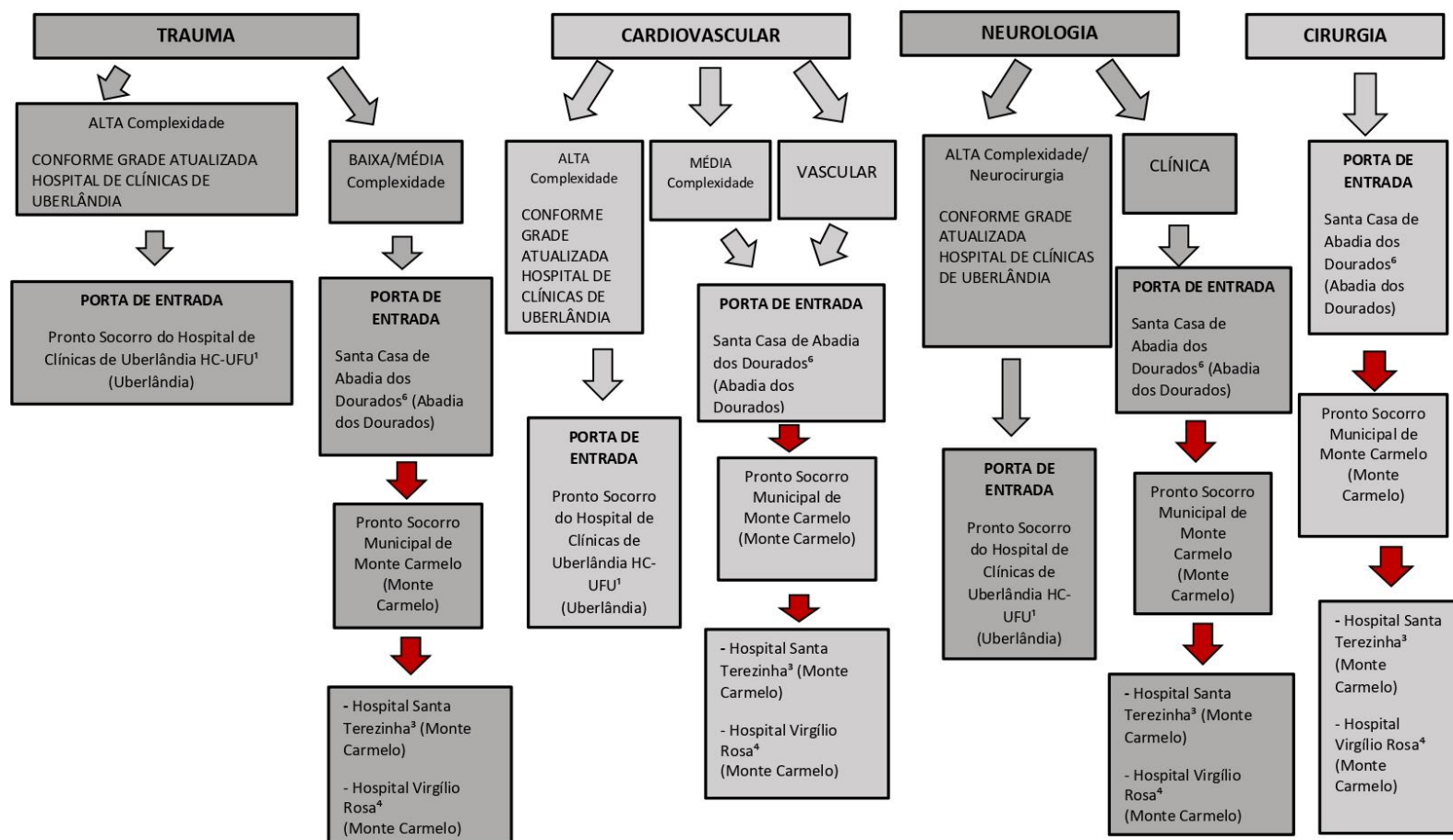
COROMANDEL – Paciente Regulado pelo SAMU



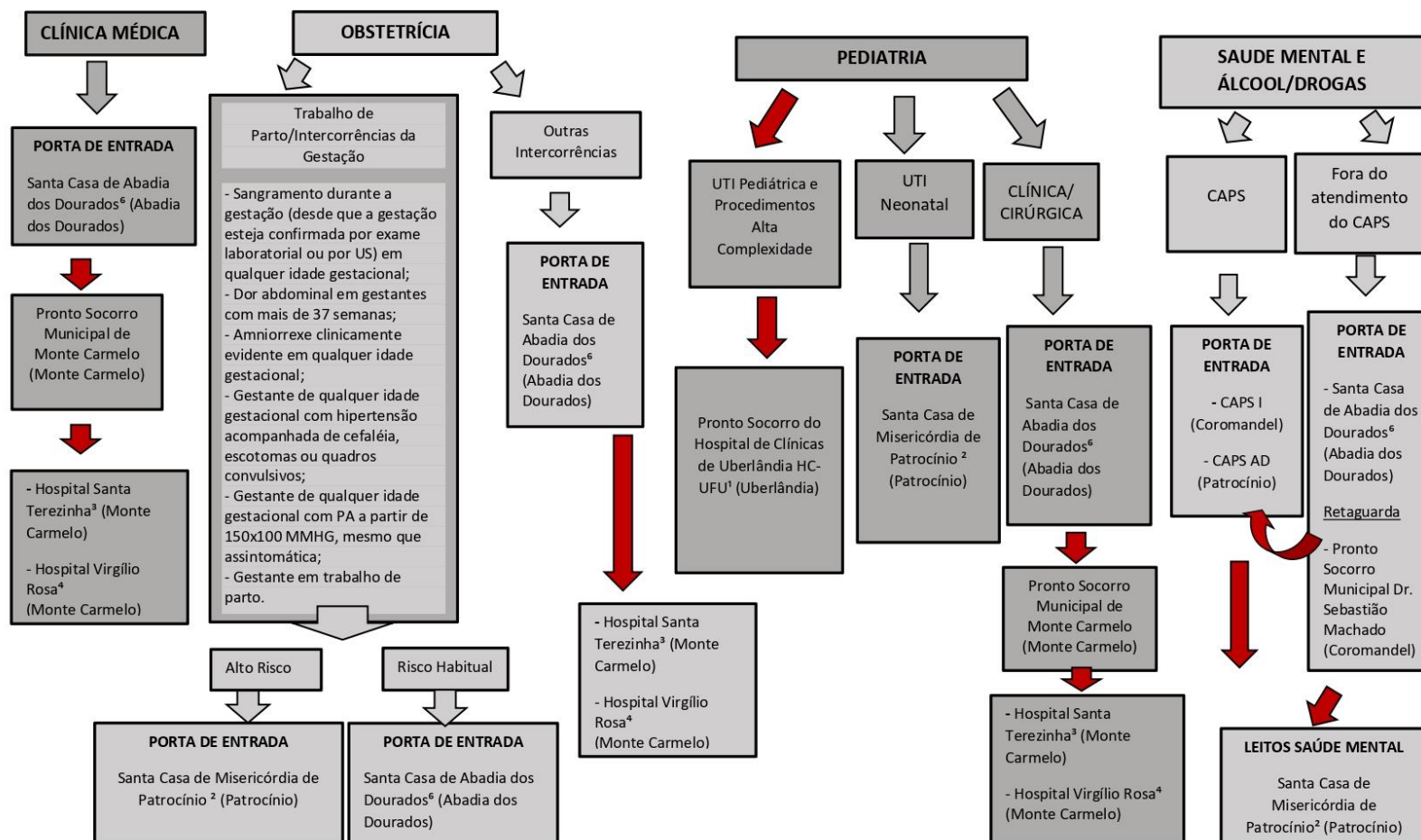
COROMANDEL – Paciente Regulado pelo SAMU



