



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**PROJETO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

***IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR  
MÓVEL E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS  
(SAMU-192)***

**1ª ETAPA:**

CAPITAIS E MUNICÍPIOS

COM MAIS DE CEM MIL HABITANTES

EM CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA.



Brasília – agosto de 2003

‘

**Esta versão foi produzida em 08 de agosto de 2003,  
contendo modificações sugeridas durante a 3ª reunião da  
Câmara Técnica da CIT, realizada em 06 de agosto de 2003,  
para tratar do tema.**

## Índice

1. Introdução.....	4
1.1. Aproximação diagnóstica da situação das urgências no Brasil.....	4
1.2. Pressupostos para implantação da política nacional de atenção às urgências.....	8
a) atenção pré-hospitalar:.....	10
a.1. atenção pré-hospitalar fixo.....	10
a.2. atenção pré-hospitalar móvel.....	10
b) atenção hospitalar:.....	11
c) atenção pós-hospitalar:.....	11
2. A Regulação da atenção às urgências: papéis e responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde.....	11
3. O projeto de implantação de Serviços de Atenção Móvel de Urgências e suas centrais de regulação de atenção às urgências.....	15
3.1 Fundamentos Normativos.....	15
3.2 Objetivos Gerais:.....	16
3.3 Objetivos específicos da implantação da Atenção Pré-hospitalar móvel e da Regulação da Atenção às Urgências:.....	17
Relativos ao SAMU.....	17
Relativos a Central SAMU – 192:.....	17
Relativos aos Núcleos de Educação em Urgências.....	18
Relativos ao papel dos gestores dos Sistemas de Urgência e Emergência.....	19
4. Metodologia:.....	19
4.1. Parâmetros Técnicos e Financeiros da Implantação dos Serviços de Atenção Pré-hospitalar Móvel:.....	20
4.1.1. Abrangência populacional:.....	21
4.1.2. Parâmetros de planejamento:.....	21
4.1.3. Custos de aquisição:.....	21
4.1.4. Custo mensal de manutenção:.....	22
4.1.5. Descritivo do custo na primeira etapa do Projeto:.....	23
4.2. Memorial dos equipamentos;.....	24
4.3. Modalidade de aquisição:.....	24
4.4. Garantia do Custeio:.....	25
4.5. Requisitos necessários à qualificação dos projetos:.....	26
4.6 Compromissos com outras ações prioritárias do Ministério da Saúde:.....	30
4.7 Atividades de sensibilização e capacitação e acompanhamento voltadas para os gestores e coordenadores de urgência:.....	30
4.8. Acompanhamento e avaliação das ações:.....	31
5. Estratégia de comunicação:.....	31
5.1 Padronização visual.....	32
5.2 Campanha Nacional de Divulgação.....	32
5.3 Campanha Regional de Divulgação.....	33
6. Referências bibliográficas para elaboração dos projetos.....	33

# 1. Introdução

## 1.1. Aproximação diagnóstica da situação das urgências no Brasil

As situações de saúde que se apresentam cotidianamente como urgências e os graves problemas observados na estruturação do sistema de atenção à saúde para atendê-las com o grau de eficiência e eficácia necessários, constituem-se na visão dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, como o mais importante problema de saúde em nosso país. Por isso, o Governo do Presidente Luiz Ignácio Lula da Silva pretende desenvolver ações que efetivamente priorizem a área de Urgência, com o objetivo de proteger a vida e melhorar as condições de saúde da população.

As urgências no Brasil descrevem um quadro de necessidades sociais maiores que o conjunto de ações programáticas até o momento implantadas na área. No contexto do Sistema Único de Saúde, o histórico nacional da atenção às urgências tem se caracterizado como fonte de permanente tensão com a sociedade. Esta situação decorre de que, entre as dificuldades encontradas no processo de implantação do SUS, concernentes à efetivação de suas diretrizes, o capítulo das urgências, da reforma sanitária brasileira, é aquele que apresenta maiores insuficiências na descentralização, hierarquização e financiamento. A combinação desses fatos termina por lhe delinear perfil assistencial negativo e incompleto aos olhos da população, fundamentada a partir de vivências e opiniões expressivas de sofrimento e insegurança em relação à efetividade dos serviços de urgência.

Historicamente, as urgências no Brasil vêm se caracterizando por :

- forte racionalidade hospitalocêntrica, indicativo de uma hierarquização e uma integralidade precárias;
- dissociação com outras estratégias e níveis de atenção (enfoque promocional, atenção básica, assistência/internação domiciliar);

- conjunto de referências e contra-referências subdimensionadas e deficientes, pouco claras e freqüentemente desrespeitadas;
- distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravadas na medida em que se caminha para o interior do País (Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Cardiologia, Terapia Intensiva, Psiquiatria, etc.);
- maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população;
- processo de trabalho extenuante que, associado a problemas de qualificação e capacitação e a outros conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento (carência de protocolização, acolhimento e triagem de risco), implicam em baixa resolubilidade da assistência e na desumanização das relações entre trabalhadores da saúde e o binômio paciente-família;
- ausência dos princípios básicos de promoção da saúde na elaboração das ações vinculadas ao setor;
- ausência de centrais de regulação médica de urgência, configuradas como elemento ordenador e orientador, integrando o complexo regulador da assistência do SUS;
- ausência de serviços de atenção pré-hospitalar móvel na maioria dos municípios, muito embora em alguns existam serviços exclusivamente voltados ao trauma, com baixa integração e regulação com o sistema de saúde;
- serviços de transporte de pessoas não regulados e que não seguem padrões normativos e protocolos técnicos;

- insuficiente qualificação profissional para atenção às urgências, baixa capacidade pedagógica instalada para a educação permanente em emergências clínicas e traumáticas e ausência de espaços descentralizados e tecnologicamente equipados para a formação específica em urgências.

