Fortaleza
PREFEITURA
Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor

SAMU 192
REGIONAL FORTALEZA

# Protocolos de Suporte Básico de Vida

**Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza**

**Volume 3**

**Fortaleza**
**Dezembro, 2016 – 4ª Revisão**

Fortaleza
PREFEITURA

Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor

SAMU 192
REGIONAL FORTALEZA

# Protocolos de Suporte Básico de Vida

**Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza**

**Volume 3**

**Fortaleza**
**Dezembro, 2016 – 4ª Revisão**

**Capa: SMS Fortaleza**
**Arte-finalização da Capa:** *Cláudio Azevedo*
**Diagramação:** *Cláudio Azevedo*

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza
*Copyright © 2016*

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP**

---

Protocolos de Suporte Básico de Vida – Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza. / Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 – Regional Fortaleza. Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 3. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016
Vários autores
4ª Revisão
572 p.

ISBN: 978-85-66187-06-9

1. Atendimento a Desastres 2. Desastres 3. Atendimento Pré-hospitalar 4. Emergências 5. Emergências Médicas 6. Medicina de Urgência 7. Primeiros Socorros 8. Serviços de Saúde 9. Serviços Médicos de Urgência. I. Título.

CDD: 616.0252
CDU: 616-083

**Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza**

NCTG 1 – Regimento Interno SAMUFor
- Original: dezembro de 2015
- 1ª Revisão: dezembro de 2016
- 2ª Revisão: fevereiro de 2020
- 3ª Revisão: abril de 2022

NCTG 2 – Protocolos de Regulação das Urgências– SAMU 192 Regional Fortaleza
- Original: julho de 2010
- 1ª Revisão: outubro de 2014
- 2ª Revisão: abril de 2015
- 3ª Revisão: janeiro de 2016
- 4ª Revisão: maio de 2016
- 5ª Revisão: dezembro de 2016

NCTG 3 – Protocolos de Intervenção em SBV – SAMU 192 Regional Fortaleza
- Original: outubro de 2014
- 1ª Revisão: maio de 2015
- 2ª Revisão: novembro de 2015
- 3ª Revisão: setembro de 2016
- 4ª Revisão: dezembro de 2016

NCTG 4 – Protocolos de Intervenção em SAV – SAMU 192 Regional Fortaleza
- Original: outubro de 2014
- 1ª Revisão: maio de 2015
- 2ª Revisão: dezembro de 2015
- 3ª Revisão: novembro de 2016
- 4ª Revisão: dezembro de 2016

NCTG 5 – Plano de Contingências para Atendimento a Desastres – SAMU 192 Regional Fortaleza
- Original: fevereiro de 2012
- 1ª Revisão: fevereiro de 2014
- 2ª Revisão: abril de 2014
- 3ª Revisão: dezembro de 2016
- 4ª Revisão: julho de 2022

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

*Secretária Municipal*

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld

*Secretária Executiva*

Lúcia Carvalho Cidrão

*Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas*

Francisco Pereira de Alencar

*Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*

Maria Ivanília Tavares Timbó

*Célula do Complexo Integrado de Regulação de Fortaleza*

Mozart Ney Rolim Teixeira Henderson

*Gerência do SAMU 192 – Regional Fortaleza*

Cristiano Walter Moraes Rola Júnior

*Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza*

Cláudio Roberto Freire de Azevedo

# AUTORES


## Alan Breno Moura Pontes

CRM-CE 12359 (UFC/2010); Cirurgião Geral (HGCC/2011-2012) com especialização em Gestão de Emergências em Saúde Pública (2013-2014), pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2013); Membro da Força Nacional do SUS (desde 2014); Operador Tático de Emergências Médicas - OTEM - XIII Turma - Certificado pela ATAC treinamentos (2013); Capacitado em Resgate e Transporte Aeromédico - ATAC Treinamentos (2012); Certificado nos cursos internacionais: PHTLS, ATLS, ACLS, BLS, PALS, FCCS, DSTC; Residente de Cirurgia Torácica no Hospital do Coração de Messejana (2016-2017).

## Cláudio Roberto Freire de Azevedo

CRM-CE 5197 (UFC/1990); Cirurgião Geral (UFC/1993-94) com especialização em Gestão da Atenção à Saúde (2012), em Regulação em Saúde (2014) e em Processos Educacionais na Saúde (2013/2014), pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, em parceria com o Ministério da Saúde. Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 1998), membro da Força Nacional do SUS (desde 2011) com Capacitação em Gestão de Riscos em Desastres (IESC/UFRJ 2013); Capacitação em Gestão da Saúde em Situação de Desastre (Ministério da Saúde/OPAS 2011); Capacitação em Regulação Médica das Urgências pelo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde 2010); Capacitação em Transporte Aeromédico (IES–SP 2013); Capacitação em Sistema de Comando de Incidentes (Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça 2008); Capacitação em Atendimento a Incidentes QBRNE-e (Químicos, Biológicos, Radiológicos, Nucleares e Explosivos) pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde de Belo Horizonte (2014) e Capacitação em Operações Aéreas para Profissionais de Saúde do SAMU (AESP/CE, 2015).

## Gabriel dos Santos Dias Soares

CRM-CE 8284 (UFC/2001); Cirurgião Geral (HGF/2002-05); Coloproctologista (HUWC/2005-07); Mestre em Cirurgia - Stricto Sensu (UFC – Dissertação defendida em 2010). Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2004), Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Ceará (desde 2008), Instrutor do PHTLS – *Pre Hospital Trauma Life Support* (desde 2012). Capacitação em Regulação Medica dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Rede SAMU 192 e Pré-Hospitalar Fixo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde/2010); Curso Aeromédico e Resgate em Locais de Difícil Acesso - Centro de Treinamento Coronel Morais – Terra Alta/PA (2012); Capacitação em Ameaças Químicas, Biológicas, Radiológicas e Nucleares – QBRN – Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Coordenação Geral da Força Nacional do SUS – Fortaleza/CE (2014); Capacitação em Gestão de Situações de Urgência na Saúde – GeSUS (Núcleo de Educação Permanente SAMU 192 Regional Fortaleza/2015)

# SUMÁRIO

**PREFÁCIO** 15

**APRESENTAÇÃO** 17

**A TOMADA DE DECISÃO** 19

**ACOLHIMENTO DO CHAMADO** 19

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** 20

**DECISÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA** 21
A QUEIXA PRINCIPAL 21
OS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO 23
ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DECISÃO E REGISTRO MÉDICO DO CASO 25

**DOCUMENTOS PRELIMINARES** 27
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DA II JORNADA DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE LISBOA (1990) 29
CONVENÇÃO DE TELAVIV 33
BAIRROS E VIAS DE ACESSO EM FORTALEZA 37
A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FORTALEZA 43

**PROTOCOLOS ESSENCIAIS DE REGULAÇÃO** 49

**PROTOCOLOS TÉCNICOS DE REGULAÇÃO MÉDICA** 49
RM1 – ACOLHIMENTO TELEFÔNICO 51
RM2 – PROTOCOLO MASTER (Classificação de Risco) 55
RM3 – ABORDAGEM POR QUEIXAS 57
RM4 – TEMPO RESPOSTA E RESPOSTAS AO SOLICITANTE 63
RM5 – ORIENTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAV/SBV PELO MÉDICO REGULADOR 67
RM6 – RADIOPERAÇÃO E OPERAÇÃO DE FROTA 75
RM7 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ÓBITO NO APH 77
RM8 – REMOÇÃO DE PACIENTES DE UNIDADES DE SAÚDE 79
RM9 – MAUS TRATOS À CRIANÇA, ADOLESCENTE OU IDOSO 83
RM10 – CASOS ESPECIAIS 85

**PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)** 87

**PROTOCOLOS CLÍNICOS DE SBV** 87
BC1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE (AGRAVO CLÍNICO) 89
BC2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE (AGRAVO CLÍNICO) 91
BC3 – OVACE: OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPOS ESTRANHOS 93
BC4 – PARADA RESPIRATÓRIA NO ADULTO 95
BC5 – PCR: RCP NO ADULTO *(Guidelines AHA 2015)* 97
BC6 – PCR: INTERRUPÇÃO DE RCP NO ADULTO 99
BC7 – CUIDADOS PÓS-RCP NO ADULTO 101
BC8 – DECISÃO DE NÃO RESSUCITAÇÃO 103
BC9 – ALGORITMO GERAL DA RCP NO SBV DO ADULTO 105
BC10 – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NO ADULTO 107
BC11 – CHOQUE 109

BC12 – DOR TORÁCICA NÃO TRAUMÁTICA: SÍNDROME CORONARIANA AGUDA 111
BC13 – CRISE HIPERTENSIVA 113
BC14 – AVC: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL 115
BC15 – INCONSCIÊNCIA 117
BC16 – CRISE CONVULSIVA NO ADULTO 119
BC17 – HIPOTERMIA 121
BC18 – HIPERGLICEMIA 123
BC19 – HIPOGLICEMIA 125
BC20 – DOR ABDOMINAL NÃO TRAUMÁTICA 127
BC21 – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA 129
BC22 – HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA 131
BC23 – REAÇÃO ALÉRGICA - ANAFILAXIA 133
BC24 – EPISTAXE 135
BC25 – HEMOPTISE 137
BC26 – MANEJO DA DOR NO ADULTO 139
BC27 – CÓLICA NEFRÉTICA 141
BC28 – CRISE EM SAÚDE MENTAL 143
BC29 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA 145
BC30 – AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO 147

**PROTOCOLOS DE INTOXICAÇÕES E PRODUTOS PERIGOSOS 153**
BTox1 – INTOXICAÇÕES AGUDAS: MEDIDAS GERAIS 155
BTox2 – INTOXICAÇÃO POR DROGAS DE ABUSO 159
BTox3 – INTOXICAÇÃO E ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA 161
BTox4 – INALAÇÃO DE FUMAÇA 163
BTox5 – INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO 165
BTox6 – INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS 167
BTox7 – (EM FINALIZAÇÃO) 169
BTox8 – INTOXICAÇÃO POR PLANTAS (EM FINALIZAÇÃO) 171
BTox9 – INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL 173
BTox10 – EXPOSIÇÃO A SOLVENTES 175
BTox11 – EXPOSIÇÃO A CORROSIVOS 177
BTox12 – DESCONTAMINAÇÃO 179
BTox13 – ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS 181
BTox14 – PRIMEIRO NA CENA COM PRODUTOS PERIGOSOS 183
BTox15 – IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO PERIGOSO 185
BTox16 – PRODUTOS PERIGOSOS – PRINCÍPIOS GERAIS 189

**PROTOCOLOS EM INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS 191**
PMV1– ATRIBUIÇÕES DO PRIMEIRO RESPONDEDOR EM UMA CENA COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS 193
PMV2 – ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES QUE CHEGAM PARA APOIO NA CENA DE UM IMV EM ANDAMENTO 197
PMV3 – TRIAGEM DE FOCO 201
PMV4 – TRIAGEM DE FOCO ENVOLVENDO CRIANÇAS 203
PMV5 – ORGANIZAÇÃO DA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE VÍTIMAS (ACV) 207
PMV6 – (EM FINALIZAÇÃO) 209
PMV7 – INCIDENTES DE CONTAMINAÇÃO BIOLÓGICA EM MASSA 211

**PROTOCOLOS EM TRAUMA DE SBV 215**
BT1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: PACIENTE COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA 217
BT2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA: PACIENTE COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA 219
BT3 – AVALIAÇÃO DA CINEMÁTICA DO TRAUMA (PADRÃO BÁSICO DE LESÕES) 221
BT4 – CHOQUE 227
BT5 – TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO 229
BT6 – TRAUMA DE FACE 231
BT7 – TRAUMA OCULAR 233
BT8 – PNEUMOTÓRAX ABERTO (FERIMENTO ABERTO NO TÓRAX) 235
BT9 – TRAUMA ABDOMINAL ABERTO 237
BT10 – TRAUMA ABDOMINAL FECHADO 239
BT11 – TRAUMA RAQUIMEDULAR 241
BT12 – TRAUMA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES 243
BT13 – FRATURA EXPOSTA DAS EXTREMIDADES 245

BT14 – AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA 247
BT15 – TRAUMA DE PELVE 249
BT16 – SÍNDROME DO ESMAGAMENTO 251
BT17 – SÍNDROME COMPARTIMENTAL 253
BT18 – QUEIMADURA TÉRMICA (CALOR) 255
BT19 – AFOGAMENTO 257

**PROTOCOLOS EM OBSTETRÍCIA DE SBV 259**
BGO1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DA GESTANTE (AGRAVO CLÍNICO E TRAUMA) 261
BGO2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DA GESTANTE (AGRAVO CLÍNICO) 263
BGO3 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO NÃO EXPULSIVO 267
BGO4 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO IMINENTE 269
BGO5 – ASSISTÊNCIA AO PARTO CONSUMADO 271
BGO6 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO PREMATURO 273
BGO7 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO DISTÓCICO 275
BGO8 – HEMORRAGIA GESTACIONAL 277
BGO9 – HEMORRAGIA PUERPERAL 279
BGO10 – SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA 281
BGO11 – TRAUMA NA GESTANTE (EM FINALIZAÇÃO) 283
BGO12 – PCR: RCP NA GESTANTE (EM FINALIZAÇÃO) 285
BGO13 – HEMORRAGIAS GINECOLÓGICAS (EM FINALIZAÇÃO) 287

**PROTOCOLOS PEDIÁTRICOS DE SBV 289**
BPed0 – PARÂMETROS PEDIÁTRICOS 291
BPed1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO (AGRAVO CLÍNICO) 295
BPed2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO (AGRAVO CLÍNICO) 297
BPed3 – OVACE NA CRIANÇA 299
BPed4 – OVACE NO BEBÊ 301
BPed5 – PARADA RESPIRATÓRIA (PR) NO PACIENTE PEDIÁTRICO 303
BPed6 – PCR: RCP NO BEBÊ E NA CRIANÇA 305
BPed7 – CUIDADOS PÓS-RESSUCITAÇÃO EM PEDIATRIA 309
BPed8 – ALGORITMO GERAL DE RCP PEDIÁTRICA – SUPORTE BÁSICO 311
BPed9 – ASSISTÊNCIA AO RN QUE NASCE BEM 313
BPed10 – REANIMAÇÃO NEONATAL 315
BPed11 – CHOQUE EM PEDIATRIA 321
BPed12 – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA EM PEDIATRIA 323
BPed13 – REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA EM PEDIATRIA 325
BPed14 – CRISE CONVULSIVA EM PEDIATRIA 327
BPed15 – HIPOTERMIA EM PEDIATRIA (EM FINALIZAÇÃO) 329
BPed16 – HIPERGLICEMIA EM PEDIATRIA 331
BPed17 – HIPOGLICEMIA EM PEDIATRIA 333
BPed18 – REAÇÃO ALÉRGICA - ANAFILAXIA EM PEDIATRIA 335
BPed19 – FEBRE EM PEDIATRIA 337
BPed20 – VÔMITOS EM PEDIATRIA 339
BPed21 – EPISTAXE EM PEDIATRIA 341
BPed22 – MANEJO DA DOR EM PEDIATRIA 343
BPed23 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA 345
BPed24 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA 349
BPed25 – ESPECIFICIDADES DA CRIANÇA VÍTIMA DE TRAUMA 353
BPed26 – AFOGAMENTO EM PEDIATRIA 357
BPed27 – QUEIMADURAS EM PEDIATRIA 359

**PROTOCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SBV 361**
BP1 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: MANOBRAS MANUAIS DE ABERTURA 363
BP2 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: ASPIRAÇÃO 365
BP3 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: CÂNULA OROFARÍNGEA (COF) 367
BP4 – DISPOSITIVOS PARA OXIGENIOTERAPIA: CATÉTER DE OXIGÊNIO 369
BP5 – DISPOSITIVOS PARA OXIGENIOTERAPIA: MÁSCARA FACIAL NÃO REINALANTE COM RESERVATÓRIO 371

BP6 – DISPOSITIVOS PARA OXIGENIOTERAPIA: MÁSCARA DE VENTURI 373
BP7 – OXIMETRIA 375
BP8 – CONTROLE DE HEMORRAGIAS: COMPRESSÃO DIRETA 377
BP9 – CONTROLE DE HEMORRAGIAS: TORNIQUETE 379
BP10 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL 381
BP11 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA CARDÍACA 383
BP12 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 385
BP13 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: TEMPERATURA 387
BP14 – ESCALA DE COMA DE GLASGOW 389
BP15 – ESCALA DE AVC DE CINCINNATI 391
BP16 – AVALIAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR 393
BP17 – COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL 395
BP18 – IMOBILIZAÇÃO SENTADA: DISPOSITIVO TIPO COLETE (KED) 399
BP19 – RETIRADA DO PACIENTE: RETIRADA RÁPIDA (1 E 2 PROFISSIONAIS) 403
BP20 – RETIRADA DO PACIENTE: RETIRADA RÁPIDA (3 PROFISSIONAIS) 407
BP21 – REMOÇÃO DO CAPACETE 409
BP22 – ROLAMENTO EM BLOCO 90º 411
BP23 – ROLAMENTO EM BLOCO 180º 413
BP24 – PRANCHAMENTO EM PÉ (3 PROFISSIONAIS) 415
BP25 – PRANCHAMENTO EM PÉ (2 PROFISSIONAIS) 417
BP26 – TÉCNICA DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO 419
BP27 – CONTENÇÃO FÍSICA 421
BP28 – AVDI 425
BP29 – MANOBRAS MANUAIS DE ABERTURA DE VIAS AÉREAS EM PEDIATRIA 427
BP30 – TÉCNICA DE VENTILAÇÃO COM DISPOSITIVO BOLSA-VALVA-MÁSCARA (BVM) EM PEDIATRIA 429
BP31 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DAS VIAS AÉREAS – ASPIRAÇÃO EM PEDIATRIA 433
BP32 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DAS VIAS AÉREAS – CÂNULA OROFARÍNGEA (COF) – GUEDEL – EM PEDIATRIA 435
BP33 – COLAR CERVICAL EM PEDIATRIA 437
BP34 – IMOBILIZAÇÕES PEDIÁTRICAS 439
BP35 – IMOBILIZAÇÃO NA CADEIRINHA EM PEDIATRIA 441
BP36 – IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA EM PEDIATRIA 443
BP37 – IMOBILIZAÇÃO SENTADA COM DISPOSITIVO TIPO COLETE (KED) EM PEDIATRIA 445

**PROTOCOLOS ESPECIAIS EM SBV 447**
PE0 – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO APH 449
PE1 – ASPECTOS GERAIS DE AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DE CENA 451
PE2 – REGRAS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA 453
PE3 – PRÁTICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE 455
PE4 – PAPEL E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DO SAMUFor 459
PE5 – RESPONSABILIDADES ADICIONAIS DO CONDUTOR DE VEÍCULOS 463
PE6 – REGRAS GERAIS DE CONDUÇÃO DE AMBULÂNCIA 465
PE7 – REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO DE AMBULÂNCIA / SINALIZAÇÃO DA VIA 469
PE8 – PROCEDIMENTOS INICIAIS EM CASO DE ACIDENTES COM A AMBULÂNCIA 471
PE9 – CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MENOR 473
PE10 – ATENDIMENTO A PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS 475
PE11 – ATENDIMENTO A PACIENTE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE (DESACOMPANHADO) 477
PE12 – ATENDIMENTO A PACIENTE SEM CONDIÇÃO DE DECIDIR, ESTANDO DESACOMPANHADO OU ACOMPANHADO DE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE 479
PE13 – ATENDIMENTO A PACIENTES SEM CONDIÇÕES DE DECIDIR E ACOMPANHADO DE ANIMAIS (CÃO-GUIA OU OUTROS) 481
PE14 – ATENDIMENTO A PACIENTES QUE RECUSAM ATENDIMENTO E/OU TRANSPORTE 483
PE15 – RECEBIMENTO DE ORDENS DE AUTORIDADES POLICIAIS OU OUTRAS AUTORIDADES NA CENA 485
PE16 – ATENDIMENTO NA PRESENÇA DE MÉDICOS E/OU ENFERMEIROS ESTRANHOS AO SERVIÇO 487
PE17 – REGRAS GERAIS DE ABORDAGEM EM OCORRÊNCIAS COM INDÍCIOS DE CRIME 489
PE18 – CUIDADOS COM PERTENCES DE PACIENTES 491
PE19 – DISPENSA DE PACIENTE NA CENA 493
PE20 – REGRAS GERAIS PARA ABORDAGEM DE EVENTOS ENVOLVENDO IMPRENSA E/OU TUMULTO 495
PE21 – SISTEMATIZAÇÃO DE PASSAGEM DO CASO PARA A REGULAÇÃO MÉDICA 497
PE22 – LIMPEZA TERMINAL DA AMBULÂNCIA 499
PE23 – LIMPEZA CONCORRENTE DA AMBULÂNCIA 505

PE24 – LIMPEZA DE SUPERFÍCIE / MATERIAL BIOLÓGICO: HIPOCLORITO E ÁLCOOL 509
PE25 – CONSTATAÇÃO DO ÓBITO PELO MÉDICO DO SAMUFor 511
PE26 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓBITO POR EQUIPES DO SAMUFor 513
PE27 – CÓDIGO Q E ALFABETO FONÉTICO 515
PE28 – ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO 517
PE29 – ACIDENTE DE TRABALHO: OUTROS ACIDENTES (COM AGENTE NÃO BIOLÓGICO) 519
PE30 – SOLICITAÇÃO DE APOIO DO SAV, SBV E/OU RESGATE (EM FINALIZAÇÃO) 521
PE31 – SUSPEITA DE MAUS TRATOS / ABUSO / NEGLIGÊNCIA COM CRIANÇAS E IDOSOS (EM FINALIZAÇÃO) 523
PE32 – SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (EM FINALIZAÇÃO) 525
PE33 – ANOTAÇÕES NO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (EM FINALIZAÇÃO) 527
PE34 – LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS DA AMBULÂNCIA 529
PE35 – INTERCEPTAÇÃO POR SAV (EM FINALIZAÇÃO) 531

**PROTOCOLOS PARA MOTOLÂNCIAS 533**
MOTO1 – REGRAS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA PARA MOTOLÂNCIA 535
MOTO2 – ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DO CONDUTOR DA MOTOLÂNCIA 537
MOTO3 – CARTA DE SINAIS PARA DESLOCAMENTO DE MOTOLÂNCIA 539
MOTO4 – REGRAS ESPECÍFICAS DE DESLOCAMENTO DA MOTOLÂNCIA 543
MOTO5 – PROCEDIMENTOS INICIAIS EM CASO DE ACIDENTES COM A MOTOLÂNCIA 547
MOTO6 – REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTO DE MOTOLÂNCIAS EM COMBOIO 549

COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA **551**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 563**

# PREFÁCIO

Em 2004 o programa S.O.S. Fortaleza transforma-se em SAMU 192 Fortaleza. Um grande salto de qualidade ocorre, acompanhado de inúmeros desafios. Com a criação do Comitê Gestor do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências (COGEMUE), em 2005, cria-se um espaço de formulação, monitoramento e avaliação das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde na área de urgência e emergência no âmbito do Município de Fortaleza.

Em 2008 a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) afirma a atribuição de autoridade sanitária da regulação médica das urgências com a criação da Coordenação Médica de Urgência e Emergência 24 Horas da Cidade de Fortaleza – CMUr 24h, incumbindo-lhe atuar como elemento facilitador da ação integrada de todos os órgãos municipais de saúde e de outras esferas de governo no atendimento aos agravos de saúde e dos fatos excepcionais que venham a ocorrer na Cidade. Essa autoridade sanitária da CMUr 24h se consolida em 2011, com a determinação da função precípua da CMUr 24h como elemento regulador de todas as unidades de saúde sob a gestão da SMS.

Há quatros anos inicia-se a instalação do conjunto de UPAs 24h em Fortaleza, momento em que um ato normativo da SMS faz convergir a Regulação Médica do Município, em todos os âmbitos, para um complexo regulador único, coordenado pelo Médico Regulador em escala na já constituída Coordenação Médica de Urgência e Emergência 24 Horas da Cidade de Fortaleza (CMUr). O complexo regulador passa a ser chamado de Complexo Integrado de Regulação de Fortaleza, composto da Central de Regulação das Urgências de Fortaleza (CRUFor) e da Central de Regulação das Internações de Fortaleza (CRIFor).

Em seu aniversário de 24 anos de existência, a rede de urgência e emergência em Fortaleza vive um momento de grande expansão e estruturação. Hoje já temos onze UPAs (de uma previsão de doze), 18 hospitais com porta aberta para urgência e emergência, treze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma rede de mais de cem Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS). Esse momento coincide com a publicação da Portaria SMS Nº 81, de abril de 2016, que vem estabelecer diretrizes de organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no município de Fortaleza.

Cabe ao hoje SAMU 192 – Regional Fortaleza (SAMUFor), por meio de sua CRUFor, a tarefa de organização dessa rede. No bojo desse momento ímpar, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMUFor cria a coleção **Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza** (NCTG) em cinco volumes:

- NCTG 1 – Regimento Interno SAMUFor
- NCTG 2 – Protocolos de Regulação das Urgências – SAMU 192 Regional Fortaleza
- NCTG 3 – Protocolos de Intervenção em SBV – SAMU 192 Regional Fortaleza
- NCTG 4 – Protocolos de Intervenção em SAV – SAMU 192 Regional Fortaleza
- NCTG 5 – Plano de Contingências para Atendimento a Desastres – SAMU 192 Regional Fortaleza

Esse é o Volume 3 da coleção, onde abordaremos os Protocolos de Suporte Básico de Vida (SBV) do SAMUFor, incluindo ações de Suporte Intermediário de Vida (SIV) que podem ser realizadas por enfermeiros em unidades intermediárias do SAMUFor. Essas ações complementam 20 protocolos de SBV, conforme descrito adiante na apresentação desse volume.