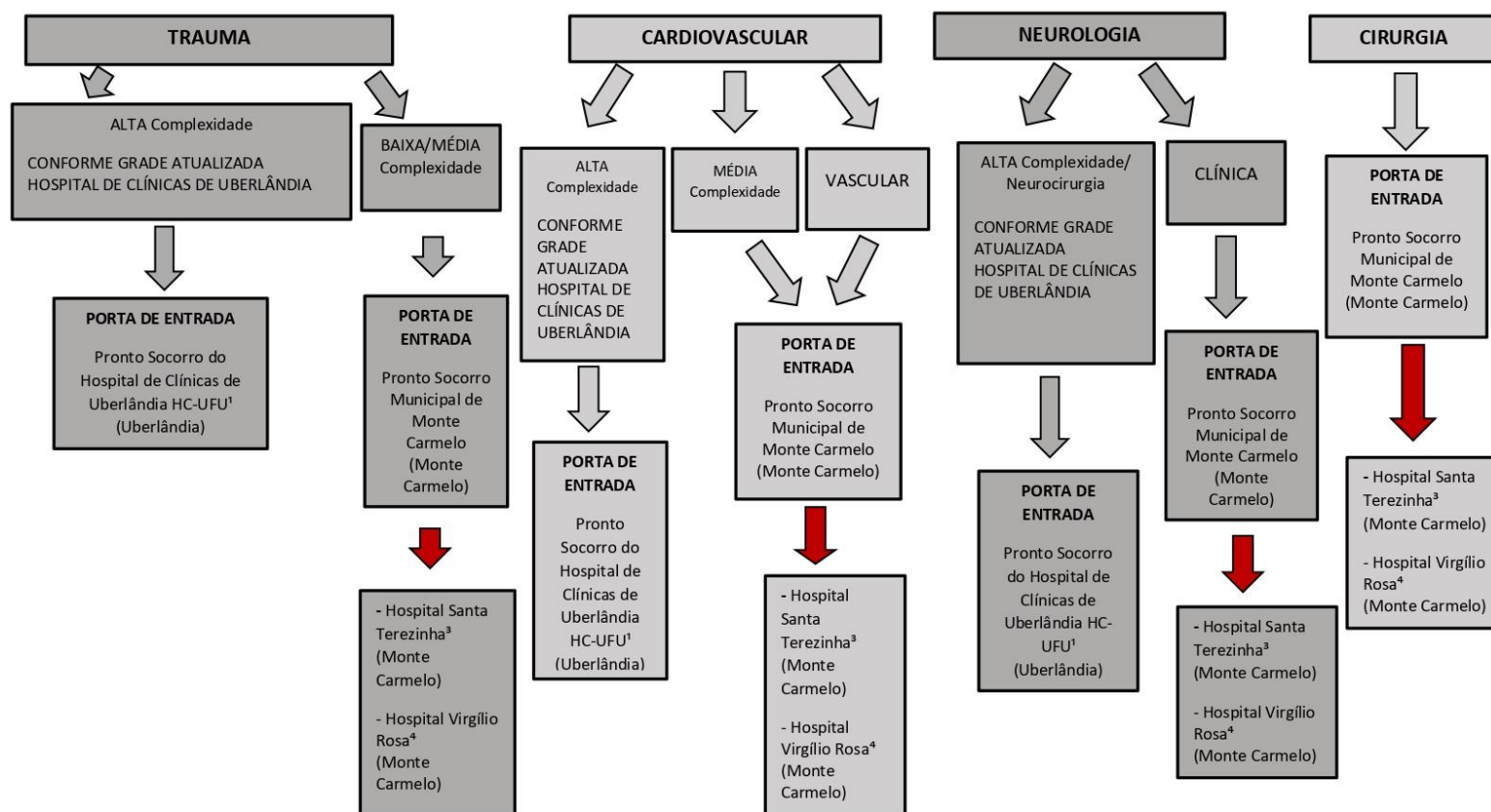
ABADIA DOS DOURADOS – Paciente Regulado pelo SAMU