Entretanto, a expansão do fenômeno da violência no Brasil, suas repercussões sobre o perfil de morbi -mortalidade das grandes cidades brasileiras, no desempenho e financiamento do Sistema Único de Saúde, fortalecem ainda mais a necessidade de se estruturarem ações que busquem organizar uma rede de atenção integral às urgências, organizada a partir de um diagnóstico de necessidades sociais e da identificação de vazios assistenciais:

- Na última década, segundo a UNESCO, o número total de homicídios no Brasil cresceu 29%. Entre jovens, este incremento foi da ordem de 48%;
- Em 2001, em relação a acidentes e violências, verificou-se aumento de cerca de 30% no índice de anos potenciais de vidas perdidas;
- O principal grupo etário exposto à violência são os brasileiros com idade entre 15-40 anos, com prevalência maior entre aqueles do sexo masculino;
- Até meados de 2001, calcula-se que no SUS se tenha gasto R\$ 635 milhões com atendimento das causas externas, ou seja, plus de 24 % sobre o que foi gasto nos quatro anos anteriores;
- Estudos econômicos estimam que a violência no País consome anualmente cerca de 7 a 10% do Produto Interno Bruto.

As causas externas vinculadas à violência possuem poder real de transtornar todo o processo de atenção a saúde, a partir da pressão contínua

sobre uma rede de atendimento de urgências insuficiente em sua dimensão física e funcional.

Por outro lado, diante da magnitude desses dados, convém não subestimar o papel das urgências clínicas no SUS. Estatísticas de algumas cidades brasileiras, que já possuem serviços de atenção pré-hospitalar móvel, demonstram em média a relação de 6 urgências/emergências clínicas transportadas para cada 4 casos de trauma atendidos por aqueles serviços de saúde.

Nesse fluxo de atenção das causas externas, destacam-se os grandes Pronto Socorros, onde, com frequência, quadros clínicos silenciosos, não menos graves, são obscurecidos, tornados secundários, frente às urgências ruidosas e sangrantes, rompendo um importante elo na cadeia de manutenção da vida (cadeia de sobrevivência) e permitindo-se assim que se modele uma condição de iniquidade dentro do próprio sistema de atendimento.

Também contribui para dilatar a permanência das pessoas nas unidades de urgência o dimensionamento inadequado da retaguarda de recursos diagnósticos e terapêuticos, promovendo o congestionamento de salas de urgência e acentuando a angústia e o sofrimento dos que aguardam por uma definição de suas demandas.

A carência de planejamento e regulação na urgência, sempre submetida às razões da demanda, faz também com que se disputem leitos especializados de retaguarda (em especial os de terapia intensiva), com o restante dos serviços hospitalares (pós-operatórios de cirurgias eletivas). Em conseqüência os serviços hospitalares de urgência improvisam leitos de UTI necessários ao atendimento de suas demandas (urgências), não poucas vezes em áreas destinadas à observação clínica e em corredores, via de regra sem as qualificações de ambiência necessárias.

Essa disputa por fluxo e espaço, por leitos hospitalares e de terapia intensiva, entre pessoas acometidas por quadros agudos e crônicos, compromete

a marcação e a realização de procedimentos eletivos, e leva a redução na oferta de leitos “por dentro” do sistema, ao fim onerado em sua capacidade de responder a dimensão das necessidades sociais em saúde.

Não é possível, por fim, considerar uma política de urgência surda a uma necessária e premente integração com a rede de atenção básica, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar.

## **1.2. Pressupostos para implantação da política nacional de atenção às urgências**

A definição de uma política nacional de atenção às urgências, tendo por base o princípio da integralidade, pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios sociais do País, estabelecendo-se desse modo, *sob o imperativo das necessidades humanas*, as bases que orientem a elaboração dos planos de atenção às urgências estaduais ou municipais, conforme Portaria GM/MS n.º 2048, de 05 de novembro de 2002, que estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e que no seu Artigo 2º determina que as *Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01 / 2002, adotem as providências necessárias à implantação dos sistemas estaduais de urgências e emergências, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização / habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão estas redes.*



Os sistemas de urgência e emergência devem ser implementados em torno de cinco eixos:

1- Adoção de uma estratégia promocional de qualidade de vida e saúde para combater as causas de urgência (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, acidentes e violências);

2- Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as desde a atenção básica até unidades hospitalares, ou de maior complexidade, e da área de reabilitação;

3- Instalação e operação do complexo de regulação da assistência do SUS - Central de Leitos, Central de Consultas e Marcação de Exames, Central Obstétrica, Central de Regulação Médica de Atenção às Urgências, integradas entre si.