# APRESENTAÇÃO

Em Fortaleza, elo de ligação entre todos os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, o SAMUFor participou, de abril a setembro de 2014, do processo colaborativo nacional de construção dos protocolos de intervenção em Suporte Básico de Vida comandado pelo Ministério da Saúde.

Para o IBGE, a estimativa da população de Fortaleza para 2015 era de 2.591.188 habitantes[1]. Em fevereiro de 2016 o SAMUFor atendeu 3,6 mil ocorrências., sendo 1491 de causas externas e 1486 de causas. Destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade centrada nas pessoas, o SAMUFor vem investindo num conjunto de tecnologias de microgestão da clínica com base em evidências científicas, um processo de mudança organizacional e cultural marcado pela descentralização das decisões técnicas e implementação de educação permanente, cujo objetivo é envolver o profissional na gestão dos recursos utilizados no SAMUFor.

Essas ações se complementam e preparam o caminho necessário para a disponibilização da melhor prática e consequentemente do alcance de melhores resultados de saúde. Com o conceito de "gestão da clínica" em mente, o Núcleo de Educação Permanente centra sua atenção na criação, adaptação e revisão de seus protocolos clínicos e de regulação, tecnologias imprescindíveis para a gestão da clínica. A base para esse trabalho são os Protocolos Nacionais de SBV para o SAMU – 192 e a experiência acumulada dos educadores do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMUFor.

No bojo dessas mudanças ocorre, entre setembro de 2015 e março de 2016, a Turma I do "Curso de Aperfeiçoamento em Suporte Básico de Vida para profissionais do SAMUFor" (SBV-APH), com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores de veículos de urgência do serviço, onde são apresentadas para crítica e sugestão os Protocolos de Intervenção em SBV do SAMUFor. No decorrer do curso, os protocolos são vistos e revistos à luz da prática de trabalho daqueles profissionais, sob o olhar atento dos autores e tutores do curso – os organizadores desse Volume 3.

Falando de seus Protocolos Nacionais de SBV para o SAMU – 192, o Ministério da Saúde afirma que *"a elaboração de protocolos clínicos é internacionalmente reconhecida como uma ação efetiva para a melhoria de processos assistenciais e de gestão em saúde. Diante da forte presença do SAMU em todo o país, tais protocolos se concretizam como uma importante ação para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada e com potencial impacto sobre toda a Rede de Atenção às Urgências e seus resultados"*.

Esse Volume faz uma introdução sobre a Regulação das Urgências, discorrendo sobre o acolhimento do chamado, classificação de risco e princípios da decisão reguladora da CRUFor. Apresenta alguns documentos preliminares (Declaração de Lisboa, Convenção de Telavive, Bairros e Vias de Acesso de Fortaleza e a Rede de Urgência e Emergência de Fortaleza) e os Protocolos Técnicos de Regulação Médica da CRUFor.

Fazendo nossas essas palavras, apresentamos nessa publicação o "estado da arte" de nossos Protocolos de Intervenção em Suporte Básico de Vida, em revisão permanente. Com a ajuda das ações de Educação Permanente, tais protocolos já estão nos auxiliando na determinação de um padrão de assistência, de fluxos assistenciais, desde a regulação até a intervenção.

Serão apresentados, então **190 Protocolos de Suporte Básico de Vida**

- 30 Protocolos Clínicos de SBV (BC);
- 16 Protocolos de Intoxicações e Produtos Perigosos (BTox);
- 05 Protocolos em Incidentes com Múltiplas Vítimas (PMV);
- 19 Protocolos em Trauma de SBV (BT);
- 13 Protocolos em Obstetrícia de SBV(BGO);
- 28 Protocolos Pediátricos de SBV (BPed);
- 37 Protocolos de Procedimentos em SBV (BP);
- 36 Protocolos Especiais em SBV (PE);
- 06 Protocolos para Motolâncias (MOTO).

[1] Segundo o site do IBGE, visível em http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230440&idtema=130&search=ceara%7Cfortaleza%7Cestimativa-da-populacao-2015-

Desses protocolos em SBV, 20 condutas adicionais em Suporte Intermediário de Vida (SIV) podem ser realizadas sob o comando de um profissional enfermeiro do serviço, se autorizados pelo Médico Regulador por Telemedicina. Essas condutas estão escritas nas observações dos seguintes protocolos:

1. BC10 – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NO ADULTO
2. BC11 – CHOQUE
3. BT4 – CHOQUE NO TRAUMA
4. BC12 – DOR TORÁCICA NÃO TRAUMÁTICA
5. BC13 – CRISE HIPERTENSIVA
6. BC14 – AVC: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
7. BC16 – CRISE CONVULSIVA NO ADULTO
8. BC17 – HIPOTERMIA
9. BC19 – HIPOGLICEMIA
10. BC23 – REAÇÃO ALÉRGICA - ANAFILAXIA
11. BC26 – MANEJO DA DOR NO ADULTO
12. BC27 – CÓLICA NEFRÉTICA
13. BC29 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
14. BC30 – AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO
15. BPed11 – CHOQUE EM PEDIATRIA
16. BPed14 – CRISE CONVULSIVA EM PEDIATRIA
17. BPed17 – HIPOGLICEMIA EM PEDIATRIA
18. BPed18 – REAÇÃO ALÉRGICA – ANAFILAXIA EM PEDIATRIA
19. BPed19 – FEBRE EM PEDIATRIA
20. BPed22 – MANEJO DA DOR EM PEDIATRIA

# A TOMADA DE DECISÃO

Tudo começa no acolhimento e classificação de risco. Esse é o momento mais importante na regulação de uma chamada para a Central de Regulação das Urgências. 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 idéia 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);
- 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); e
- Justiça, igualdade e solidariedade (atenção à coletividade com critério e justiça, prestando cuidados igualmente a todos os que dele careçam).

Para garantir tudo isso, quando uma ligação entra na Central de Regulação do SAMU 192 – Regional Fortaleza (CRUFor) é importante que retenhamos dados mínimos para um retorno de chamada, no caso da ligação cair antes da adequada regulação médica. Para isso, utilizando o telefone do solicitante mostrado no identificador de chamada, no sistema de regulação da CRUFor, todas as solicitações devem ser registradas, sendo aberta uma ficha de atendimento.

A regulação médica contém etapas, discriminadas no MRMU/MS, que devem ser seguidas adequadamente:

- Acolhimento do chamado telefônico;
- Classificação de Risco do chamado telefônico;
- Decisão da Regulação e Acompanhamento do Caso

O MRMU/MS recomenda essa avaliação através de uma semiologia, desenvolvida pelos franceses, que objetiva um diagnóstico sindrômico da solicitação, independente de um diagnóstico final do caso. Essa semiologia, realizada a partir de uma seqüência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas pelos solicitantes, determina a gravidade do caso, já justificando o envio de Unidades de Suporte Avançado (USA) em alguns casos. O TARM deve ter especial 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);
- **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.); e
- **Síndromes de "Semiologia Potencialmente Grave"** (concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante: "Eu o encontrei desmaiado", "Está roxo", "Não está respirando", "Não está se mexendo", etc.).

## ACOLHIMENTO DO CHAMADO

Algumas características são essenciais a quem faz o acolhimento de uma chamada na CRUFor:

- Utilizar-se de expressões simples, evitando sempre o uso de termos técnicos;
- Falar calma e compassadamente, sendo agradável ao telefone; e
- Ajudar ao solicitante a se expressar calmamente e sem ansiedade.

Nesta fase obtemos a identificação da queixa principal e procedemos à coleta das primeiras informações relacionadas ao caso, que embora sejam concisas e subjetivas, geralmente são as mais fidedignas. Tendo em vista que essas primeiras palavras/informações ditas de forma espontânea pelo solicitante são as mais fiéis ao verdadeiro estado do paciente, consideramos essa fase a mais crucial no atendimento telefônico.

O Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) deverá acolher a solicitação ao primeiro toque, identificar-se (recomendável), perguntar e registrar o nome do solicitante (chamando-o sempre pelo nome) e perguntar qual é a urgência, anotando fielmente (com as mesmas palavras) tudo o que o solicitante disser ao telefone.

Após o registro da urgência, o tempo mais importante nessa fase de acolhimento do chamado é a coleta do endereço da ocorrência, o qual deve conter o nome da rua ou avenida, número, referência próxima ao local, rua ou avenida de acesso e referência de onde esse acesso se conecta com o endereço da ocorrência.

Todas as solicitações telefônicas devem ser repassadas ao médico regulador. O TARM pode encerrar o caso sem passar pela avaliação do médico regulador somente quando o chamado se resumir a trotes, enganos ou chamados indevidos e na maioria dos pedidos de informação (como endereços de unidades de saúde, telefones de outras centrais de atendimento à população ou outros chamados não relacionados a urgências médicas).

Essa fase da regulação dos chamados de urgência na CRUFor se encontra no Protocolo RM1 – Acolhimento Telefônico (vaja adiante). **Tecnicamente**, essa fase visa registrar a história espontânea do caso e classificá-la em uma queixa principal, detectar precocemente as Síndromes de "Forte Valência Social" e de "Etiologia Potencialmente Grave" (os dois primeiros "S" da regulação), e registrar o endereço da ocorrência. **Subjetivamente**, essa fase visa criar um vínculo de confiança com o solicitante, acolhendo de forma humanizada o desespero que em geral se encontra quem faz o chamado, acalmando-o e se colocando empaticamente no lugar do mesmo, para compreender a perspectiva de urgência do chamado.

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A fase de Classificação de Risco (Protocolo RM2 ou Protocolo MASTER – veja adiante) visa ao diagnóstico precoce das "Síndromes de Semiologia Potencialmente Graves" (o terceiro "S" da regulação). Fazemos isso através de perguntas que visam avaliar três aspectos no paciente: o nível de consciência, o estado da respiração e o estado da circulação do paciente.

- Avaliar o Nível de Consciência:
  - – "Fulano (a), ele consegue falar? Ele diz o que sente?"
  - – "Fulano (a), bata no ombro dele e chame por ele!" (se não conseguir falar)
  - – "Fulano (a), ele abre os olhos, mexe braços e pernas?"
- Avaliar a Respiração:
  - – "Fulano (a), veja como está a respiração dele?"
- Avaliar a Circulação:
  - – "Fulano (a), você acha que a cor da pele dele (a) está normal?"
  - – "Está quente ou fria?"
  - – "Fulano (a), ele está sangrando? Onde? Quanto?"

As três frases iniciais ditas para avaliar o Nível de Consciência possibilitam a avaliação do grau de resposta verbal do paciente. As três avaliações (consciência, respiração e circulação) visam reconhecer pacientes inconscientes, em parada respiratória ou em parada cardiorrespiratória, respectivamente. Após as perguntas, é considerado paciente com "Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave" aquele que tem comprometimento de dois dos três aspectos descritos acima.

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 telefonista auxiliar de regulação médica e deve permitir inferir agravos de maior gravidade 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, telefone e endereço completo.*

Ou seja, no reconhecimento precoce pelo TARM de Síndromes de "Forte Valência Social" e de "Etiologia Potencialmente Grave" (durante o Protocolo RM!) ou de "Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave" (durante o Protocolo RM2) o médico regulador deve ser imediatamente informado para que possa tomar sua decisão técnica de envio do melhor recurso disponível no momento para o atendimento ao paciente, preferencialmente Suporte Avançado de Vida (SAV).

Não reconhecida nenhuma das três "Síndromes", o TARM revisa questões ainda não feitas ao solicitante (ou que ele não informou espontaneamente durante o RM1 e RM2) e as efetua de acordo com a queixa principal constante no Protocolo RM3 – Abordagem por Queixas (veja adiante).

## DECISÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Após o Acolhimento e Classificação de Risco do chamado, quando se descartar as três "Síndromes", iniciar-se-á a abordagem médica propriamente dita. Nessa abordagem, a experiência mostra que as perguntas adicionais devem ser breves e dirigidas, se evitando refazer perguntas já feitas pelo TARM (e anotadas no sistema de regulação).

Daí a importância de se ter protocolos de regulação como forma de unificar a decisão dentro de um serviço e facilitar o monitoramento e a avaliação dos resultados. Em todos os protocolos o questionamento visa sempre ir eliminando os sinais de maior gravidade até os de menor gravidade, nessa ordem. A vantagem da utilização desses protocolos é de facilitar a decisão, aumentar a segurança (aspecto médico legal) e de facilitar as relações entre estruturas de intervenção a partir do consenso médico obtido.

Cabe agora o conceito de prioridades no atendimento pré-hospitalar (APH). Semelhante ao Sistema Manchester, trabalhamos com quatro níveis de urgências, sinalizadas por cores (veja adiante no Protocolo RM4):

- COR VERMELHA: urgência de prioridade máxima, cujo atendimento pré-hospitalar deve estar iniciando em 10 a 15 minutos após a decisão médica reguladora. O médico regulador deve ficar em atendimento por telemedicina à ocorrência até a chegada da equipe no local;
- COR AMARELA: urgência de alta prioridade, cujo atendimento pré-hospitalar deve estar iniciando em 30 minutos após a decisão médica reguladora;
- COR VERDE: urgência de baixa prioridade, sem indicação de atendimento pré-hospitalar. Deve ser realizada orientação médica para o caso; e
- COR AZUL: urgência de prioridade mínima, sem indicação de atendimento pré-hospitalar. Também deve ser realizada orientação médica para o caso.

Em todos os casos VERMELHOS o envio de uma Unidade de Suporte Avançado (USA) é necessário, acrescido ou não de Unidades de Suporte Intermediário (USI), Básico (USB) ou Motolância. Na ausência de USA disponível, ou a critério da regulação médica, o envio de USI ou USB pode ser a opção. Em todos os casos AMARELOS, o envio de uma USI é necessária. Na indisponibilidade desta, uma USB ou Motolância podem ser deslocadas.

### A QUEIXA PRINCIPAL

O processo de "encaixe" do caso em um protocolo de regulação definido se inicia já no RM1, quando do registro da queixa principal e do "apelido da ocorrência" no e-SUS SAMU, sistema de regulação adotado pelo SAMUFor.

Da mesma forma como no Sistema Manchester de Classificação de Risco, a determinação correta da queixa principal do pacente é fundamental para o processo, pois definirá o protocolo a ser selecionado. Essa queixa é o principal sinal/sintoma que motivou o paciente a ligar para o 192. Essa queixa deve ser registrada de forma clara e objetiva e, sempre que possível, localizada no tempo e espaço.

Dessa forma, no caso de um idoso que na semana anterior caiu e bateu a região frontal da cabeça, mas que somente hoje ligou devido a uma dor de cabeça há dois dias, sua queixa principal será "idoso com cefaléia há dois dias" e não "idoso com queda da própria altura na semana passada".

Em seguida, a escolha do apelido da ocorrência segue alguns padrões pré-estabelecidos (Veja abaixo na Tabela 1), pois cada apelido da ocorrência corresponde a um protocolo de regulação. São exemplo de registros de queixas e respectivos apelidos:

- Paciente indisposto há dois dias, com piora dos sintomas desde ontem: INDISPOSIÇÃO;
- Criança com torção do pé há uma hora após queda da própria altura: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES;
- Idoso com história de desmaio agora pela manhã: MAL SÚBITO NO ADULTO.

Assim, se o paciente não for potencialmente grave (os "3S" da Regulação), a definição pelo TARM da "queixa principal" e do "apelido" o direciona ao questionário presente no Protocolo RM3 (vaje adiante). Esse questionário consiste em uma série de perguntas que não podem deixar de ser respondidas (se não o já foram) para a melhor decisão médica para o caso. O médico regulador tanto poderá orientar sua decisão de acordo com o Protocolo de Regulação correspondente ao apelido escolhido ou, se for o caso, mudar o apelido, mudando o Protocolo de Regulação de referência para o caso.

Note que no primeiro exemplo acima o apelido não é protocolar (INDISPOSIÇÃO) e não está associado a nenhum protocolo. Os protocolos e, logicamente, os apelidos foram construídos com base nos mais frequentes motivos de chamadas em nosso serviço, aos quais foram enviados equipes de intervenção. Com o tempo, de acordo com novas necessidades, certamente novos apelidos surgirão acompanhando novos protocolos de regulação.

Mas algumas outras possibilidades de "apelidos", como queixas principais comuns não necessariamente associadas a protocolos, são:

- **Escoriações** após queda;
- **Indisposição** ou mal-estar;
- Problemas **digestivos**;
- Problemas **ginecológicos**;
- Problemas **urinários**;
- **Óbito**;
- **Tosse**;
- **Trauma** na cabeça.

| APELIDO DA OCORRÊNCIA | PROTOCOLO | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO |
|---|---|---|
| **AVC** – Acidente Vascular Cerebral | RC1 | Paciente com sintomas de acidente vascular cerebral (AVC) que se iniciaram entre 3 e 4,5 horas |
| **Alergia** | RC2 | Coceira, edema, erupções ou vesículas na pele ou mucosas, com ou sem alterações respiratórias associadas, associados ou não a história alérgica pregressa. |
| **Asma** | RC3 | Sinais e sintomas de asma previamente conhecida. |
| **Afogamento** | RT1 | Paciente consciente ou inconsciente após submersão em água e parada respiratória. |
| **Agitação** e Situação de violência | RC4 | Pacientes com alteração de comportamento (agitação ou inquietação) que podem ter etiologia psiquiátrica ou orgânica. |
| **Agressão Física** | RT2 | Queixas inespecíficas após agressão. |
| **Autoagressão** e tentativa de **suicídio** | RC5 | História de autoagressão, com danos físicos a si mesmo, abordando aspectos físicos e psiquiátricos do caso. |
| **Cefaleia** | RC6 | Qualquer dor ao redor da cabeça não relacionada a nenhuma estrutura anatômica especial, podendo ser referida à região do couro cabeludo, fronte, nuca, acima ou na região dos olhos. A dor facial não está incluída. |
| **Convulsão** | RC7 | Movimentos tônicos ou clônicos em crise tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial. |
| **Corpo Estranho** | RC8 | Presença de corpo estranho em qualquer parte da anatomia. |
| **Crise em Saúde Mental** | RC9 | Alterações agudas do comportamento e doença mental. |
| **Diabetes** | RC10 | Pacientes sabidamente diabéticos, tipo I ou tipo II. |
| **Diarréia** e/ou **vômitos** | RC11 | Pacientes com diarréia e/ou vômitos com ou sem sinais de desidratação. |

| | | |
|---|---|---|
| **Dispnéia** em adulto | RC12 | Em todos os casos de dispnéia em paciente não asmático. |
| **Dispnéia** em criança | RP1 | Queixas de falta de ar na criança. |
| **Dor abdominal** em adulto | RC13 | Dor na região abdominal, com ou sem irradiação. |
| **Dor abdominal** em criança | RP2 | Dor na região abdominal, com ou sem irradiação. |
| **Dor cervical** | RC14 | Dor na região cervical, com ou sem irradiação. |
| **Dor lombar** | RC15 | Dor na região lombar, com ou sem irradiação. |
| **Dor testicular** | RC16 | Dor na região escrotal. |
| **Dor torácica** | RC17 | Dor torácica anterior, lateral ou posterior, com ou sem irradiação, com ou sem relação com a respiração. |
| **Ferimentos perfuropenetrantes** | RT4 | Ferimentos diversos, incluindo todos os ferimentos por arma branca ou arma de fogo. |
| Gestante em **trabalho de parto** | RO2 | Pacientes gestantes, em trabalho de parto ou alterações do curso normal da gestação. |
| **Hemorragia digestiva** | RC18 | Pacientes apresentando sangramento digestivo, podendo estar vomitando sangue vivo ou alterado, ou evacuando sangue vivo ou alterado. |
| **Intoxicação** ou **abstinência alcoólica** | RC19 | Uso agudo ou crônico, comprovado ou suspeito de álcool. |
| **Mal súbito no adulto** | RC20 | Desmaio, síncope ou mal estar no adulto. |
| **Mordeduras e picadas** | RC21 | Abrange desde picadas de insetos até mordeduras por grandes animais, inclusive humana. |
| **Múltiplas Vítimas** ou **QBRNE** | RT3 | Em todos os incidentes com múltiplas vítimas relacionados ou não com produtos perigosos (químicos, radiológicos, nucleares e explosivos) ou agentes biológicos. |
| ***Overdose* e envenenamentos** | RT5 | Relato de ingestão de substâncias tóxicas ou entorpecentes com sintomatologia importante. |
| **Palpitação** | RC22 | Sensação incômoda do coração estar batendo ou acelerado. |
| **Politraumatismo** | RT8 | Comprometimento simultâneo e grave de várias funções e sistemas do corpo humano em decorrência de lesões provocadas por forças externas, que podem ser tanto um objeto chocando-se contra o corpo humano quanto o corpo humano chocando-se contra um objeto. |
| **Problemas odontológicos** | RC23 | Abrange qualquer problema oral em dentes e/ou gengivas. |
| **Problemas em extremidades** | RC24 | Em quaisquer queixas ou lesões em membros superiores ou inferiores, inclusive dor ou trauma. |
| **Problemas em olhos** | RC25 | Dor ou outras sensações nos olhos, incluindo alterações agudas na visão. |
| **Queda** | RT6 | Queda da própria altura ou de altura. |
| **Queimaduras** e **choque elétrico** | RT7 | Queimaduras de fonte elétrica, química ou por fogo, calor ou solar. |
| **STV** – Sangramento vaginal | RO1 | Perda de sangue, na gestação ou fora dela, por via vaginal. |
| **TCE** – Trauma cranioencefálico | RT9 | Trauma na cabeça com alterações neurológicas e/ou equimose mastóide ou periorbitária e/ou otorragia/rinorragia com ou sem politraumatismo. |
| **Trauma toracoabdominal** | RT10 | Trauma em tórax ou abdome com ou sem risco de morte, hemorragia ou dor. |

Tabela 1: Apelidos-padrão

## OS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO

Os Protocolos de Regulação são de cinco tipos, somando **49 protocolos**:

- **Protocolos Técnicos de Regulação Médica (RM)**: dez protocolos gerais, de conduta em casos específicos ou de decisão gestora;
- **Protocolos Clínicos de Regulação (RC)**: 25 protocolos de síndromes clínicas, que incluem protocolos de regulação em saúde mental e dois protocolos especiais (Asma e Diabetes);
- **Protocolos em Trauma de Regulação (RT)**: dez protocolos de síndromes no trauma;
- **Protocolos Obstétricos de Regulação (RO)**: dois protocolos de síndromes obstétricas; e
- **Protocolos Pediátricos de Regulação (RP)**: dois protocolos de síndromes pediátricas.

A lógica de decisão adotada nos protocolos assemelha-se à lógica adotada no Sistema Manchester de Classificação de Risco: uma sequência de "perguntas" cujo fluxo se encerra quando ocorre a primeira resposta "Sim", sugerindo a melhor resposta a ser considerada. Essa melhor resposta pode ser envio de Unidade de Suporte Avançado (USA), envio de

Unidade de Suporte Intermediário (USI), Unidade de Suporte Básico (USB) ou apenas orientação médica. Podemos tomar como exemplo o Protocolo RT6 – Queda:

| | |
|---|---|
| 3. | Considerar o envio de USA se houver: |
| i. | Paciente não reativo; |
| ii. | Convulsionando; |
| iii. | Mecanismo de trauma significativo; |
| iv. | Hemorragia exsanguinante ou maior incontrolável; |
| v. | Suspeita de traumatismo cranioencefálico (equimose mastóide ou periorbitária, otorragia); |
| vi. | Déficit neurológico agudo; |
| vii. | Alteração súbita de consciência; |
| viii. | Hipotermia. |
| 4. | Considerar o envio de USI/USB se houver: |
| ix. | História de hipoglicemia |
| x. | Criança abaixo de 10 anos ou idoso acima de 70 anos, com fraturas e/ou dor intensa ou moderada; |
| xi. | História de inconsciência; |
| xii. | Distúrbio da coagulação; |
| xiii. | História discordante; |
| xiv. | Hemorragia menor incontrolável; |
| xv. | Déficit neurológico novo; |
| xvi. | Deformidade grosseira; |
| xvii. | Fratura exposta; |
| 5. | Realizar orientação médica se houver: |
| xviii. | Deformidade em membros superiores; |
| xix. | Edema ou inchaço; |

Considerando que a queixa principal foi "Queda" (RT6) e não "Convulsão" (RC7), se a segunda pergunta tiver resposta SIM (está convulsionando) a melhor resposta do médico regulador deveria ser considerar o envio de uma USA (e dispará-la no software de regulação, se disponível), sendo os itens seguintes apenas para esclarecimento e coleta de maiores informações sobre o caso.

Aqui está a grande importância da qualificação dos profissionais da CRUFor na correta coleta dos dados e escolha do apelido da ocorrência, a partir da "Queixa Principal".