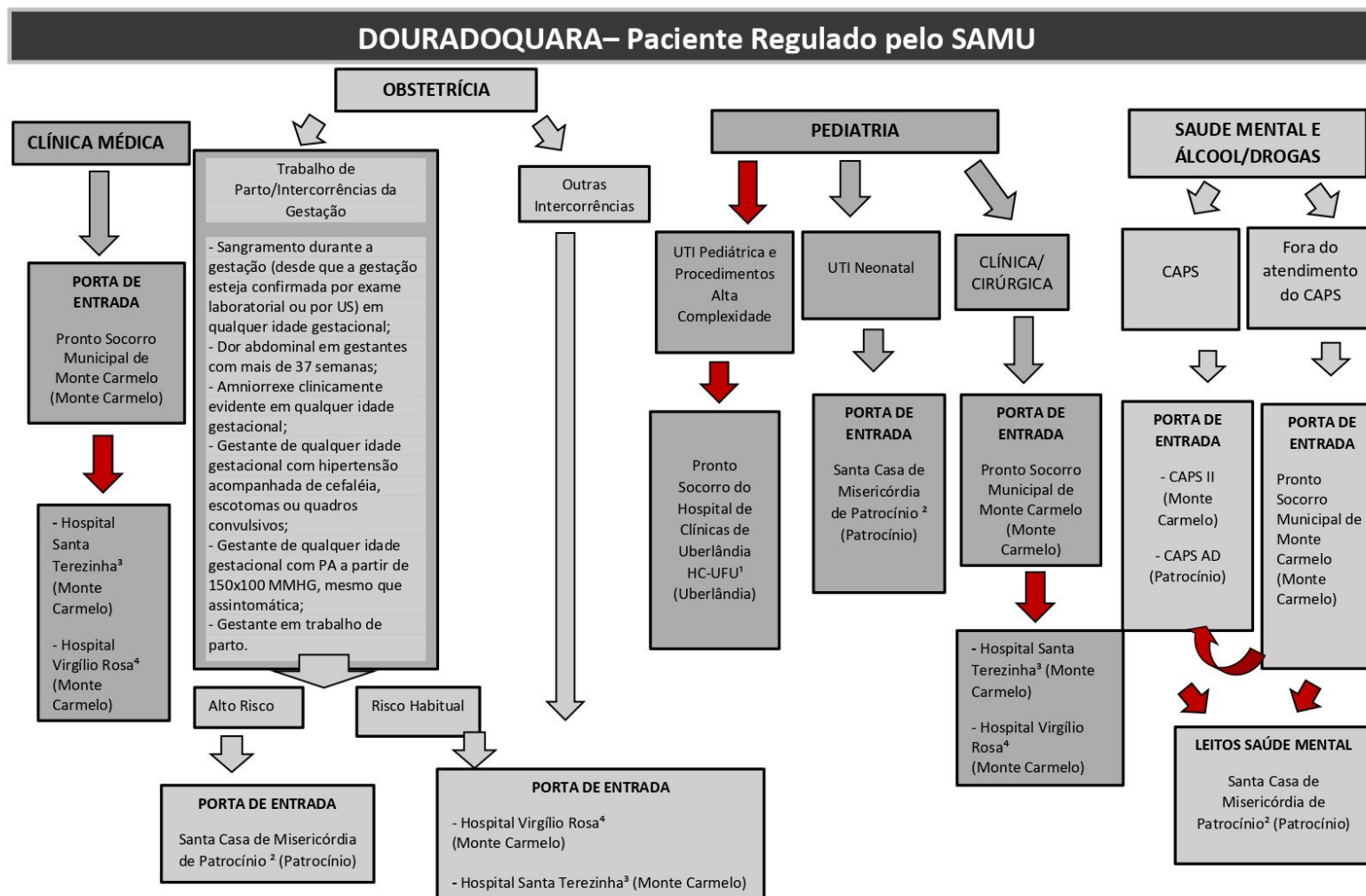


ABADIA DOS DOURADOS – Paciente Regulado pelo SAMU

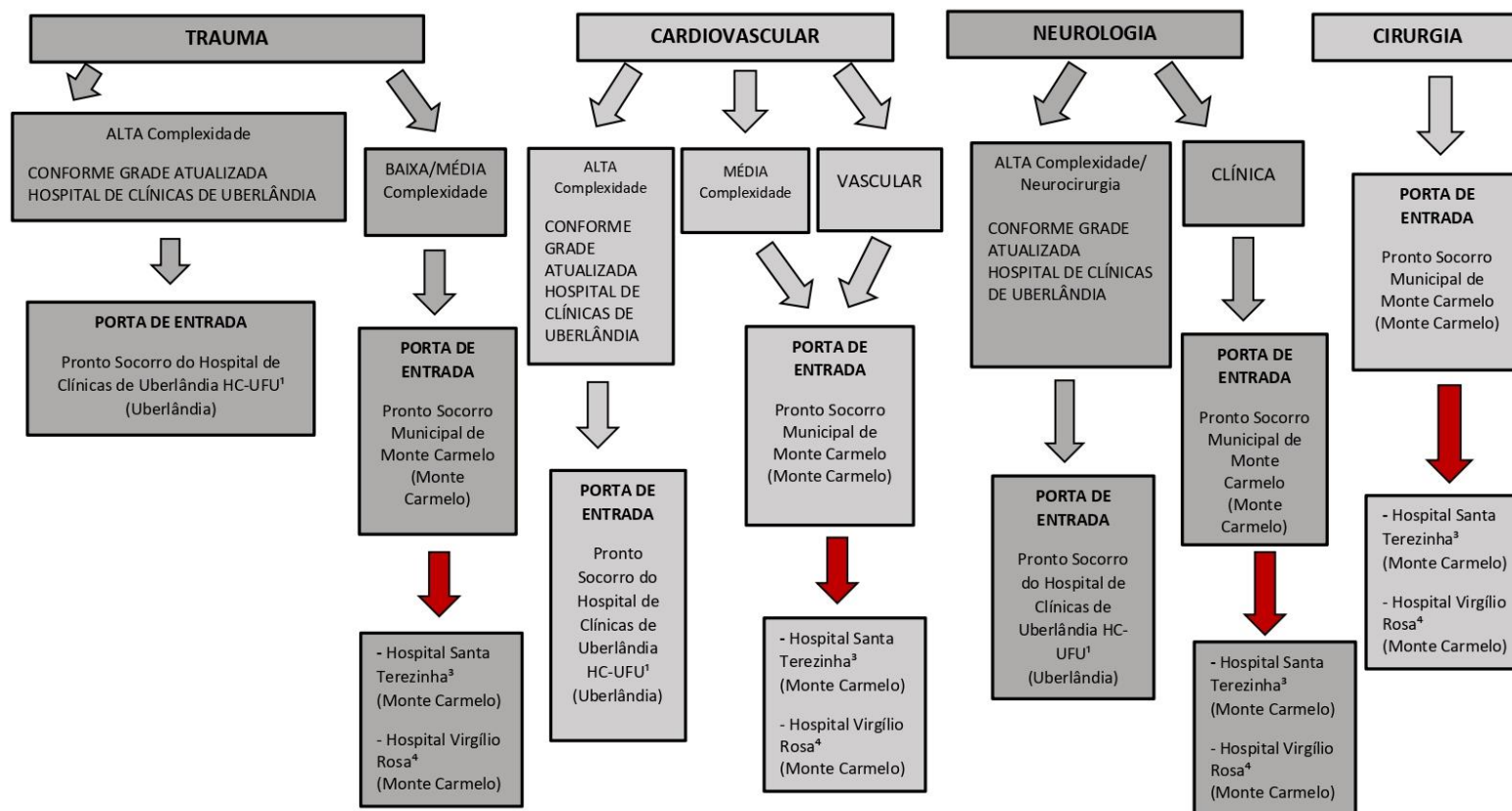


