



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

NOTA TÉCNICA Nº 02

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E ROTINAS PARA TRANSPORTE DE PACIENTES DE ALTO RISCO EM UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA DO SAMU/RS

SOLICITAÇÃO

As transferências devem ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação do SAMU 192, e devem ser realizadas, conforme Portaria GM/MS nº 2.048/2002, em **Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D)**, que é o veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré hospitalares e/ou de transportes inter hospitalares que necessitem de cuidados médicos intensivos, exigindo condições especiais que não agravem o quadro do paciente. Esta ambulância deve contar com os equipamentos e materiais de urgência necessários para esta função.

1. SITUAÇÕES, CUJAS SOLICITAÇÕES DEVERÃO SER ATENDIDAS E REGULADAS PELA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS/SAMU RS

- a) Casos de risco iminente de morte, sequela ou sofrimento intenso com acesso garantido.
- b) Casos de risco iminente de morte sem acesso garantido (Vaga Zero).
- c) Casos graves sem risco iminente de morte para serviços de referência (vaga referenciada: “vaga sempre”).
- d) Morte Encefálica/Potencial Doador e Doador de Órgãos: Para municípios que contam com cobertura de Unidade de Suporte Avançado/USA/SAMU, a solicitação poderá ser realizada pelo Médico Regulador da Central Estadual de Regulação dos Transplantes. A solicitação poderá ser realizada pelo estabelecimento de saúde, onde se encontra o paciente e, neste caso, **deverá ser feito contato com o Médico Regulador Plantonista da Central Estadual de Regulação dos Transplantes**, através dos telefones (51) 3353-3046 ou (51) 3353-3047 para orientação sobre a conduta.

As Centrais de Regulação das Urgências deverão acolher e regular todas as solicitações de municípios gaúchos. A disponibilização de transporte em ambulâncias do Programa SAMU obedecerá aos critérios de gravidade e ainda às pactuações intergestores (CIR e CIB) e grade de referências de atendimento, conforme as Diretrizes Estaduais para Organização da Rede de Transporte Sanitário no Sistema Único de Saúde – SUS, no Rio Grande do Sul (Resolução nº 05/18 – CIB/RS). O transporte desses pacientes será disponibilizado, conforme pactuação, nos casos onde a distância não seja superior a 200 km de distância. A referência para o cálculo da distância aproximada será o *Google Maps*. O médico regulador das urgências do SUS, sendo ele a autoridade sanitária de plantão, imbuído na sua função gestora dos recursos disponíveis, poderá,



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

em casos extremos, em acordo com a Coordenação do SAMU/RS, requisitar ambulâncias fora das pactuações intergestores, sejam elas municipais, regionais ou estaduais.

2. RESPONSABILIDADES NA REALIZAÇÃO E COMPRA DE TRANSPORTES EM UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – USA

A SES, através das suas Centrais Estaduais de Regulação, atende solicitações de transporte para Instituições Hospitalares e/ou Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), com distância superior a 200 km de raio, somente após o atendimento ou o leito de UTI ter sido regulado, obedecendo aos critérios diagnósticos clínicos de gravidade e às diretrizes da Resolução nº 05/18 – CIB/RS.

Quando não houver pactuação para uso de Unidade de Suporte Avançado do SAMU e o leito de UTI for regulado pela Central Estadual de Regulação Hospitalar, a compra de transporte será de responsabilidade da própria Central Estadual de Regulação Hospitalar, com distância superior a 200 km. A solicitação poderá ser encaminhada pelo GERINT ou através do telefone (51) 3353-3000.

Transportes intermunicipais de pacientes psiquiátricos, por se tratarem de transferências de baixa complexidade, não serão realizados por ambulâncias de Suporte Avançado de Vida e serão de responsabilidade do município de origem.