Em resumo:

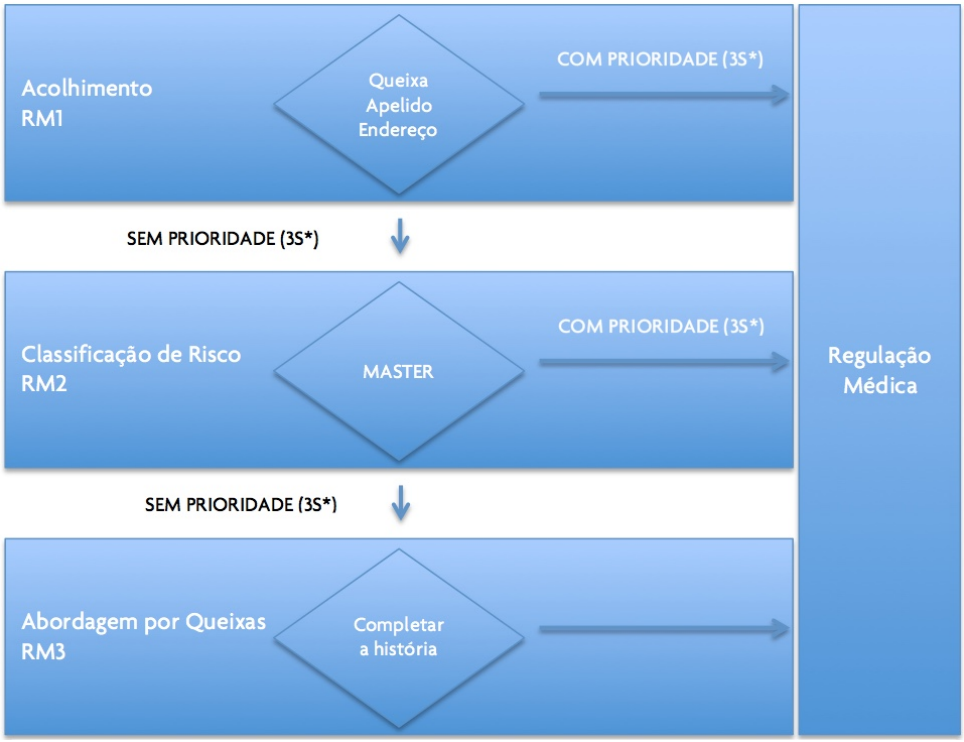



*Figura 1: Fluxograma de Regulação da CRUFor*
** 3S da Regulação : **Síndromes de "Forte Valência Social" e de "Etiologia Potencialmente Grave" (RM1) ou de "Semiologia Potencialmente Grave" (RM2)***

## ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DECISÃO E REGISTRO MÉDICO DO CASO

- Nos casos em que exista dúvida quanto ao recurso necessário, sempre deve ser disponibilizado o de maior complexidade possível;
- Nos casos de explícita falta de recursos, gerando as indesejáveis "filas ou longos tempos de espera" o médico regulador deverá constantemente reavaliar o conjunto dos casos pendentes e proceder a repriorizações, tantas vezes quantas forem necessárias, não se esquecendo de monitorizar a solicitação por meio de contatos sucessivos com os solicitantes, informando-os sobre as dificuldades e orientando quanto ao tempo previsto de espera;
- As situações de insuficiência de recursos devem ser devidamente registradas e encaminhadas sistematicamente ao Diretor Técnico do SAMU, constando os períodos do dia em que ocorreram;
- Nos casos em que não houver USA disponível, ou se existir dúvida em enviá-la, deve ser enviada uma USI ou USB;
- Nos casos de emergência, onde o tempo resposta deve ser curto, mesmo com indicação de USA, a liberação da unidade mais próxima, com tempo-resposta menor deve ser feita concomitantemente (USI e USB mais próximas por exemplo). A primeira equipe que chegar ao local informará ao regulador o real quadro clínico do paciente e, em função destes dados, o médico regulador reforçará sua decisão ou a mudará ou acrescentará mais alguma unidade ou serviço que se tornar necessário. Enquanto isto, a USA já deverá se dirigir ao destino.
- Nos casos de múltiplas vítimas, podem ser liberadas quantas ambulâncias forem necessárias; e
- Nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação.
- Sempre registrar sua decisão contendo, no mínimo os seis passos protocolares:
  - Qual a **Queixa Principal**?
  - Algum Discriminador Geral presente (**os 3 "S" da Regulação**)?
  - Em qual **Protocolo de Regulação** enquadra-se o caso?
  - A decisão médica foi baseada em qual **Discriminador Específico**?
  - Qual foi sua **Decisão Médica**?

Seguem-se alguns exemplos de registro médico no sistema de regulação:

- Queixa principal: CRIANÇA QUE NÃO SE SENTE BEM HÁ 5 DIAS.
- Apelido da ocorrência: "MAL ESTAR EM CRIANÇA";
- 3 "S" da Regulação: "NEGATIVO";
- Protocolo: "Nenhum Protocolo Padrão";
- Discriminador: "Nenhum" (0);
- Decisão Médica: Realizado orientação médica.

- Queixa principal: MULHER QUE TENTOU CORTAR OS PULSOS HÁ 2 HORAS.
- Apelido da ocorrência: "AUTOAGRESSÃO";
- 3 "S" da Regulação: "NEGATIVO";
- Protocolo: "Autoagressão e Tentativa de Suicídio" (RC5);
- Discriminador: "Alto risco de nova autoagressão" (9):
- Decisão Médica: Considerado o envio de USA. Melhor recurso disponível para o caso no momento é a USI. **Enviado USI.**

# DOCUMENTOS PRELIMINARES

UA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA – CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

# CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DA II JORNADA DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE LISBOA (1990)



Foi proposta na II Jornada de Emergência Médica uma Declaração sobre a ética dos Serviços Médicos de Urgência, Declaração esta que foi aprovada por unanimidade pelos participantes em 7 de dezembro de 1990.

## DECLARAÇÃO DE LISBOA SOBRE A ÉTICA DA URGÊNCIA MÉDICA

Os sistemas de Ajuda Médica Urgente, na Europa e no Mundo, devem obedecer aos princípios fundamentais dos Direitos do homem. Assim, devem:

1. Respeitar de forma absoluta a autonomia da pessoa humana.
2. Oferecer o máximo de benefício de saúde.
3. Produzir o menor prejuízo possível.
4. Distribuir a ajuda da coletividade com critério de justiça.
5. O médico deve tomar suas decisões em plena liberdade para poder aplicar estes quatro princípios éticos.

### PRIMEIRO PRINCÍPIO

RESPEITAR DE FORMA ABSOLUTA A AUTONOMIA DA PESSOA HUMANA, ISTO É, AUMENTAR A AUTONOMIA DO DOENTE, RESPEITANDO A SUA LIBERDADE, MESMO EM CASO DE URGÊNCIA

Os cuidados prestados pelos médicos devem trazer aos doentes mais autonomia, quer no sentido físico, quer no psicológico e social. Todo cidadão, mesmo doente, tem o direito ao respeito pela sua autonomia no sentido da sua liberdade de escolha, da sua terapêutica, mesmo quando mais vulnerável, ou seja, na situação de urgência médica. O pessoal dos serviços de urgência deve respeitar este direito fundamental do doente e aceitar que possa recusar os seus cuidados, mesmo quando julgados indispensáveis.

Todavia a liberdade de escolha do doente em relação ao prestador de cuidados médicos é quase sempre impraticável em caso de urgência médica e, particularmente, quando se encontra numa unidade de cuidados intensivos. O direito à confidencialidade é também resultante dessa mesma liberdade. Por sua vez, os serviços médicos de urgência não devem permitir erros na área da difusão de informações à população sobre a saúde e a vida privada dos seus doentes a pretexto da sua urgência.

### SEGUNDO PRINCÍPIO

OFERECER O MÁXIMO DE BENEFÍCIO DE SAÚDE, OU SEJA, OBTER A MELHOR QUALIDADE DOS CUIDADOS A PRESTAR. OS CUIDADOS DE URGÊNCIA DEVEM TER QUALIDADE PROFISSIONAL

O doente deve receber o maior benefício possível como conseqüência da melhor qualidade dos cuidados prestados ao mesmo tempo que de menor custo, mesmo sendo de urgência. Por princípio, qualquer Estado deve garantir a segurança dos cidadãos, o que implica a implementação de socorro médico adequado. A Saúde Pública e os profissionais de cuidados de saúde devem tomar providências no sentido de assegurar a real qualidade destes cuidados de urgência, com a ajuda dos Serviços Hospitalares, Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODUs), Serviços Móveis de Emergência e Reanimação (SMERs) e Unidades de Cuidados Intensivos, assegurando uma permanência operacional necessária e suficiente durante 24 horas por dia.

### TERCEIRO PRINCÍPIO

PRODUZIR O MENOR PREJUÍZO POSSÍVEL, ISTO É, COMO RESULTANTE DE PROCEDIMENTOS IMPOSTOS PELA NECESSIDADE DA URGÊNCIA.

A demora do diagnóstico e do tratamento, um fator de agravamento nas patologias sobre-agudas e em situações vitais, impõe à Saúde e aos médicos uma organização de forma a evitar os prejuízos conseqüentes da demora de atuação. Os procedimentos de urgência são mais arriscados que os normais, dependendo particularmente da decisão pessoal, mas sofrendo constrangimentos e restrições de recursos e de tempo. Os médicos e as autoridades sanitárias, como todo o resto da organização dos cuidados, devem preocupar-se em usar o menos possível esta decisão pessoal, própria da

terapêutica de urgência. Existe igualmente o perigo da decisão social coletiva de utilização dos serviços de urgência provocada pela tendência geral de inflação (solicitação exagerada do público e oferta inflacionista de cuidados de urgência), ainda que as necessidades de cuidados de urgência sejam estáveis, salvo epidemia ou catástrofe.

O terceiro princípio de não prejuízo ao doente impõe ao médico a recusa em tratar sob pressão e condições precárias de urgência os doentes que não tenham necessidade de cuidados médicos urgentes e a orientá-los para procedimentos e organizações de cuidados normais, sempre que possível.

**QUARTO PRINCÍPIO**

DISTRIBUIR A AJUDA DA COLETIVIDADE COM CRITÉRIOS DE JUSTIÇA, PRESTANDO OS CUIDADOS IGUALMENTE A TODOS OS QUE DELES CAREÇAM.

A igualdade de direitos entre os cidadãos exige que se faça beneficiar do máximo de cuidados de urgência o maior número de doentes que deles tenham necessidade e isto com qualidade.

Por motivos de justiça e eqüidade na distribuição dos recursos comunitários de Saúde, os médicos dos serviços de urgência são responsáveis, no exercício da sua atividade na urgência, pela gestão econômica desse recurso de Saúde, sem dúvida escassos e caros. Os profissionais, não podendo seguir o princípio habitual de primeiro chegado, primeiro tratado. Ao contrário, na prática de urgência, e particularmente em caso de afluxo de doentes, devem estabelecer com justiça as prioridades no atendimento. Não havendo critérios técnicos de escolha, devem-se tratar primeiro aqueles que sofrerem de patologia que se agrava mais rapidamente e/ou podem ser estabilizados ou curados com menor gasto, não só de tempo, como de recursos.

O médico deve sempre permanecer livre nas suas decisões de cuidados a prestar para poder permanecer isento justo.

## SOBRE OS DIREITOS DO PACIENTE

(Adotada pela 34ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, setembro/outubro de 1981 e emendada pela 47ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Bali, Indonésia, setembro de 1995)

**PREÂMBULO**

A relação entre médicos, pacientes e sociedade sofreu mudanças significativas nos tempos atuais. Enquanto o médico sempre deve agir de acordo com sua consciência e sempre nos melhores interesses do paciente, igual esforço deve ser feito no sentido de garantir os princípios da justiça e da autonomia ao paciente. A presente Declaração representa alguns dos principais direitos do paciente que a profissão médica endossa e promove. Os médicos e outras pessoas ou entidades envolvidas na provisão de cuidados de saúde têm uma responsabilidade conjunta para reconhecer e apoiar estes direitos. Sempre que a legislação, a ação governamental ou qualquer outra entidade ou instituição negue aos pacientes estes direitos, os médicos devem procurar os meios apropriados para assegurar ou restabelecer tais direitos.

No contexto da pesquisa biomédica que envolve interesses humanos - inclusive na pesquisa biomédica e terapêutica - o assunto é vinculado aos mesmos direitos e à mesma consideração de qualquer paciente em uma situação normal de tratamento.

**PRINCÍPIOS**

1. Direito a cuidados médicos de boa qualidade.

a) Toda pessoa é intitulada sem discriminação para destinar cuidados médico.
b) Todo paciente tem o direito a se preocupar em ter um médico que ele conhece para ser livre de fazer juízos clínicos e éticos sem qualquer interferência externa.
c) O paciente sempre será tratado conforme seus melhores interesses. O tratamento aplicado estará conforme os princípios médicos geralmente aprovados.
d) A garantia da qualidade sempre deve ser uma parte dos cuidados de saúde. Médicos, em particular, devem aceitar a responsabilidade de ser os guardiões da qualidade de serviços médicos.
e) Em circunstâncias onde deve ser feita escolha entre pacientes para um tratamento especial e limitado, todos os outros pacientes devem estar cientes de que a seleção daquele procedimento foi feita de forma justa para

aquele tratamento. Aquela escolha deve estar baseada em critério médico e tem de ser feito sem discriminação.

f) O paciente tem o direito de continuidade dos cuidados de saúde. O médico tem uma obrigação de cooperar na coordenação de cuidados médicos indicados com outros provedores de cuidados de saúde que tratam do paciente. O médico não pode suspender o tratamento de um paciente sem oferecer um tratamento adicional indicado, sem dar a ajuda razoável ao paciente e sem dar oportunidade suficiente para fazer arranjos alternativos para a assistência.

2. Direito de escolher seu médico.

a) O paciente tem o direito de escolher livremente o médico de sua confiança no hospital ou na instituição de serviços de saúde, seja ele do setor privado ou público.
b) O paciente tem o direito de pedir a opinião de outro médico em qualquer fase do tratamento.

3. Direito a autodeterminação.

a) O paciente tem o direito a autodeterminação e tomar livremente suas decisões. O médico informará o paciente das conseqüências de suas decisões;
b) Um paciente adulto mentalmente capaz tem o direito de dar ou retirar consentimento a qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico. O paciente tem o direito à informação necessária e tomar suas próprias decisões. O paciente deve entender qual o propósito de qualquer teste ou tratamento, quais as implicações dos resultados e quais seriam as implicações do pedido de suspensão do tratamento;
c) O paciente tem o direito de recusar participar em pesquisa ou em ensaio de medicamento.

4. O paciente inconsciente.

a) Se o paciente está inconsciente ou, em caso contrário, impossibilitado de se expressar, seu consentimento informado deve ser obtido sempre que possível de um representante legalmente indicado ou legalmente pertinente.
b) Se um representante legalmente indicado não está disponível, mas se uma intervenção médica é necessitada urgentemente, o consentimento do paciente pode ser presumido, a menos que seja óbvio e além de qualquer dúvida, com base em expressão de convicção prévia e firmada pelo paciente ou que em face de sua convicção ele recusaria o consentimento à intervenção naquela situação.
c) No entanto, os médicos sempre devem tentar salvar a vida de um paciente inconsciente quando devido a uma tentativa de suicídio.

5. O paciente legalmente incapaz.

a) Se o paciente é menor ou legalmente incapaz o consentimento será requerido a um representante legalmente responsável. Todavia, o paciente deve ser envolvido na decisão tanto mais quanto seja permitida sua capacidade de entender.
b) Se um paciente legalmente incapaz pode tomar decisões racionais, devem ser respeitadas suas decisões e ele tem o direito de proibir a revelação de informação que foi outorgada pelo seu representante legal.
c) Se o representante legalmente indicado ou uma pessoa autorizada pelo paciente proibir tratamento que, na opinião do médico, é do melhor interesse do paciente, o médico deve se opor a esta decisão da representação legal ou de outra pertinente. No caso de emergência, o médico agirá no melhor interesse do paciente.

6. Procedimentos contra a vontade do paciente.

a) Meio de diagnóstico ou de tratamento contra a vontade do paciente só pode ser efetivado em casos excepcionais, se especificamente permitido através de lei e em conformidade com os princípios da ética médica.

7. Direito a informação.

a) O paciente tem o direito de receber informação sobre as anotações em qualquer de seus registros médicos e de ser informado integralmente sobre o estado de sua saúde, inclusive dos fatos médicos sobre sua condição;
b) Excepcionalmente pode ser negada informação ao paciente quando existir uma boa razão para acreditar que esta informação criaria um risco sério para sua vida ou sua saúde;
c) A informação deve ser dada de maneira apropriada a sua cultura e de tal forma que o paciente possa entender;

d) O paciente tem o direito a não ser explicitamente informado a seu respeito, a menos que isso colocasse em risco a proteção da vida de outra pessoa;
e) O paciente tem o direito de escolher qual dos seus familiares deve ser informado.

8. Direito a confidencialidade.

a) Tudo que for identificado sobre o estado de saúde de um paciente - condição médica, diagnostico, prognóstico, tratamento e toda informação do pessoal, deve ser mantido em sigilo até mesmo depois da sua morte. Excepcionalmente, descendentes podem ter o direito de acesso a informação que os alertaria sobre riscos de sua saúde;
b) Uma informação confidencial só pode ser descoberta se o paciente dá consentimento explícito ou se isso está expressamente constando na lei. Só pode ser descoberta a informação a outros provedores de cuidados de saúde estritamente com base no "precisa saber", a menos que o paciente dê esse consentimento de forma explícita;
c) Todos os dados identificáveis do paciente devem ser protegidos;
d) A proteção dos dados deve ser feita de acordo com seu arquivamento apropriado;
e) Devem ser protegidas estruturas humanas das quais podem ser derivados dados igualmente identificáveis.

9. Direito a educação de saúde.

a) Toda pessoa tem o direito a educação de saúde que ajudará suas informações nas escolhas sobre saúde pessoal e sobre os serviços de saúde disponíveis.
b) A educação deverá incluir informação sobre estilos de vida saudáveis e sobre métodos de prevenção e descoberta precoce de enfermidades.
c) Médicos têm obrigação de participar ativamente em esforços educacionais.

10. Direito a dignidade.

a) O paciente tem direito à privacidade e será respeitado a toda hora com ensino e cuidados médicos;
b) O paciente terá ajuda ao que ele sofre de acordo com o estado atual de conhecimento.
c) O paciente tem o direito a cuidado terminal humanitário, ser provido com toda ajuda disponível e sua morte será tão digna e confortável quanto possível.

11. Direito a assistência religiosa.

a) O paciente tem o direito de receber ou recusar conforto espiritual e moral, inclusive com a assistência de ministro da sua religião.

**CONVENÇÃO DE TELAVIV**

## SOBRE RESPONSABILIDADES E NORMAS ÉTICAS NA UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA

(Adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Telavive, Israel, em outubro de 1999)

**Introdução**

1. Durante muitos anos, os médicos têm utilizado a tecnologia das comunicações, como o telefone e o fax, em benefício de seus pacientes. Constantemente se desenvolvem novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e também entre médicos e pacientes. A telemedicina é o exercício da medicina à distância, cujas intervenções, diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseadas em dados, documentos e outra informação transmitida através de sistemas de telecomunicação.

2. A utilização da telemedicina tem muitas vantagens potenciais e sua demanda aumenta cada vez mais. Os pacientes que não têm acesso a especialistas, ou inclusive à atenção básica, podem beneficiar-se muito com esta utilização. Por exemplo, a telemedicina permite a transmissão de imagens médicas para realizar uma avaliação à distancia em especialidades tais como radiologia, patologia, oftalmologia, cardiologia, dermatologia e ortopedia. Isto pode facilitar muito os serviços do especialista, ao mesmo tempo em que diminui os possíveis riscos e custos relativos ao transporte do paciente e/ou a imagem de diagnóstico. Os sistemas de comunicações como a videoconferência e o correio eletrônico permitem aos médicos de diversas especialidades consultar colegas e pacientes com maior freqüência, e manter excelentes resultados dessas consultas. A telecirurgia ou a colaboração eletrônica entre locais sobre telecirurgia, faz com que cirurgiões com menos experiência realizem operações de urgência com o assessoramento e a ajuda de cirurgiões experientes. Os contínuos avanços da tecnologia criam novos sistemas de assistência a pacientes que ampliarão a margem dos benefícios que oferece a telemedicina a muito mais do que existe agora. Ademais, a telemedicina oferece um maior acesso à educação e à pesquisa médica, em especial para os estudantes e os médicos que se encontram em regiões distantes.

3. A Associação Médica Mundial reconhece que, a despeito das conseqüências positivas da telemedicina, existem muito problemas éticos e legais que se apresentam com sua utilização. Em especial, ao eliminar uma consulta em um lugar comum e o intercâmbio pessoal, a telemedicina altera alguns princípios tradicionais que regulam a relação médico-paciente. Portanto, há certas normas e princípios éticos que devem aplicar os médicos que utilizam a telemedicina.

4. Posto que este campo da medicina está crescendo tão rapidamente, esta Declaração deve ser revisada periodicamente a fim de assegurar que se trate dos problemas mais recentes e mais importantes.

**Tipos de Telemedicina**

5. A possibilidade de que os médicos utilizem a telemedicina depende do acesso à tecnologia e este não é o mesmo em todas as partes do mundo. Sem ser exaustiva, a seguinte lista descreve os usos mais comuns da telemedicina no mundo de hoje.

5.1 Uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado ou que se encontre em um meio e que não tem acesso a um médico local. Chamada às vezes **teleassistência**, este tipo está em geral restringido a circunstâncias muito específicas (por exemplo, emergências).
5.2 Uma interação entre o médico e o paciente, onde se transmite informação médica eletronicamente (pressão arterial, eletrocardiogramas, etc.) ao médico, o que permite vigiar regularmente o estado do paciente. Chamada às vezes **televigilância**, esta se utiliza com mais freqüência aos pacientes com enfermidades crônicas, como a diabetes, hipertensão, deficiências físicas ou gravidezes difíceis. Em alguns casos, pode-se proporcionar uma formação ao paciente ou a um familiar para que receba e transmita a informação necessária. Em outros casos, uma enfermeira, tecnólogo médico ou outra pessoa especialmente qualificada pode fazê-lo para obter resultados seguros.
5.3 Uma interação onde o paciente consulta diretamente o médico, utilizando qualquer forma de telecomunicação, incluindo a internet. A **teleconsulta** ou consulta em conexão direta, onde não há uma presente relação médico-paciente nem exames clínicos, e onde não há um segundo médico no mesmo lugar, cria certos

riscos. Por exemplo, incerteza a relativa à confiança, confidencialidade e segurança da informação intercambiada, assim como a identidade e credenciais do médico.
5.4 Uma interação entre dois médicos: um fisicamente presente com o paciente e outro reconhecido por ser muito competente naquele problema médico. A informação médica se transmite eletronicamente ao médico que consulta, quem deve decidir se pode oferecer de forma segura sua opinião, baseada na qualidade e quantidade de informação recebida. Pode ser chamada de **parecer à distância por telemedicina**.

6. Independente do sistema de telemedicina que utiliza o médico, os princípios da ética médica, a que está sujeita mundialmente a profissão médica, nunca devem ser comprometidos.

**PRINCÍPIOS**

**Relação Médico-Paciente**

7. A telemedicina não deve afetar adversamente a relação individual médico-paciente. Quando é utilizada de maneira correta, a telemedicina tem o potencial de melhorar esta relação através de mais oportunidades para comunicar-se e um acesso mais fácil de ambas as partes. Como em todos os campos da medicina, a relação médico-paciente deve basear-se no respeito mútuo, na independência de opinião do médico, na autonomia do paciente e na confidencialidade profissional. É essencial que o médico e o paciente possam se identificar com confiança quando se utiliza a telemedicina.

8. A principal aplicação da telemedicina é na situação onde o médico assistente necessita da opinião ou do conselho de outro colega, desde que tenha a permissão do paciente. Sem dúvida, em alguns casos, o único contato do paciente com o médico é através da telemedicina. Idealmente, todos os pacientes que necessitam ajuda médica devem ver seu médico na consulta pessoal e a telemedicina deve limitar-se a situações onde o médico não pode estar fisicamente presente num tempo aceitável e seguro.

9. Quando o paciente pede uma consulta direta de orientação só se deve dar quando o médico já tenha uma relação com o paciente ou tenha um conhecimento adequado do problema que se apresenta, de modo que o médico possa ter uma idéia clara e justificável. Sem dúvida, deve-se reconhecer que muitos serviços de saúde que não contam com relações pré-existentes (como centros de orientação por telefone e certos tipos de serviços) em regiões afastadas são considerados como serviços valiosos e, em geral, funcionam bem dentro de suas estruturas próprias.

10. Numa emergência em que se utilize a telemedicina, a opinião do médico pode se basear em informação incompleta, porém nesses casos, a urgência clínica da situação será o fator determinante para se empregar uma opinião ou um tratamento. Nesta situação excepcional, o médico é responsável legalmente de suas decisões.

**Responsabilidades do Médico**

11. O médico tem liberdade e completa independência de decidir se utiliza ou recomenda a telemedicina para seu paciente. A decisão de utilizar ou recusar a telemedicina deve basear-se somente no beneficio do paciente.

12. Quando se utiliza a telemedicina diretamente com o paciente, o médico assume a responsabilidade do caso em questão. Isto inclui o diagnóstico, opinião, tratamento e intervenções médicas diretas.

13. O médico que pede a opinião de outro colega é responsável pelo tratamento e por outras decisões e recomendações dadas ao paciente. Sem dúvida, o tele-consultado é responsável ante o médico que trata pela qualidade da opinião que dar e deve especificar as condições em que a opinião é válida. Não está obrigado a participar se não tem o conhecimento, competência ou suficiente informação do paciente para dar uma opinião bem fundamentada.

14. É essencial que o médico que não tem contato direto com o paciente (como o tele-especialista ou um médico que participa na televigilância) possa participar em procedimentos de seguimento, se for necessário.