DOURADOQUARA– Paciente Regulado pelo SAMU

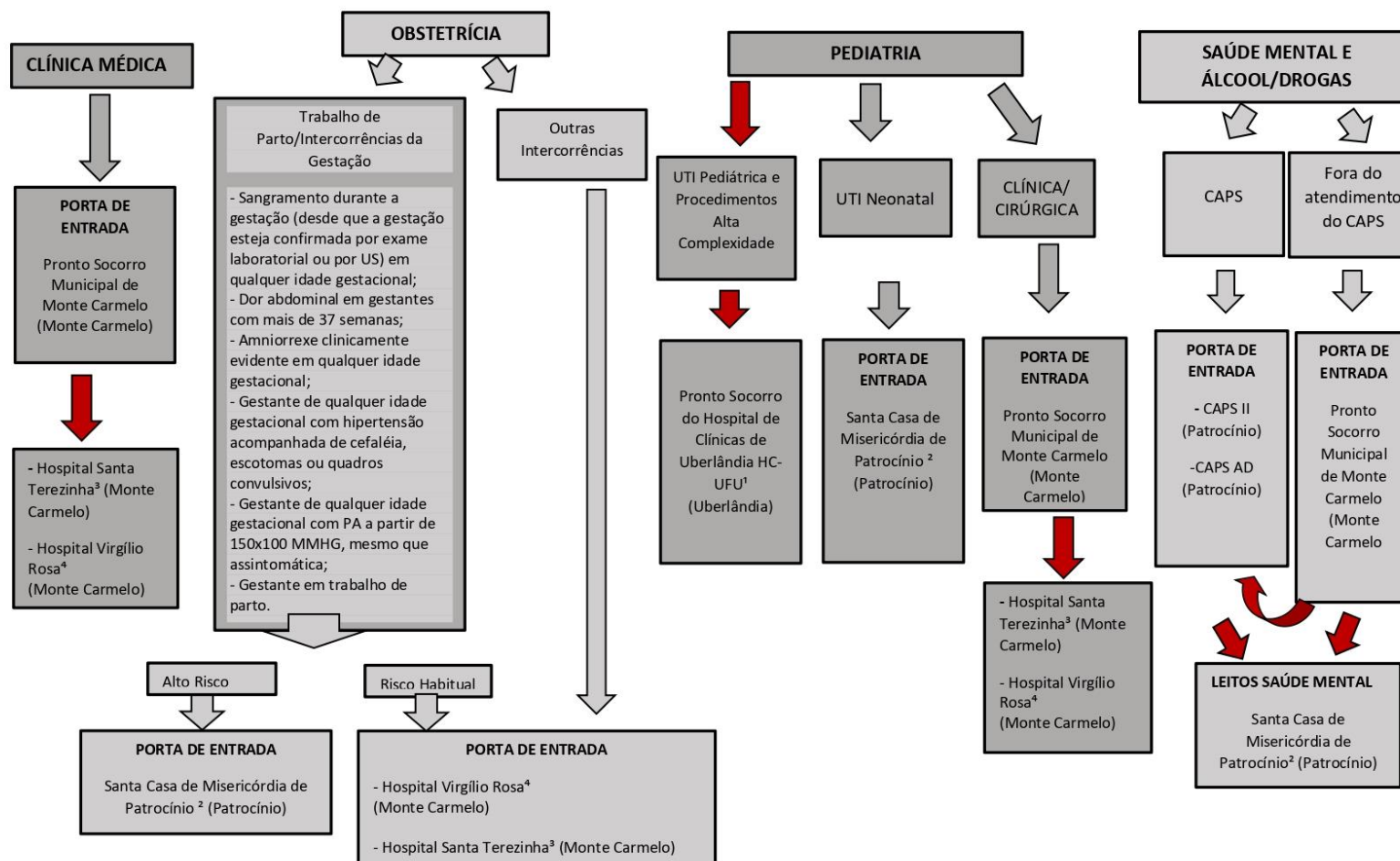




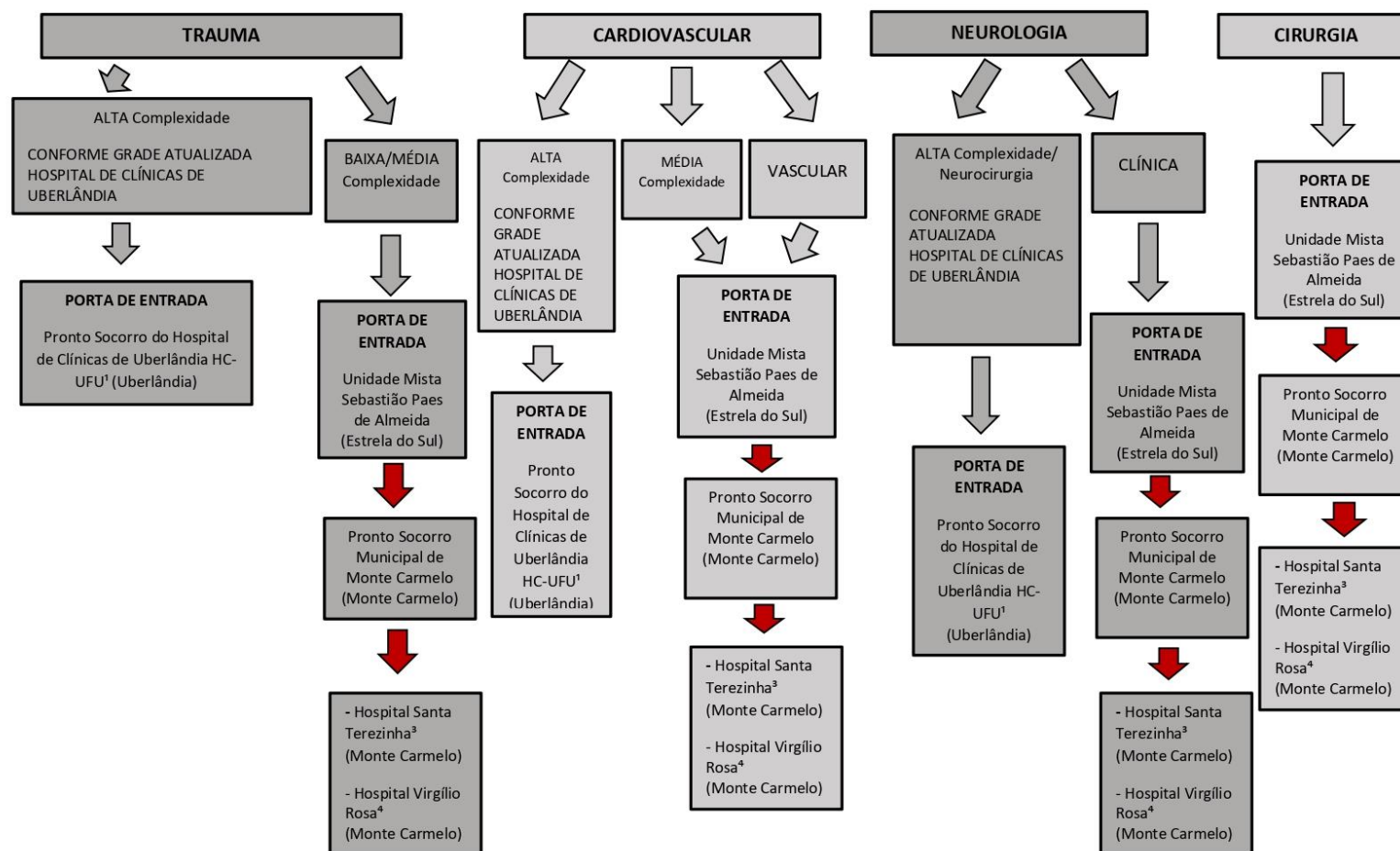