Em situações onde o município possuir cobertura para atendimento SAMU, a distância for inferior a 200 km e existir a impossibilidade de realização do transporte pela equipe USA/SAMU (**SAMU implantado e não funcionando**), por quaisquer motivos (ex: falta de equipe, viatura em manutenção, etc.) NÃO será realizada a compra de transportes pelas Centrais Estadual de Regulação, Hospitalar e SAMU/RS, devendo a mesma ser garantida pelo município sede da USA (Resolução nº 05/18 – CIB/RS).

Nos casos de transporte de pacientes para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos eletivos (ex: agendamento de cateterismos diagnósticos, exames de controle, etc) e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o Suporte Avançado de Vida não será disponibilizado pelas Centrais Estaduais de Regulação, independente da distância, excetuando-se exames necessários ao diagnóstico imediato.

Não é de responsabilidade do SAMU 192, conforme Resolução CONSU nº 13, de 04 de novembro de 1998, o transporte de pacientes que estejam internados por convênios privados de saúde. Casos excepcionais serão verificados pelo médico regulador para os encaminhamentos necessários.

3. ETAPAS DE AUTORIZAÇÃO DO TRANSPORTE

- O serviço/hospital de origem do paciente solicita a autorização do transporte à Central Estadual de Regulação do SAMU 192.
- A indicação de transporte medicalizado deve ser conforme critérios diagnósticos para transferência de pacientes críticos contidos nesta nota técnica.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- Atendidos os requisitos descritos neste protocolo e com o atendimento assegurado no serviço de referência em urgência e emergência, o médico ou o enfermeiro (CIB-RS nº 450/2018) regulador dará prosseguimento à solicitação do transporte.
- Caso haja concomitância de solicitações e respeitada a avaliação de gravidade do caso, a prioridade segue a ordem neonatal – pediátrica – adulto.
- Transportes de pacientes neonatais (até 28 dias) em USA do SAMU somente serão realizados quando houver condições técnicas e equipamentos específicos para a realização destas transferências.
- Demais situações devem ser avaliadas pelo médico regulador, seguindo as legislações vigentes (Resolução nº 05/18 – CIB/RS, Manual de Regulação Médica das Urgências e Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002).

4. DIRETRIZES TÉCNICAS PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPORTE

4.1. Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante:

- a) O médico responsável pelo paciente, seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor, observando as seguintes diretrizes:
 - Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte.
 - Os pacientes que necessitem dos cuidados específicos em Unidades de Terapia Intensiva ou Unidades de Cuidados Intermediários e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades deverão receber os cuidados necessários para estabilização respiratória e hemodinâmica, para que sua transferência possa ser realizada com segurança.
 - Esgotar seus recursos antes de acionar a Central de Regulação ou outros serviços do sistema regional.
 - A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança.
- b) Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente.
- c) Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- d) Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável.
- e) A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante.
- f) Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação.
- g) Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá responsabilizar-se pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo as especificações técnicas estabelecidas e informando à Central de Regulação do SAMU Estadual sempre que algum paciente estiver sendo transferido para alguma unidade SUS.
- h) Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU n° 13, de 04 de novembro de 1998, e eventual regulamentação posterior, estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme abaixo:

Art. 7° A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

1° Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

2° Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

3° Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

OBSERVAÇÃO: Para pacientes que estejam em leito de UTI, sendo assistidos pelo SUS, mas que possuam planos de saúde, obedecidos os critérios deste protocolo, deverá ser garantida pelo SAMU a transferência destes pacientes para um leito de UTI privado ou de convênio. Esta medida visa desocupar o leito SUS, otimizando recursos públicos e



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

garantindo a continuidade do tratamento médico aos seus usuários, com ônus para as operadoras de convênios.

4.2. Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador:

O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte. Utilização do conceito de “vaga zero”, definido na Portaria GM/MS nº 2048/2002, nos casos de regulação inter-hospitalares onde a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco-regionais o tornem imperativo.