15. Quando pessoas que não são médicas participam da telemedicina, por exemplo, na recepção ou transmissão de dados, vigilância ou qualquer outro propósito, o médico deve assegurar-se que a formação e a competência destes outros profissionais de saúde seja adequada, a fim de garantir uma utilização apropriada e ética da telemedicina.

**Responsabilidade do Paciente**

16. Em algumas situações, o assume a responsabilidade da coleta e transmissão de dados ao médico, como nos casos de televigilância. É obrigação do médico assegurar que o paciente tenha uma formação apropriada dos procedimentos

necessários, que é fisicamente capaz e que entende bem a importância de sua responsabilidade no processo. O mesmo princípio se deve aplicar a um membro da família ou a outra pessoa que ajude o paciente a utilizar a telemedicina.

**O Consentimento e Confidencialidade do Paciente**

17. As regras correntes do consentimento e confidencialidade do paciente também se aplicam às situações da telemedicina. A informação sobre o paciente só pode ser transmitida ao médico ou a outro profissional de saúde se isso for permitido pelo paciente com seu consentimento esclarecido. A informação transmitida deve ser pertinente ao problema em questão. Devido aos riscos de filtração de informações inerentes a certos tipos de comunicação eletrônica, o médico tem a obrigação de assegurar que sejam aplicadas todas as normas de medidas de segurança estabelecidas para proteger a confidencialidade do paciente.

**Qualidade da Atenção e Segurança na Telemedicina**

18. O médico que utiliza a telemedicina é responsável pela qualidade da atenção que recebe o paciente e não deve optar pela consulta de telemedicina, a menos que considere que é a melhor opção disponível. Para esta decisão o médico deve levar em conta a qualidade, o acesso e custo.

19. Deve-se usar regularmente medidas de avaliação da qualidade, a fim de assegurar o melhor diagnóstico e tratamento possíveis na telemedicina. O médico não deve utilizar a telemedicina sem assegurar-se de que a equipe encarregada do o procedimento seja de um nível de qualidade suficientemente alto, que funcione de forma adequada e que cumpra com as normas recomendadas. Deve-se dispor de sistemas de suporte em casos de emergência. Deve-se utilizar controles de qualidade e procedimentos de avaliação para vigiar a precisão e a qualidade da informação coletada e transmitida. Para todas as comunicações da telemedicina deve-se contar com um protocolo estabelecido que inclua os assuntos relacionados com as medidas apropriadas que se devem tomar em casos de falta da equipe ou se um paciente tem problemas durante a utilização da telemedicina.

**Qualidade da informação**

20. O médico que exerce a medicina à distancia sem ver o paciente deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe. O médico só pode dar opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas, se a qualidade da informação recebida é suficiente e pertinente para o cerne da questão.

**Autorização e Competência para Utilizar a Telemedicina**

21. A telemedicina oferece a oportunidade de aumentar o uso eficaz dos recursos humanos médicos no mundo inteiro e deve estar aberta a todos os médicos, inclusive através das fronteiras nacionais.

22. O médico que utiliza a telemedicina deve estar autorizado a exercer a medicina no país ou estado onde reside e deve ser competente na sua especialidade. Quando utilizar a telemedicina diretamente a um paciente localizado em outro país ou estado, o médico deve estar autorizado a exercer no referido estado ou país, ou deve ser um serviço aprovado internacionalmente.

**História Clínica do Paciente**

23. Todos os médicos que utilizam a telemedicina devem manter prontuários clínicos adequados dos pacientes e todos os aspectos de cada caso devem estar documentados devidamente. Deve-se registrar o método de identificação do paciente e também a quantidade e qualidade da informação recebida. Deve-se registrar adequadamente os achados, recomendações e serviços de telemedicina utilizados e se deve fazer todo o possível para assegurar a durabilidade e a exatidão da informação arquivada.

24. O especialista que é consultado através da telemedicina também deve manter um prontuário clínico detalhado das opiniões que oferece e também da informação que se baseou.

25. Os métodos eletrônicos de arquivamento e transmissão da informação do paciente, só podem ser utilizados quando se tenham tomado medidas suficientes para proteger a confidencialidade e a segurança da informação registrada ou intercambiada.

**Formação em Telemedicina**

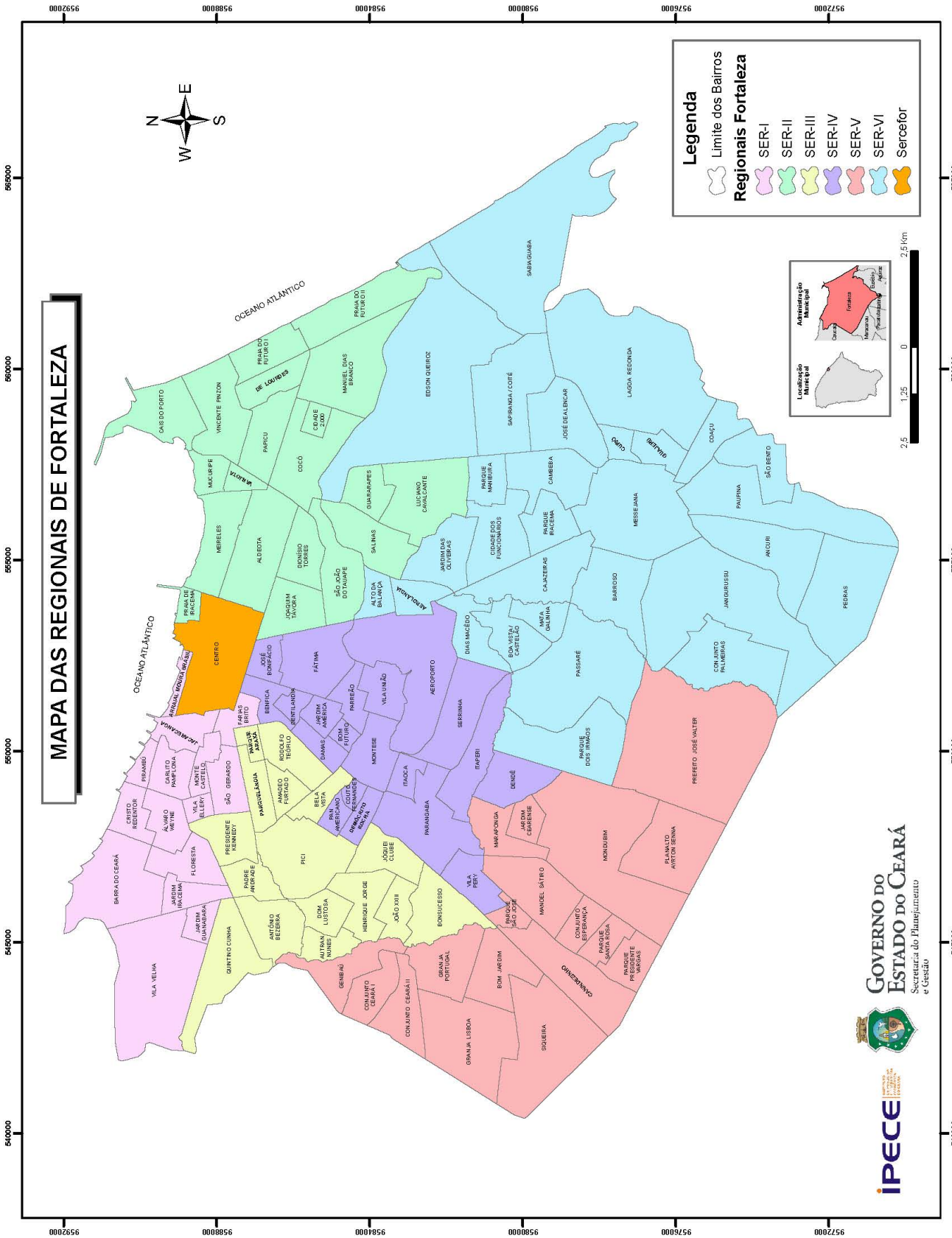
26. A telemedicina é um campo promissor para o exercício da medicina e a formação neste campo deve ser parte da educação médica básica e continuada. Deve-se oferecer oportunidades a todos os médicos e outros profissionais de saúde interessados na telemedicina.

**RECOMENDAÇÕES**

27. A Associação Médica Mundial recomenda que as associações médicas nacionais:

27.1 Adotem a Declaração da Associação Médica Mundial sobre as Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina;
27.2 Promovam programas de formação e de avaliação das técnicas de telemedicina, no que concerne à qualidade da atenção relação médico-paciente e eficácia quanto a custos;
27.3 Elaborem e implementem, junto com as organizações especializadas, normas de exercício que devem ser usadas como um instrumento na formação de médicos e outros profissionais de saúde que possam utilizar a telemedicina;
27.4 Fomentem a criação de protocolos padronizados para aplicação nacional e internacional que incluam os problemas médicos e legais, como a inscrição e responsabilidade do médico, e o estado legal dos prontuários médicos eletrônicos, e
27.5 Estabeleçam normas para o funcionamento adequado das teleconsultas e que incluam também os problemas da comercialização e da exploração generalizadas.
28. A Associação Médica Mundial segue observando a utilização da telemedicina em suas distintas formas.

## BAIRROS E VIAS DE ACESSO EM FORTALEZA



## Regional 1

| Bairros | Vias de Acesso | Vias secundárias |
|---|---|---|
| 1. Álvaro Weyne<br>2. Arraial Moura Brasil<br>3. Barra do Ceará<br>4. Carlito Pamplona<br>5. Cristo Redentor<br>6. Farias Brito<br>7. Floresta<br>8. Jacarecanga<br>9. Jardim Guanabara<br>10. Jardim Iracema<br>11. Monte Castelo<br>12. Pirambu<br>13. São Gerardo<br>14. Vila Ellery<br>15. Vila Velha | 1. Avenida Leste-Oeste<br>2. Avenida Coronel Carvalho - Avenida Radialista José Lima Verde<br>3. Avenida Mozart Pinheiro de Lucena (Mozart Lucena)<br>4. Avenida da Independência<br>5. Avenida Tenente Lisboa - Rua José Acioly<br>6. Avenida Doutor Themberge<br>7. Avenida Bezerra de Menezes<br>8. Avenida Francisco Sá<br>9. Avenida Sargento Hermínio Sampaio - Rua Carneiro da Cunha - Rua Padre Ibiapina<br>10. Avenida José Bastos | • Rua Domingos Olímpio<br>• Rua Padre Ibiapina<br>• Avenida Filomeno Gomes<br>• Rua Teodomiro de Castro<br>• Avenida Major Assis<br>• Rua Rosinha Sampaio<br>• Rua Estevão de Campos<br>• Rua Naturalista Feijó<br>• Rua Joaquim Albano<br>• Rua Anário Braga<br>• Rua Padre Anchieta<br>• Rua Olavo Bilac |

## Regional 2

| Bairros | Vias de Acesso | Vias secundárias |
|---|---|---|
| 1. Aldeota<br>2. Bairro de Lourdes<br>3. Cais do Porto<br>4. Cidade 2000<br>5. Cocó<br>6. Dionísio Torres<br>7. Guararapes<br>8. Joaquim Távora<br>9. Luciano Cavalcante<br>10. Manuel Dias Branco<br>11. Meireles<br>12. Mucuripe<br>13. Papicu<br>14. Praia de Iracema<br>15. Praia do Futuro<br>16. Salinas<br>17. São João do Tauape<br>18. Varjota<br>19. Vicente Pinzón | • Avenida Almirante Barroso<br>• Avenida Hist. Raimundo Girão<br>• Avenida Mons. Tabosa<br>• Avenida Dom Manuel<br>• Avenida Barão de Studart<br>• Avenida Desembargador Moreira<br>• Via Expressa<br>• Avenida Engenheiro Santana Júnior<br>• Rua Domingos Olímpio - Avenida Antônio Sales<br>• Avenida Heráclito Graça - Avenida Júlio Ventura<br>• Avenida Padre Antônio Tomás<br>• Avenida Santos Dumont<br>• Avenida Costa Barros<br>• Avenida Dom Luis<br>• Padre Antônio Tomás<br>• Avenida da Abolição<br>• Avenida Alberto Sá<br>• Avenida Gen. Murilo Borges - Rua Dr. Thompson Bulcão - Avenida Alm. Maximiniano da Fonseca - Avenida Dr. Valmir Pontes<br>• Avenida Dom Manuel - Avenida Aguanambi<br>• Avenida Pontes Vieira | • Rua dos Tabajaras<br>• Rua General Sampaio<br>• Rua Barão de Aratanha<br>• Rua Ildefonso Albano<br>• Rua Monsenhor Bruno<br>• Avenida Rui Barbosa<br>• Rua José Lourenço<br>• Rua José Vilar<br>• Rua Tibúrcio Cavalcante<br>• Rua Barbosa de Freitas<br>• Rua Leonardo Mota<br>• Rua Frei Mansueto<br>• Rua Ana Bilhar<br>• Rua Tenente Benévolo<br>• Rua Pereira Filgueiras<br>• Rua Pinto Madeira - Rua Torres Câmara<br>• Rua Meton de Alencar - Rua Rocha Lima<br>• Rua Bárbara de Alencar - Rua Gen. Clarindo de Queiroz |

## Regional 3

| Bairros | Vias de Acesso | Vias secundárias |
|---|---|---|
| 1. Amadeu Furtado<br>2. Antônio Bezerra<br>3. Autran Nunes<br>4. Bela Vista<br>5. Bonsucesso<br>6. Dom Lustosa<br>7. Henrique Jorge<br>8. João XXIII<br>9. Jóquei Clube<br>10. Padre Andrade<br>11. Parquelândia | • Avenida Dr. Themberge<br>• Avenida Gov. Parsifal Barroso<br>• Avenida Sargento Hermínio Sampaio<br>• Avenida Mister Hull<br>• Rua Tenente Lisboa<br>• Avenida Mozart Pinheiro de Lucena<br>• Rua (Alto) das Pedrinhas<br>• Avenida Sen. Fernandes Távora<br>• Rua Perimetral<br>• Avenida Porto Velho | • Rua Francisca Clotilde<br>• Rua Gustavo Sampaio<br>• Rua Pe. Cícero<br>• Rua Tiradentes<br>• Rua Francisca Clotilde<br>• Rua Costa Mendes<br>• Rua Azevedo Bolão<br>• Rua Pe. Guerra<br>• Rua Rotary<br>• Rua Dom Lino |

| | | |
|---|---|---|
| 12. Parque Araxá<br>13. Pici<br>14. Presidente Kennedy<br>15. Quintino Cunha<br>16. Rodolfo Teófilo | • Avenida Bezerra de Menezes - Avenida Mister Hull<br>• Avenida 13 de Maio - Avenida Jovita Feitosa<br>• Rua Perimetral<br>• Avenida Sen. Fernandes Távora<br>• Avenida Carneiro de Mendonça<br>• Avenida Jóquei Clube<br>• Rua Monsenhor Hipólito Brasil<br>• Avenida Porto Velho<br>• Avenida Lineu Machado<br>• Avenida José Bastos<br>• Avenida da Independência<br>• PERIMETRAL: Avenida Coronel Carvalho - Rua Perimetral<br>◦ Rua Vitória - Rua Diogo Correia - Rua Verbena - Rua Astronautas<br>◦ Rua Agamenon - Rua Anselmo Nogueira - Rua dos Astronautas - Rua Cacilda Becker - Rua Prof. Heribaldo Costa<br>• Avenida Rio Branco - Avenida Augusto dos Anjos - Avenida José Bastos<br>• Avenida Humberto Monte | • Rua Érico Mota<br>• Rua Professor Lino da Encarnação<br>• Rua José Acioly<br>• Rua Tenente Lisboa<br>• Rua Anário Braga<br>• Rua Olavo Bilac<br>• Rua Capitão Brasil<br>• Rua Virgílio Brandão<br>• Rua Curitiba<br>• Rua Macapá<br>• Rua Joaquim Albano<br>• Rua Alagoas<br>• Rua Pernambuco |

## Regional 4

| Bairros | Vias de Acesso | Vias secundárias |
|---|---|---|
| 1. Aeroporto<br>2. Benfica<br>3. Bom Futuro<br>4. Couto Fernandes<br>5. Damas<br>6. Demócrito Rocha<br>7. Dendê<br>8. Fátima<br>9. Gentilândia<br>10. Itaoca<br>11. Itaperi<br>12. Jardim América<br>13. José Bonifácio<br>14. Montese<br>15. Panamericano<br>16. Parangaba<br>17. Parreão<br>18. Vila Pery<br>19. Vila União<br>20. Serrinha | • Avenida Carapinima - Avenida José Bastos - Avenida Rio Branco - Avenida Augusto dos Anjos<br>• Avenida da Universidade - Avenida João Pessoa - Avenida Gen. Osório de Paiva<br>• PERIMETRAL:<br>◦ Rua Raimundo Neri<br>◦ Rua Luiz Vieira<br>• Avenida Cônego de Castro<br>• Avenida Godofredo Maciel<br>• Avenida dos Expedicionários<br>• Avenida Luciano Carneiro<br>• Rua Gomes Brasil - Avenida Pedro Ramalho - Silas Munguba (antiga Dedé Brasil) - continuação da Avenida Sen. Fernandes Távora)<br>• Avenida Sen. Carlos Jereissati (Avenida do Aeroporto)<br>• Rodovia BR 116 - Avenida Visconde do Rio Branco<br>• Rua Domingos Olímpio<br>• Avenida 13 de Maio<br>• Avenida Borges de Melo<br>• Avenida Eduardo Girão (Avenida do Canal) - Rua Pe. Cícero<br>• Avenida 13 de Maio | • Rua Alberto Magno<br>• Avenida Prof. Gomes de Matos<br>• Rua Germano Frank - Rua Almirante Rubim<br>• Rua Elvira Pinho<br>• Rua 15 de Novembro<br>• Rua Antônio Fiuza - Rua Galileu - Rua Gov. João Carlos<br>• Rua Dr. Justa Araújo - Rua Júlio Verne - Rua Equador<br>• Rua Aquiles Boris - Rua da Saudade - Avenida Lauro Vieira Chaves<br>• Rua Nereu Ramos<br>• Avenida Marechal Bittencourt<br>• Avenida Visconde do Rio Branco |

## Regional 5

| Bairros | Vias de Acesso | Vias secundárias |
|---|---|---|
| 1. Genibaú<br>2. Conjunto Ceará I Etapa<br>3. Conjunto Ceará II Etapa<br>4. Granja Lisboa<br>5. Siqueira<br>6. Granja Portugal<br>7. Bom Jardim<br>8. Parque são José | • Avenida Dom Almeida Lustosa (acesso pela Rodovia BR 222 ao lado da Lagoa do Tabapuá - Caucaia) - Rua Cruzeiro Velho - Avenida H<br>• Rua Alto das Pedrinhas - Avenida J - Avenida H<br>• Avenida Teodoro de Castro - Avenida H - Avenida A - Avenida D - Avenida E - Avenida C<br>• Avenida Min. Albuquerque Lima<br>• Avenida Quarto Anel Viário | • Rua Vital Brasil<br>• Rua Emílio de Menezes<br>• Rua Teodoro de castro<br>• Rua Coronel Fabriciano<br>• Rua Nereide<br>• Rua Mirtes Cordeiro<br>• Rua Oscar Araripe<br>• Rua Urucutuba |

| | | |
|---|---|---|
| 9. Canindezinho<br>10. Manoel Sátiro<br>11. Conjunto Esperança<br>12. Parque Santa Rosa<br>13. Parque Presidente Vargas<br>14. Maraponga<br>15. Jardim Cearense<br>16. Mondubin<br>17. Planalto Airton Senna<br>18. Prefeito José Walter | • Avenida Castelo de Castro<br>• PERIMETRAL: Avenida Presidente Costa e Silva - Rua Wenefrido Melo:<br>◦ Rua Santa Marlúcia - Rua Raimundo Neri - Rua Agamenon - Rua Anselmo Nogueira - Rua Cacilda Becker<br>◦ Rua Perimetral - Rua Luiz Vieira - Rua Astronautas - Rua Verbena - Rua Diogo Correia<br>• Avenida dos Expedicionários<br>• Rua Benjamim Brasil<br>• Avenida Cônego de Castro<br>• Avenida Godofredo Maciel - Rodovia Dr. Mendel Steinbruch (CE 060) | • Estrada do Jatobá - Rua Sargento João Pinheiro<br>• Rua Guararema<br>• Rua Coronel Virgílio Nogueira<br>• Rua Valparaíso - Avenida D<br>• Rua Holanda<br>• Rua Benjamim Brasil<br>• Rua Tulipa Negra<br>• Rua Herculano Pena<br>• Rua Jardim Fluminense<br>• Rua Trinta e Um de Março - Avenida João de Araújo Lima - Avenida Expedicionários<br>• Avenida I (Conjunto José Walter) |

## Regional 6

| Bairros | Vias de Acesso | Vias secundárias |
|---|---|---|
| 1. Aerolândia<br>2. Alto da Balança<br>3. Ancuri<br>4. Boa Vista / Castelão<br>5. Barroso<br>6. Cajazeiras<br>7. Cambeba<br>8. Cidade dos Funcionários<br>9. Coaçú<br>10. Conjunto Palmeiras<br>11. Curió<br>12. Dias Macedo<br>13. Edson Queiroz<br>14. Guajerú<br>15. Jangurussu<br>16. Jardim das Oliveiras<br>17. José de Alencar<br>18. Lagoa Redonda<br>19. Mata Galinha<br>20. Messejana<br>21. Parque Dois Irmãos<br>22. Parque Iracema<br>23. Parque Manibura<br>24. Passaré<br>25. Paupina<br>26. Pedras<br>27. Sabiaguaba<br>28. São Bento<br>29. Sapiranga / Coité | • Rodovia BR 116<br>• Avenida Alberto Craveiro<br>• Avenida Sen. Carlos Jereissati<br>• Avenida Presidente Juscelino Kubitschek (Avenida Padaria Espiritual)<br>• Avenida Pedro Ramalho<br>• Avenida dos Expedicionários<br>• Avenida Pompílio Gomes - Avenida Castelo de Castro<br>• Avenida Frei Cirilo - Rua Padre Pedro de Alencar<br>• PERIMETRAL: Avenida Presidente Costa e Silva - Estrada do Fio<br>• Avenida Quarto Anel Viário<br>• CE 040 - Avenida Washington Soares<br>• Avenida Edilson Brasil Soares<br>• Avenida Dep. Paulino Rocha - Avenida Oliveira Paiva - Avenida Cons. Gomes de Freitas<br>• Avenida Maestro Lisboa - Avenida Manoel Mavignier - Avenida Litorânea - CE 025<br>• Avenida Min. José Américo | • Rua Valparaíso - Rua Dionísio Leonel Alencar - Estrada do Ancuri<br>• Rua Recanto Verde - Rua Francisco Alves Ribeiro<br>• Rua Capitão Hugo Bezerra<br>• Avenida Curió - Avenida Recreio<br>• Rua Francisco José Albuquerque Pereira - Rotatória da BR em Messejana - Avenida Min. José Américo<br>• Avenida José Leon<br>• Avenida Dr. Valmir Pontes - Rua Rosa Cordeiro - Avenida C<br>• Avenida dos Franceses - Avenida A - Avenida C - Rua Rosa Cordeiro |

## Regional do Centro

| Bairro | Vias de Acesso | Vias Secundárias |
|---|---|---|
| 1. Centro | • Rua Pessoa Anta<br>• Avenida Filomeno Gomes - Rua Padre Ibiapina<br>• Avenida Duque de Caxias | • Rua São Paulo<br>• Rua Pedro Pereira - Rua Pinto Madeira |

| | | |
|---|---|---|
| | • Avenida Dom Manuel<br>• Avenida Leste-Oeste<br>• Avenida do Imperador<br>• Avenida Tristão Gonçalves<br>• Avenida Santos Dumont<br>• Rua Costa Barros | • Rua Barão do Rio Branco<br>• Rua Pereira Filgueiras |