GRUPIARA– Paciente Regulado pelo SAMU



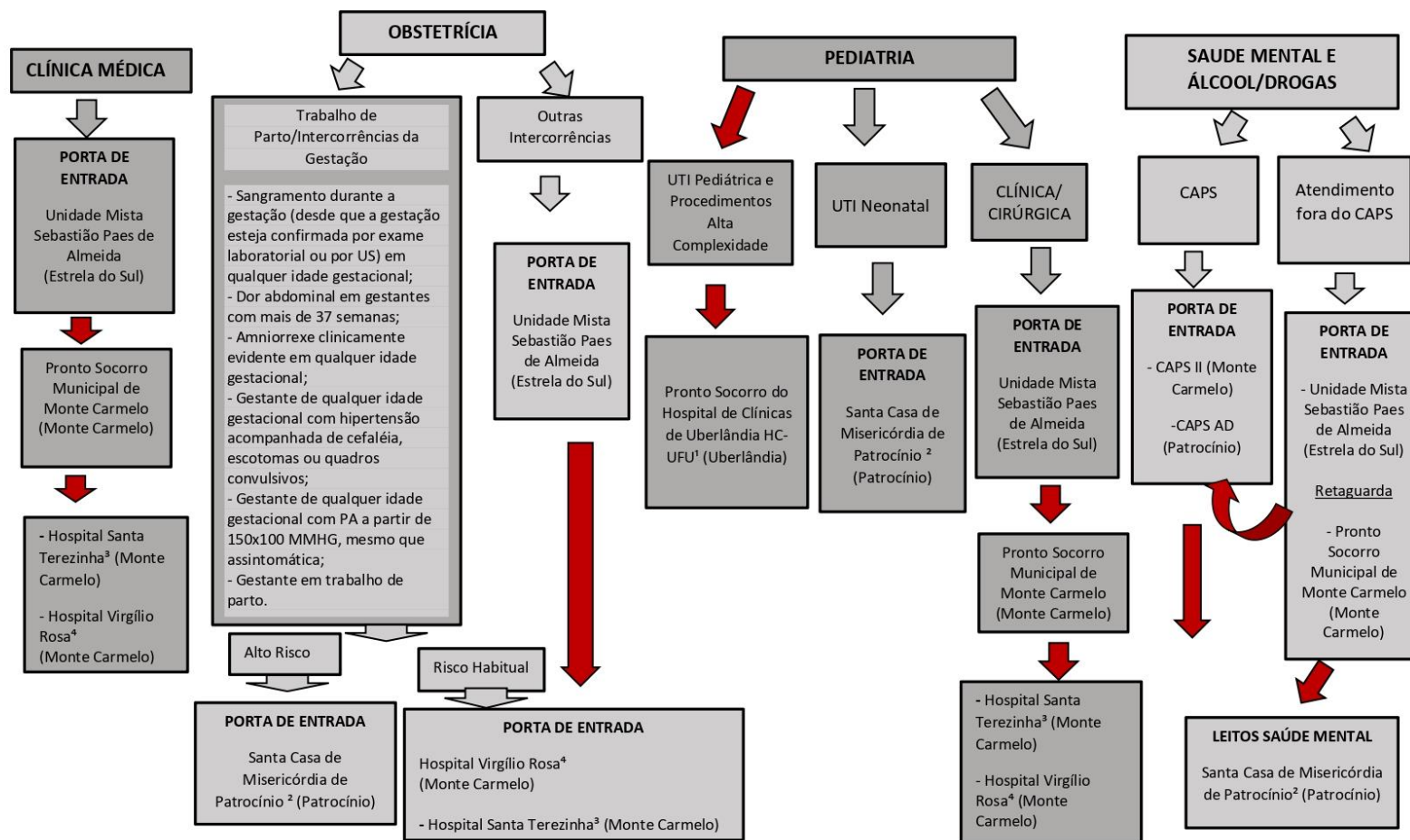
GRUPIARA – Paciente Regulado pelo SAMU



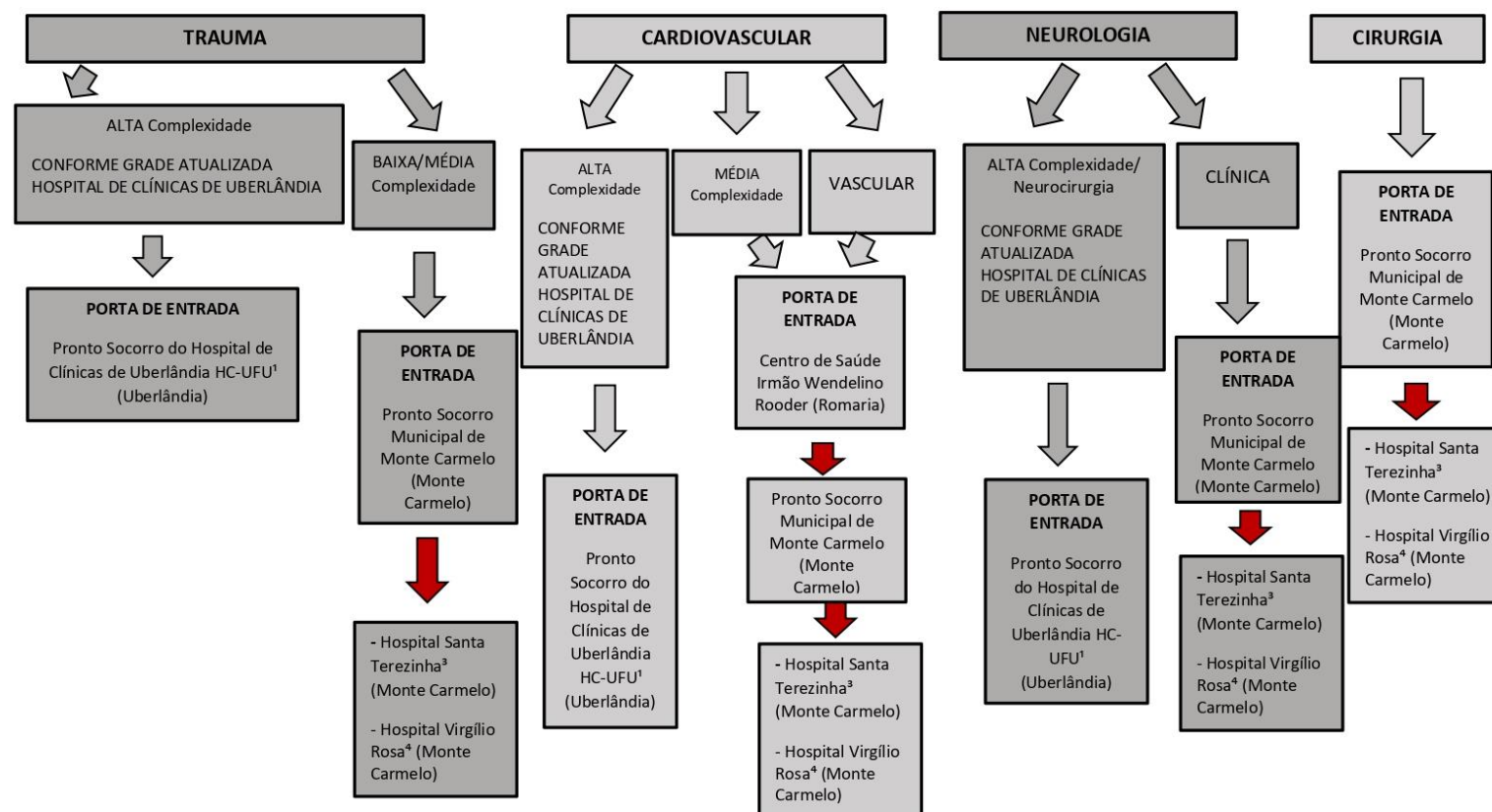