4- Qualificação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção (promoção, atenção básica, assistência pré-hospitalar e assistência hospitalar), seja dos profissionais de nível superior ou dos profissionais técnicos, promovendo capacitação profissional mediante uma educação em urgências em acordo com às diretrizes do SUS, e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

5- Estratégias de atenção orientadas segundo princípios de humanização.

Estas ações, contudo, devem ser trabalhadas à vista de horizonte mais amplo, de contornos ainda pouco definidos, que impõem a necessidade de estudos diagnósticos regionais e de caso, articulados à cooperação técnica com as secretarias de saúde dos estados e centros de excelência na organização da atenção às urgências.

Inclui-se nesse contexto a definição do modelo de atenção às urgências em cidades com população menor que 100 mil habitantes e regiões geográficas

caracterizadas como de grande extensão territorial, vias de acesso difíceis, com baixa densidade demográfica, rede física de saúde insuficiente e escassez de trabalhadores da saúde (Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste), necessário à prática e ao desenvolvimento de ações para atenção à saúde e que requererão, nas etapas subseqüentes de implementação do sistema nacional de atenção às urgências, estratégias específicas para cada realidade e condições peculiares.

Para enfrentar a atual situação das urgências no Brasil, nos próximos quatro anos, o Ministério da Saúde se propõe organizar a atenção às urgências, investindo em ações que garantam uma rede assistencial hierarquizada e resolutiva, onde sejam considerados como espaços estratégicos de integralidade:

**a) atenção pré-hospitalar:**

*a.1. atenção pré-hospitalar fixo*

Os componentes da atenção pré-hospitalar fixo constituem o primeiro nível de atenção em urgências, a ser prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades de Saúde da Família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não hospitalares de atenção às urgências (Pronto Atendimento). Conforme Portaria GM/MS n<sup>o</sup> 2048, de 05 de novembro de 2002, "essas unidades deverão possuir uma adequada retaguarda para referência dos pacientes, que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade, mediados pela central de regulação médica de atenção às urgências".

*a.2. atenção pré-hospitalar móvel*

Este componente, objeto deste projeto, será abordado mais adiante.

**b) atenção hospitalar:**

Compõe-se dos pronto-socorros das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais, especializados, de retaguarda, de longa permanência e os de terapia intensiva, mesmo que estes leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuam sem porta aberta às urgências (hospitais sem pronto socorro)<sup>1</sup>. Estes leitos, bem como todos os serviços de retaguarda diagnóstica e terapêutica, inclusive os de alta complexidade, existentes nestes hospitais, devem ser utilizados para a atenção integral às urgências de forma integrada e regulada.

**c) atenção pós-hospitalar:**

Constituído dos componentes de atenção domiciliar e reabilitação.

## **2. A Regulação da atenção às urgências: papéis e responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde.**

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecido através de Portaria GM/MS n ° 2048, de 05 de novembro de 2002, define não só a organização estrutural e funcional dos sistemas, bem como a responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

Na perspectiva acima considerada, este projeto reconhece o papel fundamental dos municípios na execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador, onde as centrais municipais poderão atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto aos pólos regionais, sempre que

---

<sup>1</sup> Portaria 2224, de 05 de dezembro de 2002..

houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Bipartite.

Por sua vez, cabe a esfera de governo estadual, dentro de suas macro-funções de regulação e cooperação o papel de:

1 – coordenar a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização de ações, de acordo com os pactos estabelecidos.

2 – assessorar e supervisionar o processo de implementação dos planos municipais e regionais de regulação da assistência.

3 – monitorar o cumprimento das pactuações estabelecidas, de forma ordenada, oportuna, qualificada e equânime.

4 – promover a interlocução inter e intra-regional.

5 – monitorar, em tempo real, o sistema de atenção integral às urgências quanto a sua acessibilidade e resolubilidade.

6 – avaliar sistematicamente os fluxos pactuados e os espontâneos de pacientes em direção aos serviços de urgência, propondo correções quando necessário, com base no Plano Diretor de Regionalização, Programação Pactuada Integrada e necessidades não atendidas.

7 – compilar, consolidar dados e realizar a análise epidemiológica das demandas direcionadas às Centrais de Regulação da Atenção às Urgências, identificando lacunas assistenciais e subsidiando ações de planejamento ou investimento e de controle do SUS.

8 – gerenciar o processo de avaliação das ações e serviços de saúde.

Sendo assim, as macro-funções do Estado, no âmbito da organização da atenção às urgências, ficam estabelecidas na dimensão da organização e regulação geral do sistema estadual, garantindo a universalidade, a equidade e a

integralidade da atenção às urgências. As secretarias estaduais de saúde poderão, ainda, conforme a pactuação estabelecida com os municípios, assumir no âmbito regional a gestão do sistema de atenção pré-hospitalar móvel e a operacionalização das centrais SAMU – 192.

Os Estados deverão operar ativamente no sentido da construção e ordenamento dos sistemas regionais, cabendo-lhe no exercício da regulação estadual, quando necessário, promover a mediação entre os gestores municipais da saúde e dos fluxos entre as centrais de regulação regionais de urgência.

Deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações.

Os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional. Permitirão que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis.

Nos Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro-regulação (regional e local). Este relatório da situação da atenção estadual às urgências será remetido à Coordenação Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em Brasília, onde comporá a base nacional de dados relativa a atenção às urgências.

Recomenda-se que os Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras.

Sugere-se que os Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: coordenador Regional do Sistema de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função, coordenadores municipais do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil e dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes, e conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

Em relação aos Comitês Gestores dos Sistemas Municipais de Atenção às Urgências sugere-se a seguinte composição mínima: Coordenador Municipal do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil Municipal e do gestor municipal da área de trânsito, e conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

### **3. O projeto de implantação de Serviços de Atenção Móvel de Urgências e suas centrais de regulação de atenção às urgências.**

#### **3.1 Fundamentos Normativos**

Os fundamentos normativos do presente projeto baseiam-se no Regulamento Técnico do Sistema Estadual de Urgências, instituído pela Portaria GM/MS n<sup>o</sup> 2048, de 05 de novembro de 2002, donde é possível destacar:

*“Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar à sofrimento, seqüelas, ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e / ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.”*

*“O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais.”*

*“A regulação médica das urgências, baseada na implantação de suas centrais de regulação é o elemento ordenador e orientador dos sistemas estaduais de urgência e emergência. As centrais, estruturadas nos níveis estaduais, regionais e / ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.”*

*“As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS n<sup>o</sup> 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma as secretarias de saúde dos Estados e Distrito Federal devem elaborar o plano estadual de regulação das urgências e emergências.”*

*“O setor privado de atendimento pré-hospitalar móvel das urgências e emergências (incluídas as concessionárias de rodovias) devem contar obrigatoriamente com centrais de regulação (...). Essas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares, não conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente.”*

*“Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.”*

### **3.2 Objetivos Gerais:**

- a) Orientar e implementar a estruturação dos componentes da atenção pré-hospitalar móvel da atenção às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde, abaixo relacionados:
  - *Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU)*
  - *Central de Regulação Médica de Urgência (Central SAMU – 192)*
- b) Estabelecer a cooperação técnica com os Corpos de Bombeiros, Polícia Rodoviária, Militares e Civil, Guarda Municipal, Defesa Civil Estadual e Municipal na área de resgate, salvamento, atenção à desastres e acidentes com múltiplas vítimas.
- c) Estimular a organização de sistemas regionais de atenção às urgências, coerentes com o plano diretor de regionalização e a PPI, em cada estado e em suas diferentes regiões e municípios.
- d) Implantar os *Núcleo de Educação de Urgências*.



### **3.3 Objetivos específicos da implantação da Atenção Pré-hospitalar móvel e da Regulação da Atenção às Urgências:**

#### **Relativos ao SAMU**

- Implantar o componente de atenção pré-hospitalar móvel em capitais e municípios com população superior a cem mil habitantes, em gestão plena do sistema<sup>2</sup>, adequando-os às necessidades dos estados e municípios.
- Financiar, em 2003, a aquisição de ambulâncias e equipamentos para a implantação de 650 equipes/unidades de Suporte Básico de Vida (USB) e 150 equipes/unidades de Suporte Avançado de Vida (USA).

#### **Relativos a Central SAMU – 192:**

- Garantir a implementação de Plano de Atenção às Urgências, contendo as grades de referência e contra-referência, por especialidade ou área de atuação, envolvendo todos os serviços do sistema, desde as unidades básicas de saúde (UBS) e unidades saúde da família, as unidades não hospitalares de atenção às urgências, prontos socorros hospitalares e demais unidades, considerando seu papel potencial, seja como solicitantes ou receptoras, sejam estas unidades públicas ou contratadas/conveniadas.
- Financiar a construção ou reforma e a aquisição de equipamentos para a implantação de até 152 centrais SAMU - 192, acessadas pelo número telefônico gratuito 192, específico das urgências.
- Garantir acesso por número gratuito próprio (192), com escuta médica 24 horas por dia, capacitada em prestar atenção à distância em suas cinco vertentes:

- aconselhamento e orientação;
- definição da utilização dos recursos móveis adequados à situação em demanda;
- definição do destino das pessoas na rede de urgência, garantindo adequação de necessidades com ofertas disponíveis e apropriadas, monitorando o atendimento e o acolhimento nos serviços;
- orientação para os profissionais dos serviços de saúde que se deparam com situações de urgência;
- coordenação da atenção médica e dos fluxos de atenção em casos de desastres e situações de calamidade de qualquer natureza, conforme previsto no artigo 115, inciso XIII da Lei 8080/90;

### **Relativos aos Núcleos de Educação em Urgências**

- Promover profundo processo de *capacitação e de educação permanente* dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema.
- Estimular a *adequação curricular* nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências.
- Implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde junto aos órgãos formadores e incentivar à composição da abordagem temática em urgência em todos os Pólos de Educação Permanente em Saúde.
- Financiar a aquisição de equipamentos técnicos para a estruturação de Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde e Núcleos de Educação em Urgências articulados com os Pólos de Educação

---

<sup>2</sup> Em julho de 2003, equivale a 20 capitais e 132 municípios, garantindo cobertura potencial à cerca de 69 milhões de habitantes.