4.3. Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte:

- a) Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte, obedecendo princípios éticos e condutas conforme legislação médica vigente.
- b) Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente, no momento da recepção do mesmo para transporte, não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte.
- c) No transporte terrestre, deverão ser utilizadas as viaturas de transporte de suporte avançado de vida (USA), de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas.
- d) O transporte inter-hospitalar neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento destes pacientes e com equipe devidamente capacitada para tal transferência.
- e) Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente.
- f) Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor.
- g) Comunicar a mesa reguladora sobre o término do transporte e todas as situações em que ocorram intercorrências no trajeto do mesmo.
- h) Comunicar o retorno da equipe para a mesa reguladora ao sair do destino (rádio-operador) para que o mesmo possa colocar no sistema a equipe como indisponível até a chegada na base municipal.
- i) Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

4.4. Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor:

- a) Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da Central de Regulação Médica do SAMU.
- b) Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação.
- c) Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independentemente da existência de leitos vagos ou não – conceito de “vaga zero”.
- d) Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem.
- e) Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves.
- f) Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível.
- g) Comunicar a Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados e os observados na recepção do paciente.

5. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES CRÍTICOS POR EQUIPES DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA DO SAMU

5.1. Pacientes com doença cardiovascular nas seguintes condições:

- Síndrome coronariana aguda de alto risco (infarto do miocárdio, com eletrocardiograma apresentando supra ou infra desnivelamento do segmento ST-T, edema pulmonar ou hipotensão) ou angina instável, de início ou com intercorrência (ex: dor anginosa, arritmia grave) há menos de 24 horas.
- Emergência hipertensiva com necessidade de anti-hipertensivo endovenoso contínuo.
- Arritmias cardíacas que ameacem a vida, ou aquelas que mesmo não ameaçando a vida, possam ter a necessidade de cardioversão elétrica ou uso de marca-passo. Lembrar que presença de instabilidade por arritmia indica intervenção imediata, prioritariamente ao transporte.
- Dissecção ou aneurisma roto de aorta de início súbito (<24 horas).
- Pós-ressuscitação cardiopulmonar nas últimas 24 horas ou naqueles pacientes em que ainda não tenha sido corrigido o fator desencadeante.
- Choque de qualquer etiologia ou necessidade de suporte hemodinâmico com aminas ou outros fármacos vasoativos parenterais.
- Pacientes com doença cardíaca que não ameace a vida, mas com a necessidade de terapia com vasodilatador intravenoso.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- Insuficiência cardíaca, independentemente de função sistólica, com risco iminente de insuficiência respiratória ou necessidade de suporte hemodinâmico.
- Necessidade de monitorização invasiva de pressão arterial ou pressão venosa.
- Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos intratorácicos, cardiovasculares ou endovasculares eletivos ou de urgência, que tenham atual ou potencial comprometimento hemodinâmico, respiratório ou alto risco de sangramento maciço.
- Cardiopatias congênitas, com instabilidade cardiopulmonar.

5.2. Pacientes com doença pulmonar ou de vias respiratórias nas seguintes condições:

- Necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva em pacientes agudamente enfermos.
- Pacientes com doença pulmonar progressiva (vias aéreas superiores ou inferiores), de gravidade severa ou moderada com risco de progressão para insuficiência respiratória ou com potencial obstrutivo.
- Obstrução de via aérea.
- Doença pulmonar, com risco de falência respiratória e/ou obstrução de vias aéreas.
- Necessidade de suplementação de oxigênio acima de 40% para manter SpO₂ > 92%.
- Lesão de vias aéreas superiores ou inferiores, espontânea ou não, com possibilidade de instabilidade hemodinâmica ou respiratória.
- Tromboembolismo pulmonar com instabilidade respiratória ou hemodinâmica.
- Hemoptise maciça que não preencha as indicações anteriores.
- Necessidade de terapia broncodilatadora em infusão contínua.