ESTRELA DO SUL – Paciente Regulado pelo SAMU



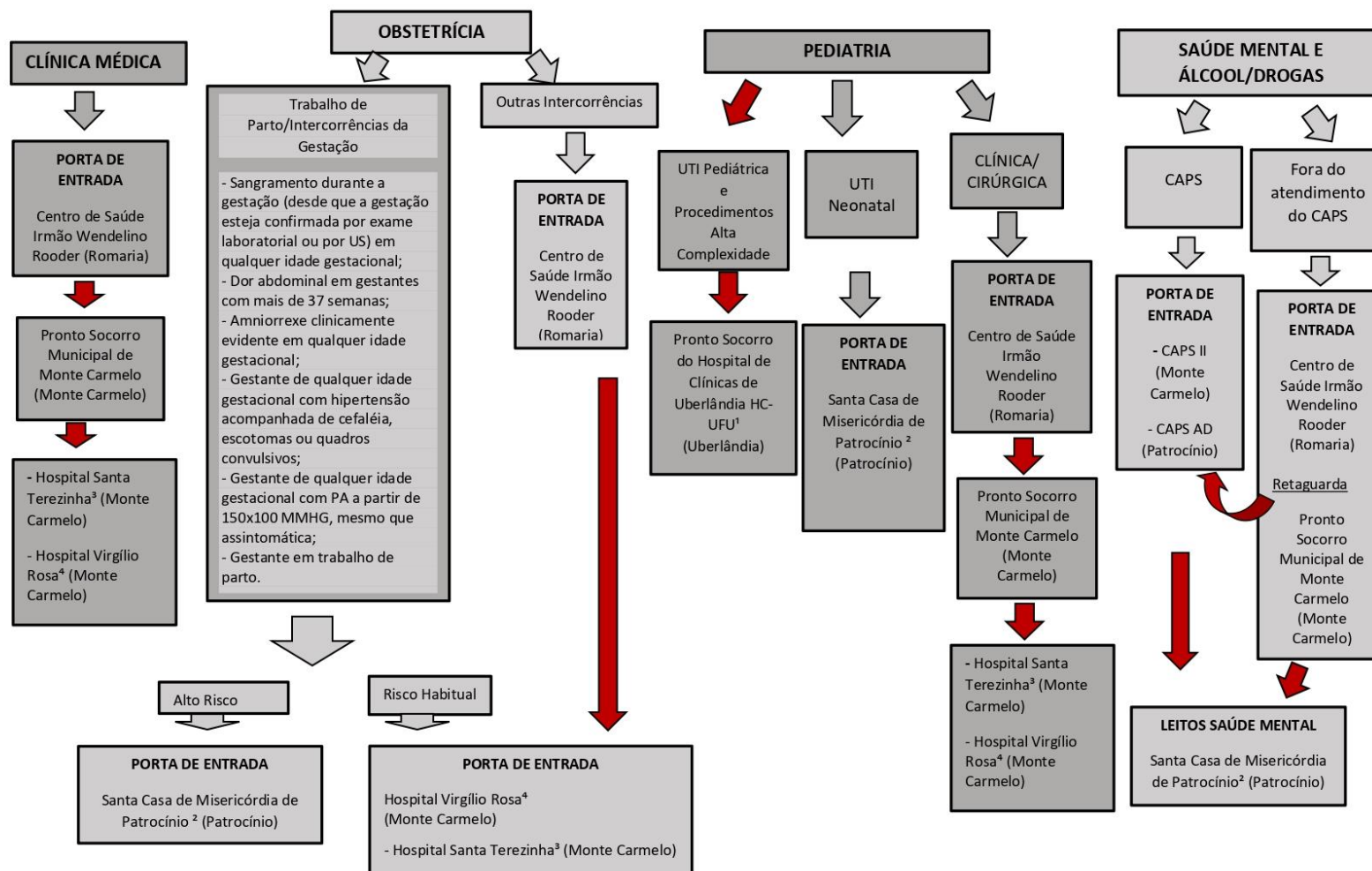
ESTRELA DO SUL – Paciente Regulado pelo SAMU