Permanente em Saúde, onde estes estiverem implantados, sendo no mínimo um por Estado (ação imediata: formação de professores).

### **Relativos ao papel dos gestores dos Sistemas de Urgência e Emergência**

- Implantar Comitês Gestores dos Sistemas de Atenção às Urgências.
- Implantar o custeio da atenção pré-hospitalar móvel através de repasse mensal fundo a fundo aos municípios e estados que tenham seus projetos qualificados.
- Possibilitar aos municípios e estados que já possuem Atenção Pré-Hospitalar Móvel e Central SAMU - 192, em conformidade com as especificações técnicas da legislação existente (Portaria GM/MS n º 2048 de 05 de novembro de 2002), a garantia do custeio através de repasse mensal fundo a fundo, desde que tenham seus projetos qualificados..
- Concentrar esforços na humanização da atenção à saúde, como estratégia de qualificação das relações interpessoais das equipes de saúde e com a população.

## **4. Metodologia:**

O processo inicial de implantação do componente pré-hospitalar móvel exige a elaboração de um diagnóstico abrangente dos 152 municípios identificados, contemplando os seguintes itens: identificação da rede de atenção instalada, em suas características físicas e complexidade de atuação no atendimento das urgências; levantamento dos dados de produção; identificação dos fluxos de pacientes pactuados e/ou espontâneos intra e extramunicipais existentes; caracterização do transporte interinstitucional dos pacientes com quadros urgentes; diagnóstico da causalidade local e regional das urgências; análise da cobertura assistencial a partir dos parâmetros de cobertura

populacional vigente; identificação dos padrões profissionais das equipes de saúde, que permitirão a elaboração de uma linha de base descritiva dos serviços de saúde e dos perfis epidemiológicos existentes.

Esta etapa diagnóstica será progressivamente estendida às demais capitais, regiões metropolitanas oficiais e outros municípios com mais de 100 mil habitantes, com potencial de operarem como referência regional imediata, bem como aos municípios menores e de regiões com difícil acesso.

O banco de dados originado dessa intervenção se constituirá na pedra fundamental para a elaboração de uma política nacional de atenção integral às urgências, conformada aos planos diretores regionais, dando conta inicialmente de sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde, reunindo urgências/emergências clínicas e decorrentes de causas externas:

1. Traumatismos (acidentes, violências e suicídios);
2. Urgências Cardiovasculares;
3. Urgências Ginecológicas e Obstétricas;
4. Urgências Pediátricas;
5. Urgências Psiquiátricas;
6. Urgências Metabólicas – Diabetes
7. Urgências Respiratórias

A referida linha de base permitirá, ainda, a monitorização e explicitação dos avanços obtidos na implementação da referida política nacional.

#### **4.1. Parâmetros Técnicos e Financeiros da Implantação dos Serviços de Atenção Pré-hospitalar Móvel:**

#### **4.1.1. Abrangência populacional:**

Na 1ª etapa do projeto, população das capitais e municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes (IBGE, 2002), em gestão plena do sistema.

#### **4.1.2. Parâmetros de planejamento:**

Proporcionalidade de unidades móveis de suporte básico de vida, avançado e centrais SAMU - 192 em relação à população calculada:

- Unidade de Suporte Básico: 1 / 100.000 a 150.000 hab
- Unidade de Suporte Avançado: 1 / 400.000 a 450.000 hab (no mínimo 01 unidade para cada município com mais de 100 mil habitantes)
- Central SAMU - 192: 1 médico regulador durante 24hs / Central SAMU – 192. Estima-se, preliminarmente, que seja implantada uma central para cada capital ou município acima de 100 mil habitantes. Entretanto, deve-se considerar a possibilidade de que os municípios possam se agregar entre si, estimulando a regionalização da assistência, conforme previsto no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Em situações estabelecidas de forma pactuada entre municípios e estado, poderão ser implantadas Centrais SAMU – 192 regionais, promovendo a otimização do investimento e favorecendo as possibilidades de financiamento tripartite.

#### **4.1.3. Custos de aquisição:**

- Unidade de Suporte Básico: R\$ 85.000,00 (por viatura)
- Unidade de Suporte Avançado: R\$ 125.000,00 (por viatura)
- Central SAMU - 192:
  - Equipamentos:
    - para municípios com população entre 100 e 250 mil habitantes: R\$ 100.000,00:

- para municípios com população entre 250 e 500 mil habitantes: R\$ 150.000,00:
- para municípios com população maior que 500 mil habitantes: R\$ 200.000,00:
- Área física:
  - para municípios com população entre 100 e 250 mil habitantes: R\$ 50.000, 00
  - para municípios com população entre 250 e 500 mil habitantes: R\$ 100.000,00
  - para municípios com população maior que 500 mil habitantes: R\$ 150.000,00
- Laboratório de Ensino em Procedimentos de Saúde:
  - Equipamentos: R\$ 150.000,00
  - Capacitação de docentes dos órgãos formadores de ensino superior e técnico e qualificação de instrutores/multiplicadores dos serviços de saúde ou estudantes da área da saúde: R\$ 150.000,00