## Grandes corredores da cidade

**CORREDORES LESTE-OESTE**

- Avenida Radiologista José Lima Verde
  - **Primeiro Anel Viário**: Avenida Leste Oeste - Avenida Monsenhor Tabosa - Avenida da Abolição - Avenida Vicente de Castro - Avenida José Sabóia - Avenida Cesar Cals - Avenida Dioguinho
  - Avenida Coronel Carvalho:
    - Avenida Mister Hull
    - Avenida Perimetral
- Avenida Francisco Sá - Rua São Paulo - Rua Sena Madureira - Rua Pedro Borges - Rua Santos Dumont - Avenida Dioguinho
- Município de Caucaia - Avenida Mister Hull:
  - Avenida Bezerra de Menezes:
    - Rua Domingos Olímpio - Avenida Antônio Sales - Avenida Eng. Santana Junior
    - Rua Padre Ibiapina - Avenida Duque de Caxias - Avenida Heráclito Graça - Rua Tibúrcio Cavalcante - Avenida Padre Antônio Tomás - Rua Cel. Nogueira Paes - Avenida Aldir Mentor - Avenida Dioguinho
    - Rua Meton de Alencar - Rua Rocha Lima - Rua Dr. José Lourenço
  - Avenida Humberto Monte:
    - Avenida Jovita Feitosa - Avenida Treze de Maio - Avenida Pontes Vieira - Avenida Sen. Virgílio Távora - Avenida da Abolição
    - Avenida José Bastos - Avenida Eduardo Girão - Rodovia BR 116 - Rotatória Borges de Melo - Rua Capitão Vasconcelos - Rua Capitão Aragão - Avenida Gen. Murilo Borges - Rua Dr. Thompson Bulcão - Avenida Alm. Maximiniano da Fonseca - Avenida Washington Soares
- **Segundo Anel Viário**: Avenida Senador Fernandes Távora - Rua Gomes Brasil - Rua Eduardo Perdigão - Avenida Pedro Ramalho (Silas Munguba ou Dedé Brasil) - Avenida Deputado Paulino Rocha - Avenida Oliveira Paiva - Avenida Cons. Gomes de Freitas
  - Segunda Rota (ida): Avenida Senador Fernandes Távora - Avenida Lineu Machado - Avenida Carneiro de Mendonça - Avenida João Pessoa - Rua Quinze de Novembro - Avenida Sen. Carlos Jereissati - Avenida Alberto Craveiro - Avenida Raul Barbosa - Avenida Desembargador Moreira
  - Segunda rota (volta): Avenida Desembargador Moreira - Avenida Raul Barbosa - Avenida Alberto Craveiro - Avenida Sen. Carlos Jereissati - Rua Barão de Sobral - Rua Alberto Magno - Rua Elvira Pinho - Avenida João Pessoa - Avenida Carneiro de Mendonça - Avenida Lineu Machado - Avenida Sen. Fernandes Távora
  - Terceira rota (volta): Avenida Vicente de Castro - Via Expressa - Avenida Raul Barbosa - Avenida Alberto Craveiro - Avenida Sen. Carlos Jereissati - Rua Barão de Sobral - Rua Alberto Magno - Rua Elvira Pinho - Avenida João Pessoa - Avenida Carneiro de Mendonça - Avenida Lineu Machado - Avenida Sen. Fernandes Távora
- **Avenida Perimetral - Terceiro Anel Viário**:
  - Ida: Avenida Cel. Carvalho - Rua Demétrio Menezes - Rua Perimetral - Rua Vitória - Rua Diogo Correia - Rua Verbena - Rua dos Astronautas - Rua Luiz Vieira - Avenida Cônego de Castro - Rua Perimetral - Rua Wenefrido Melo - Avenida Presidente Costa e Silva - Avenida Jornalista Tomaz Coelho - Rua Eduardo Porto - Estrada do Fio - Município de Eusébio
  - Volta: Rua Manuel Castelo Branco - Rua Ten. Jurandir Alencar - Avenida Jornalista Thomás Coelho - Avenida Presidente Costa e Silva - Rua Santa Marlúcia - Rua Perimetral - Rua Santa Liduína - Rua Raimundo Neri - Rua Agamenon - Rua Anselmo Nogueira - Avenida dos Astronautas - Rua Cacilda Becker - Rua Prof. Heribaldo Costa - Rua Perimetral - Rua Demétrio Menezes - Avenida Cel. Carvalho
- Município de Caucaia - **Avenida Quarto Anel Viário** (cruza CE 095, CE 060 e BR 116) - CE 040

**CORREDORES NORTE-SUL**

- Município de Maracanaú - CE 095 - Avenida Gen. Osório de Paiva - Avenida Augusto dos Anjos - Avenida Rio Branco - Avenida José Bastos:
  - Rua José Façanha - Avenida Humberto Monte - Avenida Gov. Parsifal Barroso - Rua Dr. Themberge
  - Avenida Carapinima - Avenida do Imperador - Rua Castro e Silva
- Rua Castro e Silva - Rua Senador Pompeu - Avenida dos Expedicionários - Rua Aquiles Boris - Rua Antônio Fiuza - Rua Quinze de Novembro - Avenida Senador Carlos Jereissati - Avenida Expedicionários - Avenida João de Araújo Lima - Rua Trinta e Um de Março - Rodovia Dr. Mendel Steinbruch (CE 060) - Município de Maracanaú
- Rua Pessoa Anta - Avenida Dom Manuel - Avenida Aguanambi - Rodovia BR 116 - Município de Itaitinga
- Avenida Desembargador Moreira - Avenida Raul Barbosa - Rodovia BR 116 - Município de Itatinga
- Avenida Vicente de Castro - Via Expressa - Avenida Alberto Sá - Avenida Eng. Santana Júnior - Avenida Washington Soares:
  - CE 040 - Município de Eusébio
  - Avenida Maestro Lisboa - Avenida Manoel Mavignier - Avenida Litorânea - CE 025 - BR 021 - Porto das Dunas - Município de Aquiraz

## A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FORTALEZA

### Atenção Primária de Saúde

| Regional | Nome | Endereço | Contato |
|---|---|---|---|
| CoRES I<br>Rua Jerônimo, 20, Otávio Bonfim | UAPS Floresta | Rua Ten. José Barreira, 251 - CEP: 60.336-040 Álvaro Wayne | 3452.6657 |
| | UAPS Lineu Jucá | Rua Vila Velha, 101 - CEP: 60.341-720 Barra do Ceará | 3452.5887 / 3452.5888 Fax: 34851832 |
| | UAPS Fernando Façanha | Rua Rio Tocantins, s/n - CEP: 60.340-110 Jardim Iracema | 3452.6660 |
| | UAPS Carlos Ribeiro | Rua Jacinto Matos, 944 - CEP: 60.310-210 Jacareacanga | 3452.6373/ 3283.4556 /5987 |
| | UAPS Dr. Paulo de Melo Machado | Rua Bernardo Porto, 497 - CEP: 60.320-570 Monte Castelo | Fone:3452.6380 |
| | UAPS João Medeiros de Lima | Av. Dom Aloízio Lorscheider, 982 - CEP: 60.348-140 Vila Velha | Fone: 3452-6646 Fax: 3452.6645 |
| | UAPS Prof. José Rebouças Macambira | Rua Creuza Rocha, s/n - CEP: 60.346-350 Jardim Guanabara | Fone: 3452.6687 TP: 3284.6251 |
| | UAPS Virgílio Távora | Av. Monsenhor Hélio Campos, s/n- CEP: 60.336-800 Cristo Redentor | Fone:3452.3487 |
| | UAPS Guiomar Arruda | Rua Gal. Costa Matos, 06 - CEP: 60.310-690 Pirambu | Fone: 3452.6377 Fax: 3452.6378 |
| | UAPS Francisco Domingos da Silva | Av. Castelo Branco, 4707 - CEP: 60.312-060 Barra do Ceará | Fone: 3452.6643 Fax: 3452.6644 |
| | UAPS Casemiro José de Lima Filho | Av. Francisco Sá, 6449 - CEP: 60.310-003 Barra do Ceará | Fone: 3452.5876 Fax: 3452.5877 |
| | UAPS Quatro Varas | Rua Profeta Isaías, 456 - CEP: 60.850 - 260 Pirambu | Fone: 3101.2594 Projeto: 3286.6041 |
| CoRES II<br>Rua Prof. Juraci M. de Oliveira, 01 – Edson Queiroz | UAPS Irmã Hercílio Aragão | Rua Frei Vidal, 1821 São João do Tauape | Fax: 3452.1883 TP: 3257.4620 |
| | UAPS Aída Santos e Silva | Rua Trajano de Medeiro, 813 CEP. 60.190-160 Vicente Pinzón | Fax: 3433.2734 TP: 3265.6566 |
| | UAPS Pio XII | Rua Belizário Távora, s/n 60.130-370 Pio XII | Fax: 34521896 |
| | UAPS Célio Brasil Girão | Rua Prof. Henrique Firmeza, 82 60.110-110 Cais do Porto | Fax: 34332739 |
| | UAPS Frei Tito | Rua José Cláudio Costa Lima, 100 CEP. 60.182-530 Caça e Pesca | Fone: 34332730 Fax: 3452.2313 |
| | UAPS Benedito Artur de Carvalho | Rua Jaime Leonel, 228 CEP.60.810-160 Luciano Cavalcante | Fone: 34521897 Fax: 3452.1880 |
| | UAPS Odorico de Morais | Rua São Bernardo do Campo, s/n CEP.60.180-710 Castelo Encantado | Fone: 3433-2738 |
| | UAPS Miriam Porto Mota | Rua Coronel Jucá, 1636 CEP.60.170-288 Dionísio Torres | Fones: 34332748 |
| | UAPS Flávio Marcílio | Av. da Abolição, 4180 CEP. 60.165-082 Mucuripe | Fax: 3433.2737 Fone: 34332755 |
| | UAPS Rigoberto Romero | Rua Alameda das Graviolas, 195 CEP.60.190-600 Cidade 2.000 | Fax: 3433.2746 |
| | UAPS Paulo Marcelo | Rua 25 de Março, 607 CEP. 60.320.570 Centro | Fax: 3433.9701 TP: 3254.2273 |
| CoRES III<br>Av. Jovita Feitosa, 1264 – Parquelândia | UAPS Humberto Bezerra | Rua Hugo Victor, 51 CEP.60.360-820 Antônio Bezerra | 3212.1920 |
| | UAPS Fernandes Távora | Rua Maceió, 1354 CEP.60.525-540 Henrique Jorge | 3488.3254 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | UAPS Hermínia Leitão | Rua Gal. João Couto, 470 CEP.60.351-000 Quintino Cunha | 3433-9741 |
| | UAPS Luis Recamond Capelo | Rua Maria Quintela, 935 CEP.60.520-790 Bom Sucesso | 3488.3252 |
| | UAPS Clodoaldo Pinto | Rua Bonward Bezerra, 100 CEP. 60.356-400 Padre Andrade | 34339745 TP: 3478.3940 |
| | UAPS Santa Liduína | Rua Prof. João Bosco, 213 CEP.60.430-690 Parque Araxá | 3433.2569 TP: 3223.5777 |
| | UAPS César Cals | Av. Cel. Matos Dourado, S/N CEP. 60.510-610 Planalto Pici | 3488.3251 /3488.1272 TP: 3290.2714 |
| | UAPS Francisco Pereira de Almeida | Rua Paraguai n/s com Rua Chile, S/N CEP.60.442-240 Bela Vista | Fone: 3433.2890 |
| | UAPS Meton de Alencar | Rua Perdigão Sampaio, 820 CEP. 60.361-010 Antônio Bezerra | 34883271 TP: 3235.2147 |
| | UAPS José Sobreira Amorim | Av. Des. Luis Paulino, 190 CEP.60.510-160 Henrique Jorge | 3488.1271 |
| | UAPS Eliézer Studart | Rua Tomás Cavalcante, 545 CEP.60.020-290 Autran Nunes | 3488.3259 TP: 3290.9690 |
| | UAPS Anastácio Magalhães | Rua Delmiro de Farias, 1679 CEP.60.430-70 Rodolfo Teófilo | 3433.2564 |
| | UAPS George Benevides | Rua Pio Saraiva 168 CEP. 60.352-470 Quintino Cunha | 3105.1086 TP: 3235.1677 |
| | UAPS Waldemar de Alcântara | Rua Silveira Filho, 903 CEP.60520-050 Jockey Clube | 3488.3253 3290.7207 |
| | UAPS Ivana de Sousa Paes | Rua Virgílio Brígido, s/n CEP.60355-050 Presidente Kennedy | 3281.1851 |
| | UAPS João XXIII | Rua Júlio Braga, S/N CEP.60.520-490 João XXIII | 34883258 TP- 32907317 |
| CoRES IV<br>Av. Dedé Brasil, nº 3770, Serrinha | UAPS Luis Albuquerque Mendes | Rua Benjamin Franklin, 735 CEP.60.741-090 Serrinha | 3131.7335 TP: 3292.7735 |
| | UAPS José Valdevino de Carvalho | Rua Guará, s/n, CEP.60740-140 Itaoca | 31317338 TP: 3492.1480 |
| | UAPS Luis Costa | Rua Marechal Deodoro, 1501 CEP. 60.021-000 Benfica | 3131.7677 TP: 3214.2962 |
| | UAPS Ocelo Pinheiro | Rua Elcias Lopes, 517 CEP. 60.421-100 Itaoca | 3131.7334 TP: 3292.6823 |
| | UAPS Oliveira Pombo | Rua Travessa Rex, s/n CEP.60.441-370 Pan Americano | 34828576 TP: 3482.0162 |
| | UAPS Dom Aloisio Lorscheider | Rua Betel, 1895 CEP.60.714-230 Itaperi | 3131.1945 3105.2000/2002 |
| | UAPS Abel Pinto | Trav. Goiás, s/n CEP.60.440-085 Demócrito Rocha | 3452.5191 |
| | UAPS de Parangaba | Rua Germano Franklin, 495 CEP.60.740-020 Parangaba | 3131.7337 |
| | UAPS Roberto da Silva Bruno | Av. Borges de Melo, 910 CEP.60.415-900 Fátima | 3227.9177 TP: 3272.0060 |
| | UAPS Filgueiras Lima | Av. Dos Expedicionários, 3910 CEP.60.410-446 Jd. América | 3131.1697 TP: 3494.1480 |
| | UAPS Gutemberg Braun | Rua Monsenhor Agostinho, 505 CEP. 60.730-182 Vila Pery | 3452.5199 TP: 3292.6735 |
| | UAPS Turbay Barreira | Rua Gonçalo Souto, 420 Em reforma funcionando na R. Teodorico Barroso, 50 – Vl. União Vila União | 3272 - 4055 |
| CoRES V<br>Rua Augusto dos Anjos, nº 2466, Bom Sucesso | UAPS Abner Cavalcante Brasil | Rua Eng. Luís Montenegro, 485 CEP. 60.731-802 Siqueira | 3105.3342 3105.3343 |
| | UAPS João Elísio Holanda | Rua Juvêncio Sales s/n CEP.60.764-600 Aracapé | 3131.6222 |
| | UAPS Zélia Correia | Rua Antônio Pereira, 1495 CEP.60.766-220 Planalto Airton Sena | Fax: 3452.5125 Fone: 34334900 |
| | UAPS Galba Araújo | Av. Senador F. Távora, 3161 CEP.60.510-000 Genibaú | Fax: 3452.6753 TP: 3452.6752 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | UAPS Fernando Diógenes | Rua Teodoro de Castro, S/N CEP.60.541.190 Granja Portugal | Fone: 34883240 |
| | UAPS Pedro Celestino | Rua Gastão Justo, 215 CEP.60.762-060 Maraponga | 3433.4915 TP: 3298.1258 |
| | UAPS José Walter | Av. L, 1880 3ª Etapa Funcionando no CSU-R. 69,191 José Walter | Fax: 3433.4918 TP: 3291.4602 |
| | UAPS Luciano Torres de Melo | Rua Delta, 365 CEP.60.713.440 Vila Manoel Sátiro | Fax: 3433.4922 TP: 3484.4801 |
| | UAPS Siqueira | Rua Eng. Luis Montenegro, 485 CEP.60.732-548 Siqueira | Fones: 31053342 |
| | UAPS Maciel de Brito | Av. A s/n– 1ª Etapa CEP.60.533-301 Conjunto Ceará | Fones: 3452.2486 Fax: 3452.2487 |
| | UAPS Parque São José | Rua Des. Frota, s/n CEP.60.730-270 Parque São José | 3483.5451 |
| | UAPS Graciliano Muniz | Rua 106, n.º 345 CEP. 60.763-550 Conj. Esperança | Fax: 3433.4913 TP: 3298.7016 |
| | UAPS Luiza Távora | Tv. São José, 940 CEP. 60.761-240 Mondubim Conj. Itaperi | 3433.4916 TP: 3469.0641 |
| | UAPS Edmilson Pinheiro | Av. H, 2191 CEP.60.542-190 Funcionando na UAPS MACIEL DE BRITO Granja Lisboa | Fax: 3452-2421 TP: 3269.2398 |
| | UAPS José Paracampos | Rua Alfredo Mamede, 250 CEP.60.763-800 Mudubim | 3433.4914 Fax.3433.4927 Fone: 32963270 |
| | UAPS Viviane Benevides | Rua João Áreas, 1296 CEP.60.713-410 Vila Manoel Sátiro | Fax: 3433-4902 TP: 3484.2027 |
| | UAPS Dom Lustosa | Rua Cel. João Correia, s/n CEP.60540-282 Granja Lisboa | Fax: 3245.9323 TP: 3497.0009 |
| | UAPS Guarany Mont'Alverne | Rua Geraldo Barbosa, 3230 CEP.60540-345 Granja Lisboa | Fax: 3452-2496 TP: 3497.0060 |
| | UAPS Argeu Herbster | Rua Cel. João Correia, 728 CEP.60.010-010 Bom Jardim | Fones: 3452.9461 |
| | UAPS Jurandir Picanço | Rua Duas Nações s/n CEP.60.545-250 Granja Portugal | Fax: 3452.2480 TP: 3259.5829 |
| CoRES VI<br>Rua Pe. Pedro de Alencar, nº 1385, Messejana | UAPS Galba de Araújo | Av. Recreio, 1390 CEP.60.831-370 Lagoa Redonda | 3105.1602 |
| | UAPS Anísio Teixeira | Rua Guarani, 355 CEP.60.843-530 Paupina-Ancuri | Fax: 3433.5285 TP.3433.5291 |
| | UAPS de Messejana | Rua Cel. Guilherme Alencar, s/n. CEP.60.871-608 Messejana | Fax: 3474.2637 SAME: 3452.1660 |
| | UAPS Terezinha Parente | Rua Nelson Coelho, 209. CEP.60.831-410 Lagoa Redonda | Fones: 31051626 3488.3300/3288 |
| | UAPS Francisco Melo Jaborandi | Rua 315 Nº 80 CEP. São Cristóvão | Fax: 3105.1768 Fones: 34883301 32568791 |
| | UAPS Monteiro de Moraes | Av. Evilásio Miranda, S/N CEP. 60.833-302 Sapiranga Coité | Fax: 3452.6091 TP: 3273.4333 |
| | UAPS João Hipólito | Rua 03, n.º 88 – Napoleão Viana CEP. 60.860-470 Dias Macedo | Fax: 3105.3200 |
| | UAPS César Cals de Oliveira | Rua Capitão Aragão, 555. CEP. 60.851-150 Aerolândia | Fones: 3247.5213 3472.9069 |
| | UAPS Vicentina Campos | Rua B, 145 Jardim Primavera. CEP.60.745-225 Pq. II Irmãos | Fax: 3105.3338 TP: 3493.2034 Fone: 34934732 |
| | UAPS Hélio Goes Ferreira | Av. Eng. Leal Lima Verde, 453 CEP.60.820-000 Conj. Alvorada | Fax: 3452.5714 Fone: 32734813 |
| | UAPS José Barros de Alencar | Rua José Nogueira de Alencar CEP.60.874-760 Pedras | Fax: 3105.1562 Fone: 34335257 |
| | UAPS Waldo Pessoa | Rua Capitão Hugo Bezerra, 75 CEP.60.335-770 Barroso | Fax: 3452.1830 3472.4674 |
| | UAPS Manoel Carlos Gouveia | Av. Des. Fausto Albuquerque, 486 CEP.60.821-440 Jd. das Oliveiras | Fax: 3279.2050 Fones: 3452.6092 3488.3287 |
| | UAPS Alarico Leite | Rua dos Paroaras, 301 CEP.60.010-010 Passaré | Fax: 3452.9369 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | UAPS Pedro Sampaio | Av. Iracema, 1516. CEP.60.870-020 Conj. Palmeiras | Fax: 3105.1767 Fone: 3488.3300 |
| | UAPS Evandro Ayres de Moura | Av. Castelo de Castro s/n CEP. 60.866-680 Jangurussu | Fax: 3105.1765 |
| | UAPS Janival de Almeida | Rua Coelho Garcia, 25. CEP.60.801-810 Castelão/Passaré | Fax: 3105.3095 |
| | UAPS Maria de Lourdes Jereissati | Rua Reino Unido, 115. CEP.60.820-140 Conj. Tancredo Neves Jardim das Oliveiras | Fax: 3452.8160 |
| | UAPS Edmar Fujita | Av. Alberto Craveiro, 1480 CEP. 60.110-110 Castelão | Fone: 3105.3089 Fax: 3452.5130 |
| | UAPS Matos Dourado | Rua Floriano Benevides, 391 CEP. 60.811.690 Edson Queiroz | Fone: 31051564 Fax: 3488.3291 |

## SAMU 192 - Regional Fortaleza

| Regional | Nome | Endereço | Contato |
|---|---|---|---|
| | Sede Administrativa e NEP | Rua Padre Guerra, 1350 - Parquelândia | Fone: 3452-9153 |
| | Abastecimento dos Veículos | Usina de Asfalto – Av. Juscelino Kubitscheck, 4707 – Passaré | Fone: 3452-5711 |
| | | EMLURB – Av. Visconde do Rio Branco, 3491 ca 2 – Joaquim Távora | - |
| | Central de Serviços e Abastecimento (CSA) | DVO – Rua Jorge Dumar, 2054 – Montese | Fone: 3452-9148 |
| Regional I | Base Descentralizada NBS | Av. Presidente Castelo Branco, 1000 – Moura Brasil | Fone: 3101-2217 |
| Regional II | Base Descentralizada Regional II | Secretaria Executiva Regional II: Rua Prof. Juraci M. de Oliveira, 01 – Edson Queiroz | - |
| Regional III | Base Descentralizada Campus do Pici | Campus do Pici, 9720 – Pici | - |
| | Base Descentralizada Hospital da Mulher | Av. Lineu Machado, 155 – Jóquei Clube | Fone: 3233-3019 |
| Regional V | Base Descentralizada Siqueira | Escola José Narciso Pessoa de Araujo – Av. Gal. Osório de Paiva, 6741 – Siqueira | - |
| Regional VI | Base Descentralizada CHESF | Av. Alberto Craveiro, 999 – Dias Macedo | Fone: 3499-2121 |

## UPA 24h

| Nível | Regional | Nome | Porte | Endereço | Contato |
|---|---|---|---|---|---|
| Estadual | Regional II | UPA 24h Praia do Futuro | Porte III | Rua Júlio Silva, 410 | Fone: 3265-5672 / 98899-8667 |
| | Regional III | UPA 24h Autran Nunes | Porte II | Avenida Senador Fernandes Távora, 24 | Fone: 3290-7575 / 98814-1490 / 98616-6782 |
| | Regional V | UPA 24h Canindezinho | Porte III | Rua 15, esquina com a Rua José Dantas Vieira, 378 | Fone: 3487-2343 / 98892-5340 |
| | Regional V | UPA 24h Conjunto Ceará | Porte II | Rua 860, 25 | Fone: 3216-8316 / 98970-7090 |
| | Regional V | UPA 24h José Walter | Porte II | Avenida Costa e Silva (Perimetral), 4305, vizinho à CHESF | Fone: 98970-1891 |
| | Regional VI | UPA 24h Messejana | Porte II | Rua Miguel Gurgel, 246 | Fone: 3474-0535 / 98892-5297 |
| Municipal | Regional I | UPA 24h Cristo Redentor (Pirambu) | Porte II | Avenida Presidente Castelo Branco, 4040, com Rua Alves de Lima - Cristo Redentor | Fone: 3295-2768 / 98970-7577 |
| | Regional I | UPA 24h Vila Velha | Porte II | Av. G, 09 (esquina com Rua L) – Vila Velha | Fone: 3284-6754 / 99953-0891 |
| | Regional II | UPA 24h Edson Queiroz | Porte II | Rua do Contorno, por traz da UNIFOR, s/n | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Regional IV | UPA 24h Itaperi (UECE) | Porte III | Rua Betel, S/N – Itaperi | Fone: 98970-5379 |
| | Regional V | UPA 24h Bom Jardim | Porte II | Av. João Gentil, 2772 – Bom Jardim | Fone: 99228-9808 |
| | Regional VI | UPA 24h Jangurussu | Porte III | Avenida Contorno Sul, 835, com Rua 313 - Jangurussu | Fone: 3295-2768 / 98970-3409 |

## Hospitais de Porta Aberta para Urgência

| Nível | Regional | Nome | Endereço | Contato | Referência | Complexidade |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Municipal | Regional I | Hospital Municipal Gonzaguinha da Barra do Ceará | Av. Dom Aloísio Lorscheider, nº 1130 - Conjunto Nova Assunção - Barra do Ceará | (85) 3452.2409 - 3452.2390 | Obstetrícia / Pediatria | Média |
| Estadual | Regional II | Hospital Geral de Fortaleza | Rua Professor Otávio Lobo, 120 - Papicu | (85) 3101.3209 / 3101.3222 \| Fax: (85) 3101.7095 | Clínica Médica / Cirurgia / Obstetrícia / Neonatologia | Média e Alta |
| Federal | Regional III | Maternidade Escola Assis Chateubriand | Rua Coronel Nunes de Melo, 1270 - Rodolfo Teófilo | (85) 3366.8502 | Obstetrícia / Ginecologia | Média e Alta |
| Estadual | Regional III | Hospital de Doenças Infecciosas São José | Rua Nestor Barbosa, 315 - Parquelândia | (85) 3101-2321 | Doenças Infecciosas | Média e Alta |
| Municipal | Regional III | Hospital da Mulher de Fortaleza (somente pacientes regulados) | Av. Lineu Machado, nº 155 - Jóquei Clube | (85) 3105.2229 - 3233.3854 - 3233.3954 - 3233.3545 | Obstetrícia / Ginecologia | Média e Alta |
| Municipal | Regional III | Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura | Rua Cândido Maia, 294 - Antônio Bezerra | (85) 3488.3221 | Trauma / Clínica Médica / Pediatria | Média |
| Estadual | Regional IV | Hospital Infantil Albert Sabin | R Tertuliano Sales, 544 - Vila União | - | Pediatria | Média e Alta |
| Municipal | Regional IV | Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira | Avenida Osório de Paiva, 1127 - Parangaba | (85) 3131.7322 - 3131.7319 | Trauma / Clínica Médica | Média |
| Municipal | Regional IV | Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CROA) | Rua Guilherme Perdigão, 299 - Parangaba | (85) 3225.2212 - 3225.2425 - 3105.3051 - 3105.3052 - 3292.4120 | Pediatria | Média |
| Municipal | Regional V | Hospital Nossa Senhora da Conceição | Rua 1018, nº 148, 4ª Etapa - Conjunto Ceará | (85) 3452.6701 | Clínica Médica / Obstetrícia / Pediatria | Média |
| Municipal | Regional V | Hospital Distrital Gonzaguinha do José Walter | Avenida D, nº 440, 2ª Etapa - José Walter | (85) 3452.9399 | Clínica Médica / Obstetrícia /Pediatria | Média |
| Estadual | Regional VI | Hospital de Saúde Mental de Messejana Prof. Frota Pinto | R. Francisco Leandro, 63 - Curió | (85) 3101.4348 Fax: (85) 3101-4328 | Psiquiatria | Média e Alta |
| Estadual | Regional VI | Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart | Avenida Frei Cirilo, 3480 - Messejana | (85) 3101.4075 Fax: (85) 3101-4078 | Cardiologia | Média e Alta |
| Municipal | Regional VI | Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira | Avenida Presidente Costa e Silva, 1578 - Messejana | (85) 3105.1560 - 3105.1550 | Trauma / Clínica Médica / Pediatria | Média |
| Municipal | Regional VI | Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana | Avenida Washington Soares, 7700 - Messejana | (85) 3105.1590 - 3101.4353 | Clínica Médica / Obstetrícia / Pediatria / | Média |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Neonatologia / Neurologia | |
| Municipal | Regional do Centro | Instituto Dr. José Frota | Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro | (85) 3255.5000 | Trauma | Média e Alta |
| Estadual | Regional do Centro | Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira | Avenida do Imperador, 545 - Centro | (085) 3101.5347 - (085) 3101.5340 | Obstetrícia / Neonatologia | Média e Alta |
| Filantrópico | Regional do Centro | Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza | Rua Barão do Rio Branco, 20 - Panamericano | (85) 3455.9100 | Clínica Médica | Média e Alta |

# PROTOCOLOS ESSENCIAIS DE REGULAÇÃO

## PROTOCOLOS TÉCNICOS DE REGULAÇÃO MÉDICA

## RM1 – ACOLHIMENTO TELEFÔNICO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Abordagem inicial de todas as solicitações de atendimento.