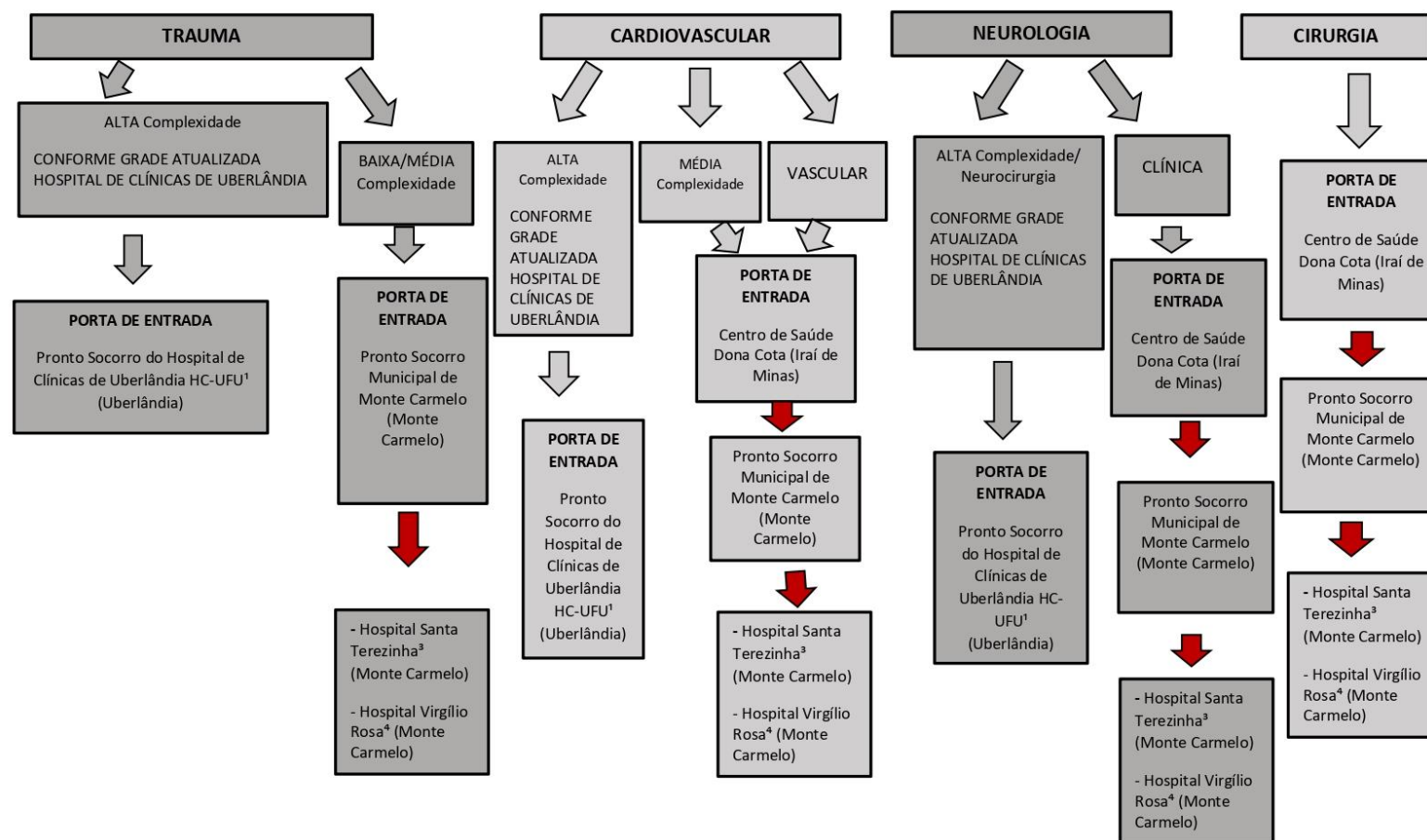
ROMARIA – Paciente Regulado pelo SAMU



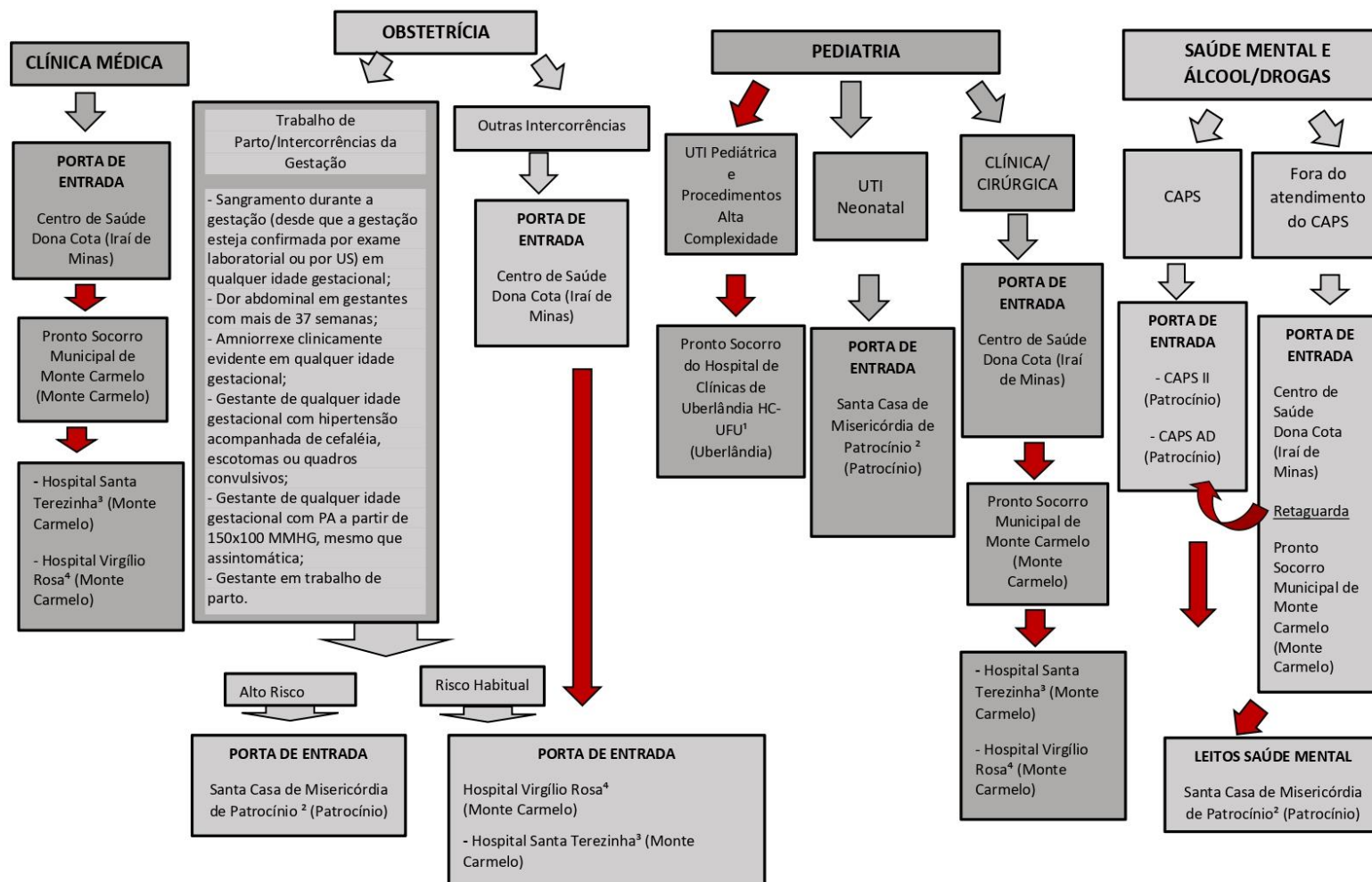
ROMARIA – Paciente Regulado pelo SAMU



IRAÍ DE MINAS– Paciente Regulado pelo SAMU



IRAÍ DE MINAS – Paciente Regulado pelo SAMU





SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção à Saúde



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

Anexo I

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DA UBSF / EQUIPE
ABADIA DOS DOURADOS	Patrocínio/Monte Carmelo	4033760	CENTRO DE SAUDE DONA NAIR GOMES CALDAS
ABADIA DOS DOURADOS	Patrocínio/Monte Carmelo	5858038	UBS D MARIA DAS CHAGAS BRUNO
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151774	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA COROMANDEL
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151766	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR JOSE FLAVIO R PEREIRA
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2196794	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR MARIO DIAS VALADARES
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151782	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PADRE LAZARO MENEZES
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	3021300	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA VICENTE FERREIRA BORGES
DOURADOQUARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2764547	CENTRO DE SAUDE ABILIO DOS SANTOS
ESTRELA DO SUL	Patrocínio/Monte Carmelo	2145804	POLICLINICA DR AMAURY FERREIRA DA SILVA
ESTRELA DO SUL	Patrocínio/Monte Carmelo	2758997	POSTO DE SAUDE DE DOLEARINA
GRUPIARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145405	UBS DINORA DIAS MOREIRA
IRAÍ DE MINAS	Patrocínio/Monte Carmelo	2145537	CENTRO DE SAUDE DONA COTA
IRAÍ DE MINAS	Patrocínio/Monte Carmelo	5924391	POSTO DE SAUDE AMERICO DIAS RESENDE
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206404	PSF ELIAS DE MORAES EQUIPE I
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6510132	PSF ARTHUR ROSA PENNA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6974724	PSF DR JOSÉ PEREIRA DE RESENDE - PSF-LAMBARI - EQUIPE II
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6974724	PSF DR JOSÉ PEREIRA DE RESENDE- PSF LAMBARI -EQUIPE I
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	5607191	PSF DR RUI MOREIRA DA SILVA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6746225	PSF DRA MARGARETH FALEIROS RESENDE
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6848893	PSF CATALUNA



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2195925	UBSF SANTA RITA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2195852	UBSF CELSO BUENO
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206471	PSF SELVA DE MORAES ALVES OLIVEIRA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	6675883	PSF VIVALDO BARBOSA AMORM
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196417	UNIDADE BASICA MARINO SANTOS - BOA ESPERANÇA 018
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196417	UNIDADE BASICA MARINO SANTOS - BOA ESPERANÇA 005
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196409	CENTRO INTEGRADO DE AT A SAUDE DR JOSE FIGUEIREDO CIAS - 014
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196409	CENTRO INTEGRADO DE AT A SAUDE DR JOSE FIGUEIREDO CIAS - 06
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196409	CENTRO INTEGRADO DE AT A SAUDE DR JOSE FIGUEIREDO CIAS - 07
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	6420990	UNIDADE BASICA DE SAUDE ENEAS FERREIRA DE AGUIAR - JD SUL
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	6420990	UNIDADE BASICA DE SAUDE ENEAS FERREIRA DE AGUIAR -017
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196360	UBS MATINHA
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196387	UBS MORADA NOVA 012