Obs: estes valores serão 100% financiados pelo Ministério da Saúde

#### **4.1.4. Custo mensal de manutenção:**

Como referência, estima-se com base no levantamento de custos efetuado pelo Ministério da Saúde:

- Equipe de Suporte Básico: R\$ 25.000,00 / mês (composta por motorista e técnico/auxiliar de enfermagem + insumos)
- Equipe de Suporte Avançado: R\$ 55.000,00 / mês (composta por motorista, médico e enfermeiro + insumos)

- Equipe da Central SAMU - 192: R\$ 38.000,00 / mês (composto por coordenador, médico regulador, enfermeira, operador de frota, telefonista auxiliar de regulação, apoio administrativo, auxiliar de serviços gerais)

Observação: o Ministério da Saúde repassará 50% destes valores fundo a fundo, a partir da qualificação.

#### **4.1.5. Descritivo do custo na primeira etapa do Projeto:**

- *Investimento (ANEXO 2):*
  - o Unidades de Suporte Básico: 650 x 85.000 = R\$ 55.250.000,00
  - o Unidade de Suporte Avançado: 150 x 125.000 = R\$ 18.750.000,00
  - o Central SAMU - 192: 152 x 250.000 (custo médio) = R\$ 38.000.000,00
  - o Educação em Urgências: 27 x 300.000 = R\$ 8.100.000,00
  - o **Total: R\$ 120.100.000,00**
  
- *Custeio (ANEXO 3):*
  - o **Total de custeio mensal: R\$ 30.000.000,00**
  - o **Total de custeio anual: R\$ 360.000.000,00**

*O Ministério da Saúde pretende, com o presente projeto, ampliar a base de financiamento do sistema de urgência. Para tanto, apresentou, inicialmente, proposta de financiamento tripartite na qual ao governo federal caberiam 50% dos custos, 25% à Secretaria Estadual de Saúde e 25% à Secretaria Municipal de Saúde.*

*Frente às dificuldades apresentadas pela representação do CONASS a esta proposta, o Ministério da Saúde a reformulou, mantendo o compromisso de responsabilizar-se por 50% dos custos estimados e propondo que estado e municípios, em distribuição estabelecida no processo de pactuação em cada unidade federada, arquem com os 50% restantes do custeio.*

***O CONASEMS, na segunda reunião da Câmara Técnica, reapresentou a proposta original do Ministério da Saúde (50%-25%-25%), aceitando, entretanto, sujeitá-la à pactuação em cada estado.***

***Na terceira reunião da Câmara Técnica foi formulada proposta consensual, a ser submetida às assembleias do CONASS e CONASEMS e, posteriormente, à deliberação da CIT, nos seguintes termos: “O Ministério da Saúde responsabilizar-se-á por 50% dos custos estimados. Em relação à diferença necessária para o custeio do valor total das ações previstas nesse projeto, recomenda-se que sejam partilhados meio a meio entre a secretaria estadual e secretarias municipais, respeitando-se a pactuação a ser estabelecida e a disponibilidade orçamentária e financeira.”***

#### **4.2. Memorial dos equipamentos;**

Em conformidade com a Portaria 2048/02, o memorial dos equipamentos é apresentado em anexo (4).

#### **4.3. Modalidade de aquisição:**

A aquisição de veículos e equipamentos será efetuada pelo Ministério da Saúde através de pregão ou registro de preços.

As unidades de suporte básico e avançado serão transferidas aos municípios mediante Termo de Cessão. Os demais recursos de que trata o item 4.1.3 serão transferidos mediante apresentação e aprovação de Plano de Trabalho e celebração de convênios específicos.

***O Ministério da Saúde propôs, no documento preliminar entregue antes da primeira reunião da Câmara Técnica, a aquisição de veículos e equipamentos pelos municípios qualificados através de convênio, com base em dados de pregão a ser promovido pelo Ministério da Saúde.***



*As representações do CONASS e do CONASEMS, naquela oportunidade, destacaram que tal modalidade poderia apresentar dificuldades operacionais importantes, em função de restrições de alguns TCE e mesmo por entraves internos em parte dos governos.*

*Assim sendo, o Ministério da Saúde apresentou nova proposta, dispondo-se a realizar a aquisição centralizada de veículos e equipamentos.*

*O CONASEMS, revendo a posição inicial, apresentou contra-proposta sugerindo que esses recursos sejam transferidos fundo a fundo, mediante Carta Compromisso, adquiridos com base em pregão a ser conduzido pelo Ministério da Saúde.*

#### **4.4. Garantia do Custeio:**

Os recursos federais para o custeio dos componentes que são objeto deste projeto serão transferidos fundo a fundo, com base na legislação vigente.

A continuidade da transferência desses recursos, contudo, estará condicionada à avaliação de desempenho dos serviços instalados. Trimestralmente deverão ser encaminhados para aprovação relatórios de indicadores de desempenho a seus respectivos Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências.

No caso dos municípios, o relatório será encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para vistas, aprovação e posterior envio ao Comitê Gestor Estadual do Sistema de Atenção às Urgências.