**Conduta:**
As oito fases protocolares do acolhimento são:

1. Atender o chamado ao primeiro toque do telefone;
2. Abertura de uma solicitação nova, digitando o número do telefone no e-SUS SAMU;

**I. ACOLHIMENTO**

– *"SAMU Fortaleza, com quem eu falo?"*
- Preenche o campo do nome do solicitante;

– *"Fulano (a), qual a sua urgência?"*
- Preenche o campo do Motivo/Queixa;
- Dá um apelido à ocorrência (resumo em uma palavra do motivo/queixa);
- Preenche o campo TIPO DE LIGAÇÃO e ORIGEM da ligação;
- Preenche o campo TIPO e MOTIVO, de classificação da ocorrência;

**II. ENDEREÇO**

3. – "*Fulano (a), o senhor (a) está no local da ocorrência?";*
   - Se não estiver, solicitar que alguém ligue do local da urgência: – "Fulano (a), é muito importante que falemos com alguém que está no local, para darmos as primeiras orientações. O(A) Senhor(a) pode ir ao local ou pedir para alguém do local ligar o 192?";
4. – *"Fulano (a), qual o endereço onde o paciente está?";*
   - Se não for de Fortaleza, transferir imediatamente a solicitação para os TARMs do SAMU Ceará;
5. – *"Fulano (a), diga um nome de avenida conhecida e perto desse endereço!";*
6. – *"Fulano (a), vindo pela avenida ... diga um ponto de referência (comércio, farmácia, shopping ou semelhante) para entrar na sua rua (ou avenida)!";*
7. – *"Fulano (a), e na sua rua (ou avenida), me diga um ponto de referência próximo desse número!";*

**III. OS "3S" DA REGULAÇÃO**

8. Se for detectada Síndrome de "Forte Valência Social", "Etiologia Potencialmente Grave" ou "Semiologia Potencialmente Grave" (os "3S" da Regulação), passar imediatamente para o médico regulador dizendo ao solicitante "Aguarde um momento enquanto eu transfiro a sua ligação para o médico regulador!";
   - Se não for detectado nenhum dos "3S" da Regulação, o TARM segue o **Protocolo MASTER (RM2)** de Classificação de Risco.

Nos tipos de ligação abaixo, o TARM deve:

1. **ATENDIMENTO** ou **IMV** (cinco vítimas ou mais) – o TARM deve seguir todos os oito itens.
2. **COBRANÇA** – ligou para o Serviço para cobrar remoção/transferência de paciente já regulado:
   - Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;
   - Abrir a ocorrência cobrada no quadro "Todas as Ocorrências", clicar em "Avaliação/Orientação", clicar em "Incluir Avaliações" e escrever "Fulano (a) pediu brevidade"
     - Reaplicar o Protocolo RM2 e atualizar o quadro do paciente;

- Passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções;

3. **DESISTÊNCIA** – ligou para o Serviço para desistir de remoção/transferência de paciente já regulado:
   - Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;
   - Abrir a ocorrência cobrada no quadro "Todas as Ocorrências", clicar em "Avaliação/Orientação", clicar em "Incluir Avaliações" e escrever "Fulano (a) está cancelando a solicitação" seguido do motivo da desistência;
   - Passar a informação para o operador de frota e médico regulador;
4. **QUEDA DE LIGAÇÃO** – quando a ligação é perdida:
   - Antes do item 2 do Protocolo de Acolhimento, encerrar a solicitação como TROTE (veja abaixo);
   - Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, colocar o CAMPO "Tipo de Ligação" como "QUEDA DE LIGAÇÃO", passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções.
5. **TROTE** – ligação indevida para o serviço, geralmente uma simulação de caso de urgência ou piadas, xingamento ou brincadeiras ao telefone, ou simplesmente ninguém fala após insistência do TARM:
   - Após o item 2, reconhecido o trote, desliga a ligação e registra a ocorrência como trote;
6. **REGULAÇÃO** – pedido de regulação com o médico regulador, para decisão da unidade de saúde de destino para o paciente (QTW), dúvidas sobre o caso regulado, etc.:
   - Após o item 2, pede o número da ocorrência e diz – "Aguarde um momento enquanto eu transfiro a sua ligação para o médico regulador!";
   - Registra como REGULAÇÃO;
   - Passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções;
7. **ENGANO** – quando o solicitante diz que se enganou e ligou errado.
   - quando o solicitante quer falar com o SAMU Ceará e cai no SAMU Fortaleza:
     - Transferir para o ramal 6028 ou 6076;
   - quando o solicitante não ouve o acolhimento inicial e o TARM percebe o engano:
     - – "Fulano (a) aqui é do SAMU Fortaleza, você ligou errado!"
8. **INFORMAÇÕES**:
   - quando o solicitante pede alguma informação, geralmente endereços de unidades de saúde, telefones de outras centrais de atendimento à população ou outros chamados não relacionados a urgências médicas como números telefônicos de unidades de saúde:
     - Orientar solicitar a informação no número 102;
     - Se houver nova ligação e souber dar a resposta, fornece a informação;
   - quando o solicitante quer fornecer alguma informação ou quer falar com o médico regulador:
     - Passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções;
9. **ORIENTAÇÃO**: a solicitação de orientação médica ou de enfermagem deverá ser encaminhada ao médico regulador ou Enfermeiro Gestor de Qualidade após o item 2;
10. **TRANSFERÊNCIA**: em vez do endereço (item 3), o TARM deve detalhar a localização do paciente dentro da unidade: leito, andar, unidade/enfermaria e o tempo de internação/atendimento. A solicitação deverá ser encaminhada ao médico coordenador após isso.

**OBSERVAÇÕES:** é a fase de coleta das primeiras informações de forma espontânea e início do acolhimento do solicitante (importante o endereço da ocorrência) com classificação de risco inicial do paciente. Deve durar no máximo um a dois minutos.

- Ao receber uma chamada telefônica, o TARM deve cumprimentar o solicitante de forma ética e educada antes de coletar algumas informações básicas
- Essas informações básicas (quem telefona e a queixa inicial) devem ser colhidas, no máximo, no primeiro minuto de teleatendimento e o endereço da ocorrência; no minuto seguinte;
- Sobre a queixa inicial lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo. Ter atenção a:

- 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 o encontrei desmaiado", "Está roxo", "Não está respirando", "Não está se mexendo", etc.);

- A fase de Acolhimento (RM1) visa, principalmente, detectar precocemente as Síndromes de "Forte Valência Social" e de "Etiologia Potencialmente Grave" (queixa principal), embora possa detectar também "Semiologia Potencialmente Grave;
  - Nesta fase obtemos a identificação da queixa principal e à coleta das primeiras informações relacionadas ao caso, que embora sejam concisas e subjetivas, geralmente são as mais fidedignas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: Março/2015
3ª Revisão: Maio/2016
4ª Revisão: Novembro/2016

## RM2 – PROTOCOLO MASTER (Classificação de Risco)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Após completado o Protocolo de Acolhimento (RM1), para avaliar melhor a existência de "Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave".

**Conduta:**

1. Realizar questionário para classificação de risco do paciente:
    - Avaliar o Nível de Consciência (Responsividade):
        - – *"Fulano (a), ele consegue falar? Ele diz o que sente?"*
        - – *"Fulano (a), bata no ombro dele e chame por ele!"* (se não conseguir falar)
        - – *"Fulano (a), ele abre os olhos, mexe braços e pernas?"*
    - Avaliar a Respiração:
        - – *"Fulano (a), veja como está a respiração dele?"*
    - Avaliar a Circulação:
        - – *"Fulano (a), você acha que a cor da pele dele (a) está normal?"*
        - – *"Está quente ou fria?"*
        - – *"Fulano (a), ele está sangrando? Onde? Quanto?"*
2. Passar imediatamente o caso para o médico regulador (ramal 2199), caso seja detectada Síndrome de "Semiologia Potencialmente Grave", dizendo – "Aguarde um momento enquanto eu transfiro a sua ligação para o médico regulador!";
    - Clica em "Avaliação/Orientação", clica em "Incluir Avaliações" e escreve todas as respostas do Protocolo MASTER;
3. Em caso negativo, passar para o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3):
    - Clica em "Avaliação/Orientação", clica em "Incluir Avaliações" e escreve todas as respostas do Protocolo de Abordagem por Queixas.

**OBSERVAÇÕES:** é a fase de coleta das primeira informações de forma espontânea e início do acolhimento do solicitante (importante o endereço da ocorrência) e classificação de risco inicial do paciente. Deve durar no máximo um a dois minutos;

- Ao receber uma chamada telefônica, o TARM deve cumprimentar o solicitante de forma ética e educada antes de coletar algumas informações básicas (quem telefona e a queixa inicial) e o endereço da ocorrência;
    - 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 o encontrei desmaiado", "Está roxo", "Não está respirando", "Não está se mexendo", etc.);
- A fase de Classificação de Risco (RM2 ou protocolo MASTER) visa ao diagnóstico precoce das "Síndromes de Semiologia Potencialmente Graves".
    - As três frases iniciais ditas para avaliar o Nível de Consciência possibilitam a avaliação do grau de resposta verbal do paciente;
    - As três avaliações (consciência, respiração e circulação) visam reconhecer pacientes inconscientes, em parada respiratória ou em parada cardiorrespiratória, respectivamente.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Julho/2010 1ª Revisão: dezembro/2014

## RM3 – ABORDAGEM POR QUEIXAS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Descartada uma Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), o TARM pode utilizar esse protocolo para revisar as questões importantes que não podem faltar na abordagem por queixas para a regulação médica do caso.

**Acidente Vascular Cerebral (RC1)**

- Quanto tempo faz? (janela de 4 horas)
- Teve algum desmaio?
- Ele convulsionou?
- A boca dele está torta?
- Como está a fala?
- Ele apresenta "dormência" em algum lado do corpo?
- Já teve um AVC? Faz algum tratamento?

**Alergia (RC2)**

- É alérgico a alguma coisa?
- Faz barulho quando respira?
- Como está a língua e o rosto?
- Teve algum desmaio?
- Como está a pele dele?
- Faz algum tratamento?

**Asma (RC3)**

- Costuma sentir essa falta de ar?
- Como está a fala?
- Teve algum desmaio?
- Já fez uso da medicação para falta de ar? Houve melhora?
- Faz algum outro tratamento?

**Afogamento (RT1)**

- Houve pulo com mergulho de cabeça?
- Houve trauma?
- Existe falta de ar?
- Perdeu os sentidos?
- Tem espuma na boca ou nariz?

**Agitação e situação de violência (RC4)**

- Ele faz algum tratamento?
- Usou drogas ou álcool?
- Está agressivo?
- Está agitado?
- Tentou ou está falando em se matar?
- Perdeu os sentidos?
- Como está a fala?
- Existe falta de ar?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Faz algum outro tratamento?

**Agressão física (RT2)**

- Quando foi o episódio?
- Tem sinais de embriaguez?
- Como estão os braços e pernas (alguma deformidade)?
- Tem trauma na cabeça?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Perdeu os sentidos?
- Apresentou convulsão?
- Como está a fala?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?

**Autoagressão e tentativa de suicídio (RC5)**

- Ele faz algum tratamento?
- Usou drogas ou álcool?
- Quanto tempo faz?
- Como estão os braços e pernas (alguma deformidade)?
- Tem trauma na cabeça?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- Teve desmaio?
- Como está a fala?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?

**Cefaleia (RC6)**

- Quando tempo faz?
- Já teve essa dor antes?
- Teve desmaio?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- História de trauma?
- Está sentindo mais alguma coisa?
- Ele faz algum tratamento?

**Convulsão (RC7)**

- Ele é epilético? Está tomando seus remédios?
- Quanto tempo faz?
- Teve quantas vezes?
- Teve febre? (se criança)

- Bateu a cabeça? Antes ou depois da convulsão?
- Usa drogas ou álcool?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Ele consegue movimentar o pescoço?

**Corpo estranho (RC8)**

- Como foi que ocorreu?
- Faz barulho quando respira?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?

**Crise em Saúde Mental (RC9)**

- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Tem alguma doença mental?
- Está viciado em alguma droga ou álcool?
- Está agressivo com outros ou consigo mesmo?
- Está agitado ou inquieto?
- Tentou ou está falando em se matar?
- Está se alimentando?

**Desastre** ou **IMV (RT3)**

- São quantos pacientes?
- Há fogo ou fumaça?
- Há rede elétrica ou postes afetados ou em risco?
- Há risco de desabamento? (prédios/construções, acessos, encostas, árvores e veículos);
- Há vazamento de alguma coisa? (combustível, de substâncias tóxicas ou produtos perigosos)

**Diabetes (RC10)**

- Foi medida a glicemia?
- Faz uso de qual medicação?
- Teve desmaio?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Apresentou convulsão?
- Está sentindo mais alguma coisa?
- Ele faz algum outro tratamento?

**Diarréia e/ou vômitos (RC11)**

- Quantas vezes?
- "Moleira" baixa? (criança até um ano)
- Consegue falar?
- Consegue andar?
- Urinou hoje?
- Desmaiou?
- Sente alguma dor?
- Fezes/vômitos com sangue?
- Sente mais alguma coisa?

**Dispnéia em adulto (RC12)**

- Quando começou a falta de ar?
- Ele consegue falar direito?
- Faz barulho quando respira?
- Ele está alcoolizado?
- Teve algum abalo emocional?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Outras queixas ou doenças?

**Dispnéia em criança (RP1)**

11. Quando começou a falta de ar?
12. Faz barulho quando respira?
13. Perdeu os sentidos?
14. Fez uso de alguma medicação?
15. Outras queixas ou doenças?

**Dor abdominal em adulto (RC13)**

16. Houve trauma recente?
17. Quando iniciou a dor?
18. Vomitou ou defecou sangue?
19. Está gestante?
20. Outras queixas ou doenças?

**Dor abdominal em criança (RP2)**

21. Quando iniciou a dor?
22. Vomitou ou defecou sangue?
23. Tem febre?
24. Outras queixas ou doenças?

**Dor cervical (RC14)**

25. Quando iniciou a dor?
26. Consegue mexer a cabeça?
27. Dor de cabeça? A luz incomoda?
28. Mancha vermelha no corpo?
29. Teve pancada no pescoço?

**Dor lombar (RC15)**

30. Quando iniciou a dor?
31. Houve trauma local?
32. Como estão os braços e pernas (movimento e sensibilidade)? Consegue andar?
33. Dor de barriga?
34. Como está a urina?

**Dor testicular (RC16)**

35. Quando iniciou a dor?
36. Qual a cor da pele nos testículos?

37. Tem cólica?

**Dor torácica (RC17)**

38. Quando iniciou a dor?
39. Já sentiu isso antes?
40. Teve abalo emocional?
41. Existe falta de ar?
42. Existe febre, dor no corpo ou vômitos?
43. Outras queixas ou doenças?

**Ferimentos pérfuro-penetrantes (RT4)**

- Quando foi o episódio?
- Em que parte do corpo?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Perdeu os sentidos?
- Apresentou convulsão?
- Como está a fala?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?

**Gestante em trabalho de parto (RO2)**

44. Quantas gestações (paridade), quantos partos e quantos abortos?
45. Qual o tempo da gravidez?
46. Está aparecendo alguma parte do bebê?
47. Tem contrações presentes? São quantas em 10 minutos?
48. Há sangramento ou perda de líquido?
49. Quantas cesáreas prévias?
50. Outras queixas ou doenças?

**Hemorragia digestiva (RC18)**

51. Teve desmaio?
52. Vômitos ou fezes com sangue? Encharca uma toalha?
53. Cor vermelha ou preta?
54. Quando iniciou o sangramento?
55. Quantos episódios?
56. Já teve sangramentos anteriores?
57. Tem costume de beber?
58. Outras queixas ou doenças?

**Intoxicação ou abstinência alcoólica (RC19)**

- Tem alguma doença mental?
- Está viciado em alguma droga ou álcool?
- Bateu a cabeça?
- Usa álcool?
- Está há quanto tempo sem uso de álcool?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Outras queixas ou doenças?

**Mal súbito no adulto (RC20)**

- Teve abalo emocional?
- Aparenta estar alcoolizado?
- Está com falta de ar?
- Faz barulho quando respira?
- Apresentou convulsão?
- Tem sangramento?
- Outras queixas ou doenças?

**Mordeduras e picadas (RC21)**

- Está com falta de ar?
- Faz barulho quando respira?
- Perdeu os sentidos?
- Rosto ou língua inchados?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Dor ou coceira?
- Outras queixas ou doenças?

***Overdose* e envenenamentos (RT5)**

- Qual foi a substância e a quantidade?
- Há quanto tempo ele ingeriu essa substância?
- Apresentou convulsão?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Tem alguma doença mental?
- Outras queixas ou doenças?

**Palpitação (RC22)**

- Tem dor torácica?
- Teve abalo emocional?
- Existe falta de ar?
- Usa drogas ou álcool?
- Está há quanto tempo sem uso de drogas ou álcool?
- Perdeu os sentidos?
- Doença do coração?
- Outras queixas ou doenças?

**Politraumatismo (RT8)**

- Quando foi o episódio? Está em via pública?
- Estava de capacete (se moto) ou de cinto (se carro)?
- Existe falta de ar?
- Faz barulho quando respira?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Bateu a cabeça? Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com

coisa")?
- Como estão os braços e pernas (deformidade)?

**Problemas odontológicos (RC23)**

- Começou quando?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Outras queixas ou doenças?

**Problemas em extremidades (RC24)**

- Começou quando?
- Perdeu os sentidos? (se for trauma)
- Estava de capacete (se moto) ou de cinto (se carro)?
- Tem falta de ar?
- Qual a cor da pele?
- Qual a temperatura?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Tem deformidade?
- Tem algum ferimento? O osso está aparecendo?
- Outras queixas ou doenças?

**Problemas em olhos (RC25)**

- Começou quando?
- Houve trauma no olho?
- Como está enxergando?
- Outras queixas e doenças?

**Queda (RT6)**

- Quando foi a queda? De que altura? Está em via pública?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Bateu a cabeça? Perdeu os sentidos?
- Apresentou convulsão depois da queda?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Como estão os braços e pernas (deformidade)?
- Consegue deambular?
- Está alcoolizado?

**Queimaduras e choque elétrico (RT7)**

- Quando foi o episódio?
- Queimadura onde? Formou bolhas?
- Queimadura por vapor? Óleo? Água? Fogo?
- Existe falta de ar?
- Faz barulho quando respira?
- Houve queda?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Estava em ambiente fechado? Inalou fumaça?
- Outras queixas ou doenças?

**Sangramento vaginal (RO1)**

- Está gestante? De quantos meses?
- Sangramento tem coágulos ou ultrapassa as roupas?
- Tem dor abdominal? Como é essa dor?

**Trauma cranioencefálico (RT9)**

- Quando foi o episódio? Está em via pública?
- Estava de capacete (se moto) ou de cinto (se carro)?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- Onde é o sangramento? Nariz ou ouvido?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Apresentou convulsão?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Como estão os braços e pernas (deformidade, movimento e sensibilidade)?
- Outras queixas ou doenças?

**Trauma toracoabdominal (RT10)**

- Quando foi o episódio?
- Existe falta de ar?
- Faz barulho quando respira?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Tem alguma deformidade no tórax?
- Tem vísceras aparecendo?
- Apresentou convulsão?
- Perdeu os sentidos?
- Outras queixas ou doenças?

**OBSERVAÇÕES:**
- O Protocolo RM3 de abordagem é extraído da introdução presente em todos os protocolos clínicos, de trauma, obstétricos e pediátricos.
- Nesta fase de Abordagem por queixas o conhecimento e a competência do profissional ficam mais evidentes, pois ele deve dominar conhecimentos anatômicos e o padrão de queixas de apresentação, além de ter habilidade em reconhecer com rapidez situações que coloquem em risco a vida do paciente';
- A maior parte das questões aqui apresentadas já podem ter sido respondidas durante os protocolos RM1 e

RM2, cabendo aqui ao TARM fazer somente as que estão faltando.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010 Revisão: janeiro/2016

## RM4 – TEMPO RESPOSTA E RESPOSTAS AO SOLICITANTE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em todas as solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação das urgências, após realização do Protocolo de Acolhimento (RM1), do Protocolo MASTER (RM2) e do Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3).

**Conduta:**

TEMPO RESPOSTA IDEAL

- **1 Minuto**: acolhimento do chamado com identificação preliminar dos 3"S" da Regulação (queixa principal e apelido), identificação do solicitante e do paciente com identificação e localização da ocorrência – **Protocolo RM1**.
    - Nos casos em que esse tempo for extrapolado (em casos de dificuldade de comunicação com o solicitante ou grande caos instalado no local) o médico regulador deve ser imediatamente informado, para ciência da dificuldade da coleta de informações;
    - Esse tempo não pode se estender por mais de 3 minutos;
- **1 Minuto**: Classificação de Risco e Decisão Médica, em casos de Urgência de Prioridade Máxima – **Protocolo RM2**.
    - **3 Minutos**: Classificação de Risco, Abordagem por Queixas e Decisão Médica, em casos que não sejam Prioridade Máxima – **Protocolos RM2 e RM3**;
- **20 Segundos**: Ativação da resposta, segundo Decisão Médica, pelo Radioperador (RO);
- **30 Segundos**: Início do deslocamento da ambulância, após a ativação pelo RO;
- O tempo ideal de deslocamento das ambulâncias, até a chegada ao destino, segue o quadro abaixo:

| Nível | Cor | Ambulância | Tempo-resposta recomendado |
|---|---|---|---|
| Urgência de Prioridade Máxima | VERMELHO | USA, USI (ou USB) e Motolância | até 10 minutos |
| Urgência de Alta Prioridade | AMARELO | USB (ou USI) e/ou Motolância | até 30 minutos |
| Urgência de Baixa Prioridade | VERDE | Orientação Médica | * até 60 minutos |
| Urgência de Prioridade Mínima | AZUL | Orientação Médica | - |

* Envio de USB em casos de valência social

RESPOSTAS AO SOLICITANTE

Sendo **Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO)**

- USA, USI ou USB disponível:
    - retornar ao solicitante: "a ambulância está sendo enviada do bairro...";
    - Iniciar atendimento médico por telemedicina até a chegada da ambulância;
    - Acompanhar tempo-resposta até a chegada da ambulância;
- USA, USI e USB indisponíveis:
    - Retornar ao solicitante: "todas as nossas ambulâncias estão em atendimento, sua urgência está sendo priorizada!"
    - Iniciar atendimento médico por telemedicina até alguma ambulância ficar disponível e chegar no local;
    - Em casos extremos, considerados de exceção, se houver a possibilidade de remoção de meios próprios e o médico regulador perceber que isso for a conduta com menor prejuízo possível (veja Declaração de Lisboa), o próprio médico regulador deverá permitir que essa remoção seja feita. Retornar a ligação a cada 10 minutos para checar a remoção e/ou reavaliar por telemedicina.

Sendo **Urgência de Alta Prioridade (AMARELO)**

59. USI ou USB e/ou motolância disponíveis:
    - Retornar ao solicitante: "a ambulância está sendo enviada do bairro...".
    - Acompanhar tempo-resposta até a chegada da ambulância;

- Reavaliar por telemedicina a cada 30 minutos enquanto ambulância não chegar.