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196387	UBS MORADA NOVA 011
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196522	UBS SANTA TEREZINHA - 010
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196522	UBS SANTA TEREZINHA - 003
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196654	UBS SANTO ANTONIO - 008
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196255	UBS SAO CRISTOVAO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196344	UBS SAO JOAO DA SERRA NEGRA
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196328	UBS SAO JUDAS
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196670	UBS SAO VICENTE - 016
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2196670	UBS SAO VICENTE - 015
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	7722397	UBS DR JOSE RODRIGUES DE SOUZA - MARCIANO BRANDÃO 020
ROMARIA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145316	CENTRO DE SAUDE IRMAO WENDELINO ROODER



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

NEP CISTRI
Núcleo de Atenção Primária



SAMU
192

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA
NÚCLEO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – NRAS

Anexo II

MUNICÍPIO	MICRO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO
ABADIA DOS DOURADOS	Patrocínio/Monte Carmelo	4033760	CENTRO DE SAUDE DONA NAIR GOMES CALDAS
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151758	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR SEBASTIÃO MACHADO
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2197693	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE COROMANDEL
COROMANDEL	Patrocínio/Monte Carmelo	2151804	CAPS I COROMANDEL
DOURADOQUARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2764547	CENTRO DE SAUDE ABILIO DOS SANTOS
ESTRELA DO SUL	Patrocínio/Monte Carmelo	2145774	UNIDADE MISTA SEBASTIÃO PAES DE ALMEIDA
GRUPIARA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145405	UBS DINORA DIAS MOREIRA
IRAÍ DE MINAS	Patrocínio/Monte Carmelo	2145537	CENTRO DE SAUDE DONA COTA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206420	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE MONTE CARMELO
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206498	HOSPITAL VIRGÍLIO ROSA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2206501	HOSPITAL SANTA TEREZINHA
MONTE CARMELO	Patrocínio/Monte Carmelo	2222353	CAPS I MONTE CARMELO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2209187	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR CARLOS AFONSO NUNES
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2209195	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PATROCÍNIO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	2106213	CAPS II PATROCÍNIO
PATROCÍNIO	Patrocínio/Monte Carmelo	7735146	CAPS AD PATROCÍNIO
ROMARIA	Patrocínio/Monte Carmelo	2145316	CENTRO DE SAUDE IRMAO WENDELINO ROODER



Tipologia dos Estabelecimentos de Saúde

1 Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU):

- Hospital Polivalente, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Especializado tipo II, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

2 Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio (Patrocínio)

- Hospital Geral de Urgência Nível II, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.
- Hospital Geral, conforme Portaria nº 2.395, 11/10/2011.

3 Hospital Santa Terezinha (Monte Carmelo)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

4 Hospital Virgílio Rosa (Monte Carmelo)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

5 Santa Casa de Misericórdia de Coromandel (Coromandel)

- Hospital de Urgência Nível III, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.

6 Santa Casa de Abadia dos Dourados (Abadia dos Dourados)

- Hospital de Urgência Nível IV, conforme Anexo Único da Resolução SES/MG nº 4.448, 20/08/2014.