5.3. Pacientes com doença neurológica com as seguintes condições:

- Pacientes com escala de coma de Glasgow menor ou igual a 13 ou rapidamente deteriorando, anisocoria ou ainda, tomografia computadorizada com alterações traumáticas agudas.
- Hemorragia intracraniana com potencial de herniação.
- Paciente em protocolo de morte encefálica e/ou potencial doador.
- Convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes.
- Pacientes com crises convulsivas que respondem à terapia inicial, mas requerem monitorização cardiorrespiratória contínua e que, mesmo sem apresentar comprometimento hemodinâmico, apresentam risco potencial de comprometimento respiratório.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- Inflamação aguda ou infecções meningéas, cerebrais ou medulares graves ou com déficit neurológico progressivo.
- Disfunção neuromuscular progressiva com alteração do sensório ou com risco iminente de depressão ventilatória.
- Sinais de hipertensão intracraniana.
- Após procedimentos neurocirúrgicos com necessidade de monitorização invasiva.
- Pré-operatório de neurocirurgia com deterioração neurológica.
- Sinais de compressão medular.
- Acidente vascular encefálico hemorrágico agudo.
- Acidente medular agudo de qualquer tipo, com sinais de comprometimento neurológico.
- Hemorragia subaracnóidea aguda.
- Coma metabólico, tóxico ou anóxico agudo.
- Acidente vascular cerebral isquêmico agudo, com escala de coma de Glasgow menor ou igual a 13 (risco de instabilidade durante o percurso do transporte) ou rapidamente deteriorando ou anisocoria.
- Pacientes neurocirúrgicos com ventriculotomia em antibioticoterapia, aguardando derivação ventriculo-peritoneal.

5.4. Pacientes com doença oncológica, ou hematologicamente instável, ou em sangramento ativo, com as seguintes condições:

- Coagulopatia grave.
- Pacientes com citopenia grave com sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório.
- Síndrome de Lise Tumoral.
- Protocolo de transplante de medula óssea.
- Pacientes com trombocitopenia, anemia, neutropenia ou tumores sólidos, que estão estáveis, mas apresentam risco de comprometimento cardiopulmonar, necessitando monitorização cardiorrespiratória contínua.
- Complicações graves da doença falciforme, como crise torácica, acidente vascular cerebral, anemia aplásica com instabilidade hemodinâmica.
- Tumores ou massas comprimindo vasos, órgãos vitais ou vias aéreas.
- Exsanguíneotransfusão, plasmaférese ou leucoaférese em pacientes instáveis.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

5.5. Pacientes com doenças endócrinas e/ou alterações metabólicas ou eletrolíticas de grande monta com descompensação aguda ou crônica agudizada, que causem risco ou instabilidade hemodinâmica ou respiratória, nas seguintes condições:

- Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar.
- Hipoglicemia ou hiperglicemia com necessidade de droga intravenosa contínua.
- Crise tireotóxica ou mixedematosa.
- Hiperpotassemia necessitando monitorização cardíaca e terapêutica específica.
- Hipo/hipernatremia grave.
- Hipo/hipercalcemia grave.
- Erro inato do metabolismo com deteriorização aguda, necessitando suporte respiratório, diálise ou outra terapêutica intervencionista.

5.6. Pacientes com doença gastrointestinal instável, com as seguintes condições:

- Sangramento gastrointestinal grave e agudo.
- Insuficiência hepática aguda levando ao coma, instabilidade hemodinâmica ou respiratória.
- Pancreatite aguda grave.
- Perfuração de víscera oca.
- Pacientes com corpo estranho gastrointestinal que requerem endoscopia digestiva de urgência, com comprometimento cardiorrespiratório.