Da mesma forma, as Centrais SAMU – 192 regionais, encaminharão seus relatórios ao Comitê Gestor Estadual do Sistema de Atenção às Urgências e ao Conselho Estadual de Saúde.

As secretarias estaduais de saúde encaminharão os relatórios estaduais à Coordenação Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, em Brasília.

#### **4.5. Requisitos necessários à qualificação dos projetos:**

Para serem incluídos neste projeto e fazerem jus aos recursos apontados, as secretarias de saúde deverão apresentar estrutura assistencial adequada e suficiente, comprometendo-se com o princípio de vaga zero. Caberá às secretarias de saúde:

- No caso dos Municípios estar habilitado em plena do sistema pela NOAS. Se estiver habilitado em gestão plena do sistema municipal pela NOB 96, deverá comprovar capacidade de realizar, no mínimo, os procedimentos PABA acrescidos dos procedimentos M1, conforme especificado nos Anexos 2 e 3 da NOAS 01/02, em especial no que tange à atenção às urgências, conforme detalhado no Regulamento Técnico das Urgências, editado pela Portaria 2048/02, Capítulo I (itens 1, 2 e 3), Capítulo III (itens 1 e 2) e Capítulo V, para as Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I.
- No caso dos Estados estar habilitado nas condições prevista na NOAS 01/02.
- Caso as condições existentes não estejam de acordo com a normatização contida na Portaria 2048/02, apresentar avaliação detalhada da Rede de Atenção Básica, Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências e Unidades Hospitalares, projetando cronograma e custo para a adequação de recursos físicos (área, equipamentos, insumos) e humanos (composição da equipe), em conformidade e nos prazos definidos pela referida portaria;
- Apresentar Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

- Apresentar projeto de implantação/implementação do Serviço de Atenção Móvel de Urgência – SAMU, com sua respectiva Central SAMU - 192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências – 192, em consonância com as Diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências (Portaria MS n.º 2048, de novembro de 2002). Este projeto deve constar de planta física proposta para a central, em caso de construção, lista de equipamentos para a central, frota de veículos de suporte básico e avançado, todos com respectivos custos de aquisição e previsão do custo mensal para manutenção do serviço;
- Apresentar proposta de implementação da área de Educação em Urgências, com respectiva proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível técnico, superior e agentes sociais que atuam/atuarão no setor, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no referido Regulamento Técnico;
- Elaborar, formalizar e apresentar Plano de Atenção às Urgências, articulado ao Plano Estadual de Atenção às Urgências, explicitando o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contra-referência e a implantação da política de vaga zero nas portas de urgência. Nos casos em que a pactuação aponte a implementação de sistemas regionais/estaduais de atenção às urgências, a elaboração do Plano Regional/Estadual de Atenção às Urgências será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a colaboração das secretarias municipais.
- Apresentar Termo de Adesão ao Plano Municipal ou Regional de Atenção às Urgências assinados pelos gestores e pelos diretores/coordenadores dos serviços que o compõem. Este Termo deverá afirmar compromissos e funções dos diferentes agentes políticos, envolvendo-os em um processo de diagnóstico/adequação operacional de caráter permanente e dinâmico;

- Elaborar, formalizar e apresentar proposta de estrutura e funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências;
- Comprovar através de ata a aprovação do Conselho de Saúde ao Plano de Atenção às Urgências e ao Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde.
- Submeter o pleito de qualificação aos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (local, regional e estadual)
- Submeter o pleito de qualificação à Comissão Intergestores Bipartite.
- Os municípios e estados que atendam os critérios aqui estabelecidos e que já possuem serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, operativos nos moldes da legislação vigente, poderão solicitar complementação dos recursos físicos e financeiros, fazendo jus, após aprovação do pleito, ao montante global dos recursos de custeio, incluída a parte já existente do serviço.

As secretarias municipais e estaduais de saúde com serviços de atenção pré-hospitalar e Central SAMU - 192 em funcionamento nos moldes da legislação referida, farão jus aos recursos de custeio, desde que estes apresentem:

- ✓ Breve histórico do serviço: data de inauguração, localização (se tem sede própria ou não), principais avanços e entraves observados na atenção pré-hospitalar móvel do serviço;
- ✓ Garantia de atenção à integralidade das urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), através de grades de referência com garantia de retaguarda pactuadas;
- ✓ Cópia do ato formal de Constituição do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, seu regimento e respectivos componentes;

- ✓ Comprovar através de ata a aprovação do Conselho de Saúde ao Plano de Atenção às Urgências e ao Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos.
- ✓ Cópia dos documentos de cada uma das Viaturas de Suporte Básico e Avançado de Vida em condições de uso que compõem sua frota, devendo as mesmas estar com seus licenciamentos e seguros obrigatórios em dia;
- ✓ Contrato(s) de manutenção específico(s) ou declaração do gestor dando garantia de manutenção para a frota do SAMU;
- ✓ Lista nominal de todos os profissionais que compõem a equipe, por categoria profissional, indicando os nomes do Gerente do Serviço e das Chefias Médica e de Enfermagem, especificando as demais, se houver;
- ✓ Escala mensal dos profissionais que compõem as equipes das viaturas e da Central SAMU - 192, a saber: Médicos Reguladores e Intervencionistas, Enfermeiros, Técnicos e /ou Auxiliares de Enfermagem, Motoristas, Telefonistas Auxiliares de Regulação e Operadores de Frota;
- ✓ Apresentar Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

Os recursos de investimento e custeio terão seus repasses limitados às secretarias de saúde qualificadas que se responsabilizarem pela gestão e gerência do SAMU e das Centrais SAMU - 192.