60. USI, USB e motolância indisponíveis:
    - Se o caso for de urgência clínica ou pediátrica, retornar ao solicitante: "todas as nossas ambulâncias estão em atendimento. A orientação da regulação médica é remover o paciente e não aguardar. Caso não ocorra a remoção favor nos informar."
    - Se o caso for de urgência no trauma ou obstétrica:
        - Se a previsão de atendimento for menor que uma hora, manter a solicitação em "acolhimento com classificação de risco", reavaliando à distância a cada 30 minutos;
        - Se a previsão de atendimento for maior que uma hora, havendo a possibilidade de remoção de meios próprios e o médico regulador percebendo que isso é a conduta com menor prejuízo possível (veja Declaração de Lisboa), o próprio médico regulador deverá permitir que essa remoção seja feita.

Sendo **Urgência de Baixa Prioridade (VERDE)**

- Havendo imperativo de remoção em decúbito e/ou valência social:
    - Se houver valência social agir como sendo Urgência de Alta Prioridade;
    - Se transporte social/sanitário (TS) disponível transferir o caso para o transporte sanitário;
    - Se transporte social/sanitário indisponível retornar ao solicitante: *"não há indicação de transporte por ambulância; o transporte do paciente deverá ser realizado por outros meios";*
- Não havendo imperativo de remoção em decúbito:
    - Retornar ao solicitante: *"não há indicação de transporte por ambulância; o transporte do paciente deverá ser realizado por outros meios".*
    - Encerrar a solicitação.

Sendo **Urgência de Prioridade Mínima (AZUL)**

- Retornar ao solicitante: *"não há indicação de transporte por ambulância; o transporte do paciente deverá ser realizado por outros meios".*
- Encerrar a solicitação.

REGISTRO ELETRÔNICO NO SISTEMA

1. Além do relato do ocorrido, dito pelo solicitante/paciente, o TARM deverá registrar no sistema de regulação, o fluxo de seu atendimento, nos seguintes termos:

- Qual foi a **Queixa Principal**?
- Qual o **apelido** da solicitação?
- Detectou algum **dos 3 "S" da Regulação**?
- Quais as queixas adicionais detectadas na **abordagem por queixas**?

2. Nos casos em que o médico regulador enviar algum recurso do SAMU 192 (ex. USA, USI, USB, motolância) deverá registrar no sistema de regulação, o fluxo de sua decisão, nos seguintes termos:

- Qual a **Queixa Principal**?
- Qual o **apelido** da solicitação?
- Existe algum **dos 3 "S" da Regulação**?
- Em qual **Protocolo de Regulação** enquadra-se o caso?
- A decisão médica foi baseada em qual **Discriminador Específico**?
- Qual foi sua **Decisão Médica**?

3. Nos casos em que o médico regulador orientar remoção por meios próprios (para menor prejuízo ao paciente), deverá registrar o fato na ficha de atendimento do paciente no e-SUS SAMU, nos seguintes termos:

SEM RECURSO DISPONÍVEL

- Estamos sem recursos disponíveis. **Oriento remoção por meios próprios, no intuito de não atrasar atendimento médico inicial**, na unidade de saúde ... (indicar qual a unidade de saúde mais apropriada para o caso)**. Reitero, remover e não aguardar, para menor prejuízo possível ao paciente**. Oriento também retornar ligação caso insucesso na remoção ou mudança de quadro clínico.

SEM INDICAÇÃO TÉCNICA DE REMOÇÃO POR AMBULÂNCIAS

- **Não há indicação de transporte por ambulância**. Paciente sem prejuízo da consciência, sem comprometimento respiratório ou circulatório e podendo deambular. Não há também valência social. **Oriento**

**remoção por meios próprios para avaliação médica (ou de enfermagem) na unidade de saúde** ... (indicar qual a unidade de saúde mais apropriada para o caso).

**OBSERVAÇÕES:**

**A Declaração de Lisboa define quatro princípios fundamentais:**

- Autonomia e Liberdade (respeitar a autonomia e liberdade do paciente, mesmo em caso de urgência);
- 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); e
- Justiça, igualdade e solidariedade (atenção à coletividade com critério e justiça, prestando cuidados igualmente a todos os que dele careçam).

**Sobre o Tempo Resposta:**

- VERMELHO: em geral são pacientes em parada cardiorrespiratória, inconscientes ou com alteração súbita da consciência, em franca insuficiência respiratória e/ou circulatória, grandes hemorragias, dor intensa ou alterações importantes da temperatura etc.;
- AMARELO: em geral são pacientes com dificuldade respiratória, alterações graduais de consciência ou história de inconsciência, hemorragias controláveis, dor moderada etc.;
- São atribuições do médico regulador:
  - Regular cada ocorrência dentro do tempo previsto no protocolo vigente (um minuto);
  - Regular diretamente com solicitante todas as Urgências de Prioridade Máxima;
  - Acompanhar o tempo-resposta de chegada da ambulância na ocorrência;
  - SEMPRE checar disponibilidade de recursos para área da ocorrência;
  - Informar ao solicitante uma possível demora.

**Sobre o registro médico no Sistema de Regulação, exemplos:**

6. Queixa principal: CRIANÇA QUE NÃO SE SENTE BEM HÁ 5 DIAS.
7. Apelido da ocorrência: "MAL ESTAR EM CRIANÇA";
8. 3 "S" da Regulação: "NEGATIVO";
9. Protocolo: "Nenhum Protocolo Padrão";
10. Discriminador: "Nenhum" (0);
11. Decisão Médica: Realizado orientação médica.

12. Queixa principal: MULHER QUE TENTOU CORTAR OS PULSOS HÁ 2 HORAS.
13. Apelido da ocorrência: "AUTOAGRESSÃO";
14. 3 "S" da Regulação: "NEGATIVO";
15. Protocolo: "Autoagressão e Tentativa de Suicídio" (RC5);
16. Discriminador: "Alto risco de nova autoagressão" (9);
17. Decisão Médica: Considerado o envio de USA. Melhor recurso disponível para o caso no momento é a USI. **Enviado USI.**

**Sobre o envio de Unidade de Suporte Intermediário:**

- Dar preferência ao envio de USI, ao de USB, na suspeita dos seguintes casos:

| | |
|---|---|
| BC10 – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NO ADULTO | BC11 – CHOQUE |
| BT4 – CHOQUE NO TRAUMA | BC12 – DOR TORÁCICA NÃO TRAUMÁTICA |
| BC13 – CRISE HIPERTENSIVA | BC14 – AVC: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |
| BC16 – CRISE CONVULSIVA NO ADULTO | BC17 – HIPOTERMIA |
| BC19 – HIPOGLICEMIA | BC23 – REAÇÃO ALÉRGICA - ANAFILAXIA |
| BC26 – MANEJO DA DOR NO ADULTO | BC27 – CÓLICA NEFRÉTICA |
| BC29 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA | BC30 – AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO |
| BPed11 – CHOQUE EM PEDIATRIA | BPed14 – CRISE CONVULSIVA EM PEDIATRIA |
| BPed17 – HIPOGLICEMIA EM PEDIATRIA | BPed18 – REAÇÃO ALÉRGICA – ANAFILAXIA EM PEDIATRIA |
| BPed19 – FEBRE EM PEDIATRIA | BPed22 – MANEJO DA DOR EM PEDIATRIA |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010 1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: janeiro/2016 3ª Revisão: novembro/2016

## RM5 – ORIENTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAV/SBV PELO MÉDICO REGULADOR

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Recepção sistematizada (QTW) do caso atendido pelas equipes de intervenção de Suporte Básico de Vida (SBV).

**Conduta:**

1. Receber a QTW na seguinte sequência:
   - Nome, idade e documentação (opcional) dos pacientes;
   - Tipo de paciente (motorista, motociclista, ciclista, passageiro, garupeiro, pedestre, gestante, idoso etc.)
   - Queixa principal;
   - Nível de Consciência (orientado, confuso, torporoso, inconsciente);
   - Qualidade da respiração (normal, alterado, ausente);
   - Qualidade do pulso (normal, fraco/lento, acelerado, ausente);
   - Cor da pele (corado, pálido, cianótico, ictérico);
   - Sinais Vitais:
     - PA;
     - Oximetria (se disponível);
     - Frequência cardíaca;
     - Frequência respiratória;
     - Escala de coma de Glasgow;
     - Temperatura (se disponível);
     - Glicemia (se disponível);
     - Escala de Trauma (se realizada);
   - Narrativa dos achados clínicos e das condutas realizadas;
2. O médico regulador após conferir os itens da Avaliação Primária e Avaliação Secundária (pelo menos o SAMPLA), pode orientar condutas e dirimir dúvidas, conforme protocolos específicos;
3. Realizar decisão gestora sobre qual a melhor unidade de saúde para atendimento do paciente, de acordo com o diagnóstico situacional disponível na Central de Regulação, informando à equipe sua decisão.

- **Orientação do Suporte Avançado de Vida**
  - AC1 – Avaliação Primária do paciente (agravo clínico);
  - AC2 – Avaliação Secundária do paciente (agravo clínico);
  - AT1 – Avaliação Primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
  - AT2 – Avaliação Secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
  - AGO1 – Avaliação Primária da gestante (agravo clínico e trauma);
  - AGO2 – Avaliação Secundária da gestante (agravo clínico e trauma);
  - APed1 – Avaliação Primária do paciente pediátrico (agravo clínico);
  - APed2 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico (agravo clínico);
  - APed32 – Avaliação Primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
  - APed33 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
  - AP9 – Sequência Rápida de Intubação
  - AP59 – Sequência Rápida de Intubação em Pediatria
  - APed30 – Sedação em Pediatria
- **Orientação do Suporte Básico de Vida**
  - BC1 – Avaliação Primária do paciente (agravo clínico);
  - BC2 – Avaliação Secundária do paciente (agravo clínico);
  - BT1 – Avaliação Primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
  - BT2 – Avaliação Secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
  - BGO1 – Avaliação Primária da gestante (agravo clínico e trauma);
  - BGO2 – Avaliação Secundária da gestante (agravo clínico e trauma);
  - BPed1 – Avaliação Primária do paciente pediátrico (agravo clínico);

- BPed2 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico (agravo clínico);
- BPed23 – Avaliação Primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
- BPed24 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;

O médico regulador deve ter condições de orientar as equipes em situações especiais, conforme protocolos específicos:

- **Orientação das Equipes em Situações Especiais**
  - PE0 – Comunicação Terapêutica no APH;
  - PE1 – Aspectos Gerais de Avaliação da Segurança de Cena;
  - PE2 – Regras Gerais de Biossegurança;
  - PE3 – Práticas para a Segurança do Paciente;
  - PE4 – Papel e Responsabilidades da Equipe do SAMUFor;
  - PE5 – Responsabilidades Adicionais do Condutor de Veículos;
  - PE6 – Regras Gerais de Condução de Ambulância;
  - PE7 – Regras Gerais para Estacionamento de Ambulância / Sinalização da Via;
  - PE8 – Procedimentos Iniciais em Caso de Acidentes com a Ambulância;
  - PE9 – Consentimento para Tratamento de Menor;
  - PE10 – Atendimento a Paciente com Necessidades Especiais;
  - PE11 – Atendimento a Paciente Menor de 18 Anos de Idade (desacompanhado);
  - PE12 – Atendimento a Paciente sem Condição de Decidir, estando Desacompanhado ou Acompanhado de Menor de 18 Anos de Idade;
  - PE13 – Atendimento a Pacientes sem Condições de Decidir e Acompanhado de Animais (Cão-Guia ou Outros);
  - PE14 – Atendimento a Pacientes que Recusam Atendimento e/ou Transporte;
  - PE15 – Recebimento de Ordens de Autoridades Policiais ou Outras Autoridades na Cena;
  - PE16 – Atendimento na Presença de Médicos e/ou Enfermeiros Estranhos ao Serviço;
  - PE17 – Regras Gerais de Abordagem em Ocorrências com Indícios de Crime;
  - PE18 – Cuidados com Pertences de Pacientes;
  - PE19 – Dispensa de Paciente na Cena;
  - PE20 – Regras Gerais para Abordagem de Eventos Envolvendo Imprensa e/ou Tumulto;
  - PE21 – Sistematização de Passagem do Caso para a Regulação Médica (em Finalização);
  - PE22 – Limpeza Terminal da Ambulância;
  - PE23 – Limpeza Concorrente da Ambulância;
  - PE24 – Limpeza e Superfície / Material Biológico: Hipoclorito e Álcool;
  - PE25 – Constatação do Óbito pelo Médico do SAMUFor;
  - PE26 – Identificação do Óbito por Equipes do SAMUFor;
  - PE27 – Código Q e Alfabeto Fonético (em Finalização);
  - PE28 – Acidente de Trabalho com Material Biológico;
  - PE29 – Acidente de Trabalho: Outros Acidentes (com Agente Não Biológico);
  - PE30 – Solicitação de Apoio do SAV, SBV e/ou Resgate (em Finalização);
  - PE31 – Suspeita de Maus Tratos / Abuso / Negligência com Crianças e Idosos (em Finalização);
  - PE32 – Suspeita de Abuso Sexual (em Finalização);
  - PE33 – Anotações no Prontuário de Atendimento (em Finalização);
  - PE34 – Limpeza e Desinfecção de Equipamentos da Ambulância;
  - PE35 – Interceptação por SAV (em Finalização).

O médico regulador deve, por fim, ter ciência de protocolos específicos para as Unidades de Suporte Intermediário de Vida, Motolâncias e atendimento aeromédico:

- **Orientações Específicas para o Suporte Intermediário de Vida**
  - BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto
  - BC11 – Choque
  - BT4 – Choque no trauma
  - BC12 – Dor torácica não traumática
  - BC13 – Crise hipertensiva
  - BC14 – AVC: Acidente Vascular Cerebral
  - BC16 – Crise convulsiva no adulto
  - BC17 – Hipotermia

- BC19 – Hipoglicemia
- BC23 – Reação alérgica – Anafilaxia no adulto
- BC26 – Manejo da dor no adulto
- BC27 – Cólica nefrética
- BC29 – Agitação e situação de violência
- BC30 – Autoagressão e risco de suicídio
- BPed11 – Choque em pediatria
- BPed14 – Crise convulsiva em pediatria
- BPed17 – Hipoglicemia em pediatria
- BPed18 – Reação alérgica – Anafilaxia em pediatria
- BPed19 – Febre em pediatria
- BPed22 – Manejo da dor em pediatria

- **Protocolos para Motolâncias**
  - MOTO1 – Regras Gerais de Biossegurança para Motolância
  - MOTO2 – Atribuições e Responsabilidades Específicas do Condutor da Motolância
  - MOTO4 – Regras Específicas de Deslocamento da Motolância
  - MOTO5 – Procedimentos Iniciais em Caso de Acidentes com a Motolância
  - MOTO6 – Regras Gerais para Deslocamento de Motolâncias em Comboio

- **Protocolos para Atendimento Aeromédico**
  - AERO1 – Atribuições e Responsabilidades Específicas a Equipe Aeromédica
  - AERO2 – Critérios Gerais de Indicação de Missão Aeromédica: Transporte Inter-Hospitalar
  - AERO3 – Preparo da Missão Aeromédica
  - AERO4 – Segurança Operacional
  - AERO5 – Aspectos do Manejo Clínico
  - AERO6 – Transporte Aeromédico Neonatal de Alto Risco

## Correlação dos protocolos de regulação com os protocolos de intervenção do SAMUFor

1. **Protocolos Técnicos de Regulação Médica (RM)**
   - **RM2 – Protocolo MASTER (Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave)**

**No Adulto**
- AC3 ou BC3 – OVACE
- AC4 ou BC4 – Parada Respiratória no Adulto
- AC5 ou BC5 – PCR / RCP no adulto *(Guidelines AHA 2015)*
- AC6 – PCR no Adulto: FV ou TVSP *(Guidelines AHA 2015)*
- AC7 – PCR-RCP Adulto: Assistolia *(Guidelines AHA 2015)*
- AC8 – PCR-RCP Adulto: AESP *(Guidelines AHA 2015)*
- AC9 ou BC6 – PCR: interrupção da RCP no adulto
- AC10 ou BC7 – Cuidados pós-ressucitação
- AC11 ou BC8 – Decisão de não-ressucitação
- AC12 ou BC9 – Algoritmo Geral de RCP (SAV ou SBV adulto)
- AC13 – Bradicardia
- AC14 – Taquiarritmia com Pulso
- AC15 – Algoritmo Geral das Taquiarritmias com Pulso
- AC16 ou BC11 – Choque **(SIV inclusive)**

**Na Gestante**
- AGO16 ou BGO12 – PCR: RCP na Gestante (em Finalização)
- AGO17 – Cesárea *post-mortem* (em Finalização)

**Em Pediatria**
- Aped3 ou BPed3 – OVACE na Criança
- APed4 ou BPed4 – OVACE no Bebê
- APed5 ou BPed5 – Parada Respiratória (PR) no Paciente Pediátrico
- APed6 ou BPed6 – PCR: RCP no Bebê e na Criança
- APed7 – PCR no Paciente Pediátrico: Assistolia

- APed8 – PCR no Paciente Pediátrico: AESP
- APed9 – PCR no Paciente Pediátrico: FV/TVSP
- APed10 ou BPed7 – Cuidados Pós-Ressuscitação
- Aped11 ou BPed8 – Algoritmo Geral de RCP Pediátrica – Suporte Avançado ou Básico
- APed 12 ou BPed9 – Assistência ao RN que Nasce Bem
- APed 13 ou BPed10 – Reanimação Neonatal
- APed14 – Bradicardia
- APed15 – Taquiarritmia Com Pulso
- APed 16 ou BPed11 – Choque **(SIV inclusive)**

2. **Protocolos Clínicos (RC)**

- **RC1 – Acidente Vascular Cerebral**
  - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva **(SIV inclusive)**
  - AC21 ou BC14 – AVC: Acidente Vascular Cerebral **(SIV inclusive)**
- **RC2 – Alergia**
  - AC33 ou BC23 – Reação alérgica (anafilaxia) **(SIV inclusive)**
- **RC3 – Asma**
  - BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto **(SIV inclusive)**
  - AC22 – Exercebação da Asma no Adulto
  - AC23 – Exarcebação da DPOC no Adulto
- **RC4 – Agitação e Situação de Violência**
  - AC39 ou BC28 – Manejo da crise em saúde mental
  - AC40 ou BC29 – Agitação e situação de violência **(SIV inclusive)**
  - AC41 ou BC30 – Autoagressão e Risco de Suicídio **(SIV inclusive)**
- **RC5 – Autoagressão e Tentativa de Suicídio**
  - AC39 ou BC28 – Manejo da crise em saúde mental
  - AC40 ou BC29 – Agitação e situação de violência **(SIV inclusive)**
  - AC41 ou BC30 – Autoagressão e Risco de Suicídio **(SIV inclusive)**
- **RC6 – Cefaleia**
  - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva **(SIV inclusive)**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC7 – Convulsão**
  - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva **(SIV inclusive)**
  - AC26 ou BC16 – Crise Convulsiva no Adulto **(SIV inclusive)**
- **RC8 – Corpo Estranho**
- **RC9 – Crise em Saúde Mental**
  - AC39 ou BC28 – Manejo da crise em saúde mental
  - AC40 ou BC29 – Agitação e situação de violência **(SIV inclusive)**
  - AC41 ou BC30 – Autoagressão e Risco de Suicídio **(SIV inclusive)**
- **RC10 – Diabetes**
  - AC28 ou BC18 – Hiperglicemia
  - AC29 ou BC19 – Hipoglicemia **(SIV inclusive)**
- **RC11 – Diarréia e/ou vômitos**
  - AC31 ou BC21 – Hemorragia Digestiva Alta
  - AC32 ou BC22 – Hemorragia Digestiva Baixa
- **RC12 – Dispnéia no adulto não asmático**
  - AC3 ou BC3 – OVACE
  - AC4 ou BC4 – Parada Respiratória no Adulto
  - AC20 – Insuficiência Cardíaca Descompensada
  - AC23 – Exarcebação da DPOC no Adulto
  - AC24 – Edema Agudo de Pulmão
  - BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC13 – Dor abdominal no adulto**
  - AC30 ou BC20 – Dor abdominal não-traumática
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
  - AC34 ou BC27 – Cólica Nefrética **(SIV inclusive)**

- **RC14 – Dor cervical**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC15 – Dor lombar**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC16 – Dor testicular**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC17 – Dor torácica**
  - AC17 ou BC12 – Dor torácica não-traumática: Síndrome Coronariana Aguda **(SIV inclusive)**
  - AC18 – Dor Torácica não-traumática: Dissecção Aguda da Aorta
  - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva **(SIV inclusive)**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC18 – Hemorragia digestiva**
  - AC16 ou BC11 – Choque **(SIV inclusive)**
  - AC31 ou BC21 – Hemorragia digestiva alta
  - AC32 ou BC22 – Hemorragia digestiva baixa
- **RC19 – Intoxicação ou abstinência alcoólica**
  - BC28 – Manejo da crise em saúde mental
  - ATox4 ou BTox4 – Intoxicação e Abstinência Alcoólica
- **RC20 – Mal súbito no adulto**
  - AC17 ou BC12 – Dor torácica não-traumática: Síndrome Coronariana Aguda **(SIV inclusive)**
  - AC18 – Dor Torácica não Traumática: Dissecção Aguda da Aorta
  - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva **(SIV inclusive)**
  - AC20 – Insuficiência Cardíaca Descompensada
  - AC21 ou BC14 – AVC: Acidente Vascular Cerebral **(SIV inclusive)**
  - AC25 ou BC15 – Inconsciência
  - AC27 ou BC17 – Hipotermia **(SIV inclusive)**
  - AC28 ou BC18 – Hiperglicemia
  - AC29 ou BC19 – Hipoglicemia **(SIV inclusive)**
  - AC33 ou BC23 – Reação alérgica (anafilaxia) **(SIV inclusive)**
- **RC21 – Mordeduras e picadas**
  - BTox13 – Acidentes com animais peçonhentos
- **RC22 – Palpitações**
  - AC14 – Taquiarritmia com Pulso
  - AC15 – Algoritmo Geral das Taquiarritmias com Pulso
- **RC23 – Problemas odontológicos**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC24 – Problemas em extremidades**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC25 – Problemas nos olhos**
  - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **Outros problemas associados**
  - AC35 ou BC24 – Epistaxe
  - AC36 ou BC25 - Hemoptise
  - BTox1 a BTox16 – Protocolos de Intoxicações e Produtos Perigosos

3. **Protocolos de Trauma (RT)**
   - **RT1 – Afogamento**
     - AC27 ou BC17 – Hipotermia **(SIV inclusive)**
     - AT26 ou BT19 – Afogamento
   - **RT2 – Agressão física**
     - AT5 ou BT5 - TCE
     - AT6 ou BT6 – Trauma de face
     - AT7 ou BT7 – Trauma ocular
     - AT8 – Fratura de Costelas
     - AT9 – Tórax Instável
     - AT10 – Pneumotórax Simples

- AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
- AT13 – Hemotórax
- AT14 – Contusão Pulmonar
- AT15 – Tamponamento Cardíaco
- AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado
- AT18 ou BT11 – Trauma Raquimedular
- AT19 ou BT12 – Trauma de Membros Superiores e Inferiores
- AT20 ou BT13 – Fratura Exposta das Extremidades
- AT22 ou BT15 – Trauma de Pelve

- **RT3 – Desastres (Incidentes com agentes QBRNE ou com Multiplas Vítimas IMV)**
  - PMV1 a PMV7 – Protocolos em Incidentes com Múltiplas Vítimas
  - BTox14 a BTox16 – Protocolos de Intoxicações e Produtos Perigosos
- **RT4 - Ferimentos pérfuro-penetrantes**
  - AT5 ou BT5 - TCE
  - AT6 ou BT6 – Trauma de face
  - AT7 ou BT7 – Trauma ocular
  - AT8 – Fratura de Costelas
  - AT9 – Tórax Instável
  - AT10 – Pneumotórax Simples
  - AT11 ou BT8 – Pneumotórax Aberto (Ferimento Aberto no Tórax)
  - AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
  - AT13 – Hemotórax
  - AT14 – Contusão Pulmonar
  - AT15 – Tamponamento Cardíaco
  - AT16 ou BT9 – Trauma Abdominal Aberto
  - AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado
  - AT18 ou BT11 – Trauma Raquimedular
  - AT19 ou BT12 – Trauma de Membros Superiores e Inferiores
  - AT20 ou BT13 – Fratura Exposta das Extremidades
  - AT21 ou BT14 – Amputação Traumática
- **RT5 – *Overdose* e envenenamentos**
  - BTox1 a BTox16 – Protocolos de Intoxicações e Produtos Perigosos
- **RT6 – Queda**
  - BT5 – TCE
  - BT12 – Trauma de membros superiores e inferiores
  - BT13 – Fratura exposta de extremidades
  - BT15 – Trauma de pelve
  - BT16 – Síndrome de esmagamento
  - BT17 – Síndrome compartimental
- **RT7 – Queimaduras e choque elétrico**
  - BT18 – Queimadura térmica
  - BTox4 – Inalação de Fumaça
  - BTox5 – Intoxicação por monóxido de carbono
- **RT8 – Politraumatismo**
  - AT3 ou BT3 – Cinemática do Trauma
  - AT4 ou BT4 – Choque **(SIV inclusive)**
  - AT5 ou BT5 - TCE
  - AT6 ou BT6 – Trauma de face
  - AT7 ou BT7 – Trauma ocular
  - AT8 – Fratura de Costelas
  - AT9 – Tórax Instável
  - AT10 – Pneumotórax Simples
  - AT11 ou BT8 – Pneumotórax Aberto (Ferimento Aberto no Tórax)
  - AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
  - AT13 – Hemotórax
  - AT14 – Contusão Pulmonar