5.7. Pacientes em pós-operatório necessitando monitorização ou suporte ventilatório ou requerendo intenso cuidado multidisciplinar, com as seguintes condições:

- Cirurgias de grande porte.
- Cirurgias de médio porte com instabilidade hemodinâmica ou risco de falência respiratória ou de perviedade de vias aéreas.
- Cirurgias de médio porte em portadores de comorbidades.
- Transplante de órgãos intracavitários.
- Politrauma com instabilidade hemodinâmica ou neurológica.
- Grande perda de sangue per ou pós-operatória imediata.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

5.8. Pacientes com doença renal instável, com as seguintes condições:

- Insuficiência Renal Aguda (IRA) com instabilidade hemodinâmica e/ou com necessidade de terapia dialítica que preencha critérios de admissão em UTI ou emergência de maior complexidade.
- Rabdomiólise aguda com insuficiência renal.
- Pacientes portadores de Síndrome Nefrótica complicada, com hipertensão arterial, que demandam monitorização da pressão arterial e outros cuidados intensivos.

5.9. Doenças de outros sistemas ou vários sistemas:

Intoxicação exógena com risco de descompensação.

- Disfunção de múltiplos órgãos.
- Hipertermia maligna.
- Vítimas de queimadura extensa (SC>60%), ou que tenham risco de sangramento, instabilidade hemodinâmica ou respiratória.
- Hipotermia levando a instabilidade.
- Acidentes elétricos ou ambientais com comprometimento de órgãos ou sistemas.
- Sepses com critérios de gravidade.
- Quase afogamento com instabilidade ou afogamento.
- FAB ou FAF com penetração em tórax, crânio e/ou abdome (atenção: mesmo em pacientes com escala de coma de Glasgow 15 e ventilando espontaneamente, a deterioração pode ser mais rápida do que o transporte até o hospital de destino, podendo necessitar, ainda de manobras de urgência salvadoras da vida, tais como: punção torácica - pneumotórax hipertensivo, cricotireoidostomia - hematoma em evolução em região cervical, dentre outras).
- Politraumatizados com risco de instabilidade hemodinâmica ou respiratória.
- Instabilidade hemodinâmica ou respiratória, garantidas as condições adequadas para a realização da transferência.

5.10. Trabalho de Parto e Doenças Obstétricas:

Serão considerados critérios de transporte em USA do SAMU aquelas onde exista o risco de morte materna, sendo elas:

- Doença Hipertensiva Específica da Gestação: Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia, Síndrome HELLP.
- Gestante vítima de trauma grave, considerando os mesmos critérios de transporte e vaga zero de um paciente não gestante.
- Descolamento Prematuro de Placenta (DPP).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- Trabalho de Parto Prematuro.
- Gestante com Diabetes não controlada, Insuficiência Renal, Insuficiência Cardíaca ou alguma outra comorbidade clínica - médico regulador deve avaliar risco individual da gestante e decidir ou não pela liberação da viatura.
- Casos onde exista a necessidade de UTI no pós parto ou pós aborto por intercorrência clínica ou anestésica.
- Risco de Morte Fetal: Oligodrômio Absoluto, Corioamniomite, Crescimento Intra-uterino Restrito (CIUR).

ESCORE DE MALINAS

Escore (Valor)	Número de gestações até o momento	Duração do trabalho de parto	Duração das contrações	Intervalo entre 2 (duas) contrações	Tempo de amniorrexe
0 (zero)	1	< 3 horas	<1 min	>5 min	Nega
1 (um)	2	Entre 3 e 5 horas	1 minuto	Entre 3 e 5 min	Recente (<1 hora)
2 (dois)	3 ou mais	> 6 horas	>1 minuto	< 3 min (ao menos 2 em 5 min)	>1 hora

Atentar para multiparidade com um mesmo valor de escore, pois múltiparas tendem a parir mais rapidamente. Levarem conta o prazo de chegada até a maternidade.

Observação: Situações excepcionais que não estejam contempladas neste documento somente deverão ser autorizadas pela Coordenação da Central Estadual de Regulação do SAMU/RS.

Nota Técnica nº 02, revisada em dezembro de 2019.

**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO SAMURS/CEUE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL/SES/RS**