O Ministério da Saúde não transferirá recursos para financiamento de prestadores da rede privada (filantrópica e lucrativa).

Em relação aos recursos humanos, deverá ser estabelecida em respeito a legislação vigente, não se permitindo a precarização das relações de trabalho.

O recebimento dos recursos de custeio aqui previstos significará a interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos correspondentes as atividades de atenção móvel às urgências.

#### **4. 6 Compromissos com outras ações prioritárias do Ministério da Saúde:**

O Ministério da Saúde propõe que sejam priorizadas ações integradas com outras políticas setoriais que permitam, por exemplo:

- ampliar a captação de órgãos destinados à transplantes em doadores cadáver
- estabelecer sistemática de registro dos acidentes de trabalho e das doenças de notificação compulsória

#### **4. 7 Atividades de sensibilização e capacitação e acompanhamento voltadas para os gestores e coordenadores de urgência:**

- **Seminário Nacional:** deve ser realizado em agosto de 2003, como forma de lançamento do Sistema Nacional de Atenção às Urgências e seu componente Pré-hospitalar Móvel, com a presença do gestor federal, gestores estaduais e municipais da saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde, conselhos de classe, sociedades de especialidades relacionadas à atenção às urgências, profissionais da segurança pública, defesa civil, transportes, assistência social, educação, CONASS, CONASEMS e CNS.

- **Seminários estaduais:** deverão ser realizados em cada um dos Estados da Federação e no Distrito Federal, logo após o Seminário Nacional, e deverão envolver os técnicos que atuam no planejamento e acompanhamento da atenção às urgências, em especial os Coordenadores Estaduais, Regionais (onde couber) e Municipais de urgências, que serão responsáveis pela elaboração dos diagnósticos e projetos de intervenção, bem como interlocutores privilegiados entre os três esferas de governo.
- **Seminários Regionais:** nos estados com maior complexidade assistencial e onde já houver uma divisão / estruturação regional estabelecidas, poderão ser realizados seminários regionais, facilitadores do planejamento e pactuação das grades de referência assistencial.
- **Supervisão dos projetos:** os técnicos do Ministério da Saúde deverão acompanhar a elaboração dos projetos qualificados, avaliando sua pertinência e norteando sua adequação.

#### **4.8. Acompanhamento e avaliação das ações:**

- Apresentação trimestral dos Indicadores de Desempenho (tempo-resposta e de assistência) a serem estabelecidos em portaria ministerial.

### **5. Estratégia de comunicação:**

Os municípios e estados qualificados à captação dos recursos previstos neste projeto, incluídos aqueles com serviços da saúde regulados para atendimento pré-hospitalar móvel, estarão obrigados a adotar nos veículos, núcleos de educação em urgências e centrais SAMU - 192, impressos e uniformes

das equipes, as marcas comunicacionais especialmente desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

### **5.1 Padronização visual**

As ambulâncias, os uniformes e uma série de materiais das equipes seguirão a mesma padronização visual em todos os municípios e estados que se qualificarem ao programa, com espaços pré-definidos para as logomarcas do Governo Federal, Governo Estadual e/ou Município.

As áreas de urgência e emergência dos hospitais de referência também deverão receber um selo padrão de identificação.

A padronização é fundamental para garantir a identificação das equipes e dos hospitais ligados ao programa em qualquer lugar do País.

### **5.2 Campanha Nacional de Divulgação**

Será desenvolvida pelo Ministério da Saúde, veiculação nacional de TV, rádio e outdoors durante as duas primeiras semanas de setembro (a partir da data do lançamento oficial do programa).

**Enfoque:** campanha visará informar à população de todo o País sobre o novo programa lançado pelo governo federal em parceria com as prefeituras e os governos estaduais.

Nesta fase a ênfase será a divulgação do programa, explicando o que ele significa para a organização do atendimento de urgência e emergência nas cidades e os benefícios que trará para as populações das regiões que aderirem ao programa.



### **5.3 Campanha Regional de Divulgação**

A veiculação regional de TV, rádio, outdoors, cartazes e folhetos será desenvolvida a partir da implantação do programa em uma determinada região.

**Enfoque:** o importante nesta fase será informar às pessoas o número de acesso ao SAMU (192) e explicar de forma detalhada para que tipos de atendimentos as equipes estarão prontas a prestar socorro.

É fundamental massificar o número 192, mas deixar claro para a população quais são as ações específicas do programa para evitar ao máximo os chamados para ações não previstas.

## **6. Referências bibliográficas para elaboração dos projetos**

- Conselho Federal de Medicina – Portaria 1529/98
- NOAS-SUS-01/2002
- Portaria GM/MS 2048 – 05 de novembro de 2002
- Portaria 2224, de 05 de dezembro de 2002.
- Lei 8080/90