- AT15 – Tamponamento Cardíaco
- AT16 ou BT9 – Trauma Abdominal Aberto
- AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado
- AT18 ou BT11 – Trauma Raquimedular
- AT19 ou BT12 – Trauma de Membros Superiores e Inferiores
- AT20 ou BT13 – Fratura Exposta das Extremidades
- AT21 ou BT14 – Amputação Traumática
- AT22 ou BT15 – Trauma de Pelve
- AT23 ou BT16 – Síndrome do Esmagamento
- AT24 ou BT17 – Síndrome Compartimental

- **RT9 – TCE**
  - AT3 ou BT3 – Cinemática do Trauma
  - AT5 ou BT5 - TCE
- **RT10 – Trauma toracoabdominal**
  - AT3 ou BT3 – Cinemática do Trauma
  - AT4 ou BT4 – Choque **(SIV inclusive)**
  - AT8 – Fratura de Costelas
  - AT9 – Tórax Instável
  - AT10 – Pneumotórax Simples
  - AT11 ou BT8 – Pneumotórax Aberto (Ferimento Aberto no Tórax)
  - AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
  - AT13 – Hemotórax
  - AT14 – Contusão Pulmonar
  - AT15 – Tamponamento Cardíaco
  - AT16 ou BT9 – Trauma Abdominal Aberto
  - AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado

4. **Protocolos em Obstetrícia (RO)**
   - **RO1 – Sangramento transvaginal**
     - AC16 ou BC11 – Choque **(SIV inclusive)**
     - AGO10 – Hemorragias da 1ª Metade da Gestação
     - AGO11 – Hemorragias da 2ª Metade da Gestação
     - BGO8 – Hemorragia Gestacional
     - AGO12 ou BGO9 – Hemorragia Puerperal
     - AGO13 – Síndromes Hipertensivas: Pré-Eclâmpsia
     - AGO14 – Síndromes Hipertensivas: Eclâmpsia
     - BGO10 – Síndromes Hipertensivas: Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia
     - AGO18 ou BGO13 – Hemorragias Ginecológicas (em Finalização)
   - **RO2 – Gestante em trabalho de parto**
     - AGO3 ou BGO3 – Assistência ao Trabalho de Parto não Expulsivo
     - AGO4 ou BGO4 – Assistência ao Trabalho de Parto Iminente
     - AGO5 ou BGO5 – Assistência ao Parto Consumado
     - AGO6 ou BGO6 – Assistência ao Trabalho de Parto Prematuro
     - AGO7 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico de Ombros
     - AGO8 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico de Pelve
     - AGO9 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico com Prolapso de Cordão
     - BGO7 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico
     - AGO17 – Cesárea *post-mortem* (em Finalização)
   - **Outros problemas associados**
     - AGO15 ou BGO11 – Trauma na Gestante (em Finalização)
     - AGO16 ou BGO12 – PCR: RCP na Gestante (em Finalização)

5. **Protocolos Pediátricos (RP)**
   - **RP1 – Dispnéia na criança**
     - Aped3 ou BPed3 – OVACE na Criança
     - APed4 ou BPed4 – OVACE no Bebê
     - APed5 ou BPed5 – Parada Respiratória (PR) no Paciente Pediátrico

- APed 17 ou BPed12 – Insuficiência Respiratória Aguda
- APed18 – Laringotraqueíte Aguda
- APed19 – Exarcebação da Asma
- APed25 ou BPed18 – Reação Alérgica - Anafilaxia **(SIV inclusive)**

- **RP2 – Dor abdominal na criança**
  - APed29 ou BPed22 – Manejo da Dor em Pediatria **(SIV inclusive)**
- **Outros problemas associados**
  - APed0 – Parâmetros Pediátricos
  - APed20 ou BPed13 – Rebaixamento do Nível de Consciência
  - APed21 ou BPed14 – Crise Convulsiva em Pediatria **(SIV inclusive)**
  - APed22 ou BPed15 – Hipotermia (em Finalização)
  - APed23 ou BPed16 – Hiperglicemia
  - APed24 ou BPed17 – Hipoglicemia **(SIV inclusive)**
  - APed26 ou BPed19 – Febre **(SIV inclusive)**
  - APed27 ou BPed20 – Vômitos
  - APed28 ou BPed21 – Epistaxe
  - APed30 – Sedação
  - APed31 – Transporte Interunidades da Criança Grave
  - APed34 ou BPed25 – Especificidades da Criança Vítima de Trauma (em Finalização)
  - APed35 ou BPed26 – Afogamento
  - APed36 ou BPed27 – Queimaduras

**OBSERVAÇÕES:**

- De acordo com o protocolo de regulação do caso, as prováveis orientações protocolares para as equipes de SAV e/ou SBV estão listadas.
- Os protocolos de Suporte Avançado de Vida (SAV) iniciam sua sigla com a letra "A": AC, ATox, AT, AGO, APed ou AP.
- Os protocolos de Suporte Básico de Vida (SBV) iniciam sua sigla com a letra "B": : BC, BTox, BT, BGO, BPed ou BP.
- Os protocolos de Suporte Básico de Vida (SBV) que incluem orientações iniciais de Suporte Intermediário de Vida (SIV) estão sinalizados com as palavras "**SIV inclusive**", entre parênteses e em negrito.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2015
Revisão: Novembro/2016

## RM6 – RADIOPERAÇÃO E OPERAÇÃO DE FROTA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Registro do QRA, passagem sistematizada do caso regulado para os veículos, registro de intercorrências e dos tempos de deslocamento da ocorrência.

**Conduta:**

NO INÍCIO DO PLANTÃO

- Receber o plantão:
  - Ocorrências em Curso;
  - Ocorrências Pendentes;
  - Intercorrências de equipamentos, material, desinfecção de veículos, etc.
- Planilha do QRA:
  - Remontar as equipes no sistema de regulação da CRUFor (profissionais e veículos);
- Diagnóstico Situacional da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de Fortaleza:
  - Ligar para todas as unidades da RUE, anotando o quantitativo de profissionais, a existência de recursos previstos e ambulâncias disponíveis;

DURANTE O PLANTÃO

- Passagem do caso regulado às equipes de intervenção, com registro de seu horário:
  - Cabe ao Operador de Frota (OF) selecionar o recurso disponível que esteja mais próximo da solicitação, de forma que seja garantido o menor tempo-resposta de deslocamento do recurso até o endereço onde está o paciente;
  - Cabe ao Enfermeiro Radioperador (RO) acionar e fazer a supervisão de enfermagem à distância do recurso escolhido para o atendimento, prezando para que o mesmo, assim que chegue no local do chamado, repasse, no menor tempo possível, as condições clínicas do(s) paciente(s) ao Médico Regulador (MR).
    - Passar a ocorrência ao veículo no tempo protocolar (Protocolo RM4) seguindo essa ordem: (i) apelido e/ou queixa principal da ocorrência; (ii) endereço (bairro, rua, número e referências); (iii) ritmo de deslocamento segundo o protocolo RM4 (QRR3 ou QRR2); e (iv) resumo do caso feito pelo Médico Regulador no campo Avaliação/Conduta;
- Certificar-se de que a equipe copiou o caso (QSL) e iniciar o rastreamento do deslocamento (verificar a cada 5 minutos, sempre que possível);
- Registro dos tempos de deslocamento:
  - Início de deslocamento (QTY);
  - Chegada ao local da ocorrência (QUS):
    - Cobrar a passagem sistematizada do quadro do(s) paciente(s) (QTW) após, no máximo, dez minutos do QUS. Se a equipe estiver com dificuldades para entrar em contato para passar a QTW, entrar em contato telefônico com a mesma;
  - Saída do local da ocorrência (QUR);
  - Chegada à unidade de saúde regulada pelo Médico Regulador (QUY);
  - Saída da unidade de saúde (QUU);
  - Chegada à Base Descentralizada.
- Registro de intercorrências
  - Problemas no veículo ou pessoais (QRU);
  - Descanso e/ou refeição da equipe (QRF);
  - Número de ocorrências já realizada por cada veículo;
  - Retenção de materiais e/ou equipamentos nas unidades de saúde.

**OBSERVAÇÕES:**
Procedimentos importantes para serem seguidos, para uma boa comunicação:

- Atender prontamente às chamadas e zelar pela ética nas suas comunicações;

- Priorizar sempre a linguagem padrão, evitando ao máximo a linguagem coloquial;
- Escutar atentamente antes de transmitir (evitando o desperdício de tempo na transmissão);
- Falar com voz moderadamente forte, claramente e lentamente, fornecendo informações precisas;
- Ao falar, manter sempre uma distância adequada do microfone;
- Para escutar, manter o rádio sempre em volume moderado;
- A responsabilidade pela comunicação pelo rádio é do Enfermeiro Radioperador e do Condutor do veículo, co-solidária com o restante da equipe, tanto do veículo quanto da Central de Regulação.
- Iniciar deslocamento (QTY) em até 30 segundos do recebimento da comunicação da ocorrência (Protocolo RM4).

Exemplo de modulação via rádio:

– "Central - USB 48!"
– "USB 48 de QAP !"
– "QTH ?"
  - Calcula no *Google Maps* o tempo do trajeto entre localização informada e o endereço da ocorrência;
  - Passa a ocorrência ao veículo (apelido e/ou queixa principal da ocorrência; bairro, rua, número e referências; resumo do caso feito pelo Médico Regulador no campo Avaliação/Conduta)
– "Central - USB 48!
– "Aqui é uma QRR2 no endereço tal... Informe quando iniciar QTY"

Quando a viatura sair da base (QTY):

– "USB 48 – Central !"
– "Central de QAP !"
– "USB 48 de QTY"!

**CÓDIGO FONÉTICO INTERNACIONAL**

- A ::: Alfa B ::: Bravo C ::: Charlie D ::: Delta E ::: Echo F ::: Fox G ::: Golf H ::: Hotel I ::: Índia J ::: Juliet K ::: Kilo L ::: Lima M ::: Mike N ::: November O ::: Oscar P ::: Papa Q ::: Quebec R ::: Romeu S ::: Sierra T ::: Tango U ::: Uniform V ::: Victor W ::: Whisky X ::: X-Ray Y ::: Yankee Z ::: Zulu

**NUMERAIS**

- 1 ::: Primeiro 2 ::: Segundo 3 ::: Terceiro 4 ::: Quarto 5 ::: Quinto 6 ::: Sexto 7 ::: Sétimo 8 ::: Oitavo 9 ::: Nono 0 ::: Nulo / Negativo (Quando o numeral tiver vários números fala-se um número de cada vez – ex. 13 fica "primeiro – terceiro". O numeral 8227 fica como "Oitavo – Segundo – Segundo – Sétimo" ou "Oitavo – Segundo dobrado – Sétimo". Para dizer QRR2: "Q – R dobrado – Segundo").

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: novembro/2016

## RM7 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ÓBITO NO APH

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Em todas as solicitações de atendimento para parada cardiorrespiratória recente, sinais de morte evidente ou constatação de óbito na cena.

**Conduta:**

1. Realizar o Acolhimento e Classificação de Risco conforme protocolos RM01 e RM02;
2. Nos casos em que a solicitação for oriunda de autoridade pública (Polícia Militar, Bombeiro Militar, Guarda Municipal, Polícia Civil, Defesa Civil, AMC etc.) o Médico Regulador deverá se inteirar plenamente do caso e das condições locais para garantir a segurança de cena;
3. Se houver sinais de morte evidente, o Médico Regulador poderá constatar o óbito por Telemedicina (modalidade de teleassistência) e acionar Perícia Forense do IML (casos de morte de causa não natural ou suspeitos de) ou Serviço de Verificação de Óbito – SVO (casos de morte natural);
    - Em casos de forte valência social, o Médico Regulador poderá enviar Unidade de Suporte Avançado (USA) ou, na ausência dessa, Unidade de Suporte Básico (USB);
4. Se não houver sinais de morte evidente, de acordo com o caso, o médico regulador deve priorizar o envio de USA;
    - Na ausência de USA disponível enviar USB. Nesses casos, a constatação do óbito poderá ser feita pelo médico regulador por meio de telemedicina, na modalidade de teleassistência;
5. Nos casos de solicitação de atendimento para parada cardiorrespiratória por tempo desconhecido ou na insuficiência de dados para a regulação médica – risco de morte, o Médico Regulador deve enviar USB e USA do SAMUFor para atendimento pré-hospitalar do caso;
    - Em casos em que a solicitação envolver um paciente em PCR e com manifestação prévia do mesmo em não ser reanimado, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina – CFM ou quando o solicitante sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006, o médico poderá optar pelo envio de USB para constatação do óbito por Telemedicina (na modalidade Teleassistência);
6. O médico interventor da USA, quando acionado em situação de óbito não assistido, deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que acionará o Serviço de Verificação de Óbito ou Perícia Forense do IML para que tomem as providências legais.
7. No caso de óbito de paciente desacompanhado na cena, o Médico Regulador deverá solicitar o acionamento da Policia Militar ou Civil para a preservação da cena ou do corpo em óbito.

**OBSERVAÇÕES:**

- São sinais de morte evidente: rigidez cadavérica *(rigor mortis)*, livores de hipóstase *(livor mortis)*, decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou ainda, sinais evidentes de decomposição;
- Considera-se solicitação de constatação de óbito o caso em que o solicitante afirma que o paciente já se encontra sem responder e sem respirar há mais de 60 minutos;
- O acionamento de Perícia Forense do IML se faz em casos de 'mortes por causas não naturais' (qualquer tipo de acidente, homicídio, suicídio, causas externas de circunstâncias ignoradas etc.);
- O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) é instituição que tem por finalidade a determinação da realidade da morte, bem como sua causa - desde que natural e não externa - nos casos de óbitos sem assistência médica ou com assistência médica, mas em que este (óbito) sobreveio por moléstia mal definida;
- São atividades específicas de Telessaúde (Portaria GM/MS 2.546 de 27 de outubro de 2011):
    - Teleassistência – interação entre o médico regulador e o paciente (ou solicitante) geograficamente isolado ou que se encontre sem acesso a um médico local, ou entre as equipes do SAMUFor e o médico regulador para fins de orientação/regulação médica;

- Teleconsultoria – consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (realizada em tempo real, por telefonia ou radiofonia) ou assíncrona (por meio de mensagens off-line); e
- Segunda Opinião Formativa – é a resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador das situações de urgência, a perguntas originadas das teleconsultorias.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: outubro/2015
Revisão: outubro/2015

## RM8 – REMOÇÃO DE PACIENTES DE UNIDADES DE SAÚDE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Em todas as solicitações de remoção de pacientes que estejam dentro de Unidades de Saúde (qualquer unidade de saúde).

**Conduta:**

1. A Central de Regulação das Urgências do SAMU 192 - Regional Fortaleza (CRUFor) somente deverá enviar Unidades de Suporte Avançado (USA) para remoções de pacientes de Unidades de Saúde (qualquer unidade de saúde) em situações agudas de Alta Complexidade regulados sob a égide do conceito VAGA ZERO, para continuidade de tratamento já iniciado e conforme prioridade da regulação médica, nos seguintes casos:
    - AVC na janela;
        - A CRUFor poderá enviar uma Unidade de Suporte Básico se a situação informada pelo solicitante não indicar gravidade elevada;
    - IAM com supra;
    - Trauma grave;
    - Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) ou eclâmpsia;
    - Intercorrências agudas potencialmente fatais ou com risco iminente de morte;
2. Nos casos acima ("tempo-resposta dependente") será deslocada *sempre* a ambulância disponível mais próxima do local da unidade de origem;
3. A carência de recursos humanos ou materiais não é justificativa para a realização de transporte/transferência de pacientes de alta complexidade se o hospital possuir perfil para o atendimento do caso do paciente. Nesta situação, o SAMUFor não autorizará, nem removerá o paciente para outra instituição, sendo a responsabilidade da assistência da direção técnica local;
    - Porém, caso estejam esgotados recursos essenciais para a manutenção da vida em paciente sob risco iminente de morte, o mesmo *poderá* ser removido por USA do SAMUFor para unidade de referência, sob a égide do conceito VAGA ZERO;
4. A CRUFor *poderá* também enviar USA em casos de Valência Social (inclusive solicitação de autoridades ou das chefias):
    - Necessária comunicação por escrito ou solicitação realizada através de ligação telefônica à Central de Regulação das Urgências (pelo número 192), para que a mesma fique registrada como gravação. O Coordenador Médico de Urgência 24 h de Fortaleza (CMUr 24h) deverá registrar o fato na ficha de atendimento do paciente e em seu relatório de plantão.
5. Solicitações da CRIFor (Central de Regulação das Internações de Fortaleza) de transferências em USA de pacientes de alta complexidade do pré-hospitalar para internação, ou seja, fora do conceito VAGA ZERO, *poderão* ser realizadas pelo SAMU 192 - Regional Fortaleza **desde que não comprometam o atendimento primário do SAMUFor e na dependência, no momento da solicitação, da disponibilidade de recursos humanos e materiais do SAMUFo**r;
    - Nesses casos, obrigatoriamente serão feitas uma de cada vez, vetado em qualquer caso, transferências/transportes simultâneos de paciente, seja na mesma viatura ou em viaturas distintas.
6. A CRUFor **não** envia ambulâncias nos seguintes casos:
    - Paciente com morte encefálica, para doação de órgãos, não é considerado urgência nem emergência. Não é função do SAMUFor realizar esse transporte;
    - Pacientes com abdome agudo inflamatório. Esses devem ser informados à Central de Regulação das Internações, para a regulação devida. Após regulação concluída, sua remoção é responsabilidade da unidade de destino;
    - Transferências inter-hospitalares de pacientes internados ou permutas de pacientes de UTI;

- O transporte ou transferência de pacientes de média ou baixa complexidade, sendo este ato/função de responsabilidade exclusiva da instituição de saúde de origem – pública ou privada, devendo porém ser reguladas pelo Complexo Integrado de Regulação de Fortaleza (CIRF);
    - A resposta padrão dada pela Regulação Médica deve ser: "Não temos como priorizar o seu atendimento no momento. A orientação da regulação médica é remover o paciente por outros meios".
- Remoção de pacientes para exames, especialmente nos casos que não se enquadrem no item 1, sendo estes ato/função de responsabilidade exclusiva da instituição de saúde de origem – pública ou privada;.

**OBSERVAÇÕES:**

- Não se remove pacientes instáveis hemodinamicamente;
- É vetado, em qualquer caso, transferências/transportes simultâneos de paciente na mesma viatura;
- Excetuados os casos de transferências/transporte interunidades de alta complexidade por vaga zero, nenhuma transferência pode ser iniciada sem o contato e a confirmação com o médico/hospital de destino;
- Para efeitos desse protocolo consideram-se:
    - ALTA COMPLEXIDADE: paciente crítico e grave, ou potencialmente grave, em situação aguda de risco de morte que precise de suporte avançado de vida, "tempo-resposta dependente" em unidade de saúde terciária;
    - CONCEITO VAGA ZERO: o recurso "vaga zero", prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes portadores de doenças de complexidade maior que a capacidade resolutiva local e que estejam com risco de morte ou sofrimento intenso. Nesse caso, o médico regulador, 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. O conceito vaga zero deve ser considerado como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.
    - AVC NA JANELA: pacientes com escala de Cincinnati positivo, que estejam com menos de 4,5 horas (quatro horas e meia) com os sintomas. Esse tempo deve ser contado a partir da percepção dos sintomas por alguém ou a partir da última vez que os mesmos foram vistos assintomáticos.
    - IAM COM SUPRA: paciente com infarto diagnosticado por ECG que demonstre claramente supradesnivelamento do segmento ST em duas derivações contínuas;
    - TRAUMA GRAVE: trauma agudo (de etiologia potencialmente grave ou semiologia potencialmente grave) em algum compartimento corpóreo (cabeça, tórax ou abdome), ocorrido em paciente que chegou em unidade de saúde há menos de 40 minutos, ou que apresente síndrome hemorrágica importante, com visível agravamento clínico observado por profissional médico e que necessite de tratamento definitivo em unidade de saúde de maior nível de resolutividade.
- A CRUFor não trabalha com leitos. Quando a regulação não cabe sob a égide do conceito VAGA ZERO, a CRUFor é regida pela seção "Transporte-Inter-hospitalar" da Portaria GM Nº 2048/2002: deve haver anuência expressa da unidade de destino, confirmada pelo médico regulador;
- Foram consideradas também as seguintes Resoluções do Conselho Federal de Medicina:
    - Resolução CFM 2077/2014 que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho;
    - Resolução CFM 2079/2014 que dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades, particularmente no seu art. 13 que diz que pacientes instáveis, portadores de doenças de complexidade maior que a capacidade resolutiva da UPA, em iminente risco de vida ou sofrimento intenso, devem ser imediatamente transferidos a serviço hospitalar após serem estabilizados, se necessário utilizando a "vaga zero"; e
    - Resolução CFM 2110/2014 que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: setembro/2015
Revisão: fevereiro/2016

## RM9 – MAUS TRATOS À CRIANÇA, ADOLESCENTE OU IDOSO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Esse protocolo complementa ações necessárias em casos suspeitos ou confirmados de maus tratos à criança, adolescente ou idoso.

**Conduta:**

1. Descartar Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2) e verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as perguntas pertinentes já foram respondidas;
2. Se houver relato de maus tratos ou história discordante:
    - Imediato apoio policial; e
    - Comunicar ao Conselho Tutelar; e
    - Comunicar ao Juizado e Promotoria de Justiça a Infância e Juventude; e/ou
    - Comunicar aos Centros de Defesa Criança e Adolescente; e/ou
    - Comunicar ao SOS Criança;
    - Enviar USB.

**OBSERVAÇÕES:**

- História discordante: quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: janeiro/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2016

## RM10 – CASOS ESPECIAIS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Em todas as solicitações que tenham origem administrativa ou de clínicas de diálise.

**Conduta:**

1. Em solicitações administrativas (PM, BM, PC, gestores, etc.):
    - Se o solicitante fala diretamente com a CMUr 24h e/ou com a operação de frota:
        - Verifica se o mesmo está no local da ocorrência:
            - Se estiver no local da ocorrência realiza os três protocolos básicos da regulação médica (RM1, RM2 e RM3) e a CMUr faz sua decisão técnica;
        - Se não estiver no local da ocorrência:
            - Solicitar que alguém ligue do local da ocorrência para a Central de Regulação;
            - TARM faz o acolhimento (RM1) e realiza o Protocolo MASTER (RM2);
            - Descartada Urgência de Nível 1, realizar o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3) e Classificação de Risco (RM4);
    - Se o solicitante fala diretamente com o TARM através do 192:
        - TARM faz o acolhimento (RM1) e realiza o Protocolo MASTER (RM2);
        - Passa o caso para a regulação médica e aguarda instruções.
2. Em solicitações para intercorrências clínico-cirúrgicas em Clínicas de Diálise
    - Informar que, segundo a RDC ANVISA Nº 154, a responsabilidade da remoção é da própria clínica: "Não temos como priorizar o seu atendimento no momento. A orientação da regulação médica é remover o paciente por outros meios".

**OBSERVAÇÕES:**
- Todas as ligações que chegam na Central de Regulação das Urgências de Fortaleza devem ser acolhidas;.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: janeiro/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2016

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS CLÍNICOS DE SBV

# BC1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE (AGRAVO CLÍNICO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico.

**Conduta:**

1. Abordar o paciente frontalmente e avaliar a responsividade (chamar o paciente) e a expansão torácica:
    - Se não responsivo e sem movimentos respiratórios, checar pulso central:
        - Se pulso ausente, iniciar RCP (Protocolo BC5 – PCR);
        - Se pulso presente, abrir via aérea (VA) com manobras manuais (hiperextensão da cabeça e elevação do mento) e iniciar suporte ventilatório (Protocolo BC4 – Parada Respiratória).
    - Se não responsivo com movimentos respiratórios: garantir a permeabilidade de via aérea e considerar suporte ventilatório; e
    - Se responsivo, prosseguir avaliação.
2. Avaliar permeabilidade de VA e corrigir situações de risco com: hiperextensão da cabeça e elevação do mento, cânula orofaríngea, aspiração e retirada de próteses, se necessário.
3. Avaliar ventilação:
    - Padrão ventilatório (superficial ou profunda; lenta ou rápida; silenciosa ou ruidosa);
    - Simetria da expansibilidade torácica (uso de musculatura acessória);
    - Considerar a administração de $O_2$. 10 a 15 l/min; e
    - Considerar suporte ventilatório (máscara com reservatório ou bolsa-valva-máscara (BVM)).
4. Avaliar estado circulatório:
    - Pulsos periféricos ou centrais: ritmo, amplitude e simetria;
    - Tempo de enchimento capilar;
    - Pele: coloração e temperatura;
    - Presença de hemorragias externas de natureza não traumática;
        - Na presença de sangramento ativo considerar compressão direta, se possível; e
        - Na presença de instabilidade hemodinâmica, avaliar necessidade de reposição volêmica.
5. Avaliar estado neurológico:
    - Escala de Coma de Glasgow (Protocolo BP14);
    - Avaliação pupilar (isocóricas, anisocóricas, mióticas, midriáticas) e fotorreatividade (fotorreagentes ou não fotorreagentes).

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- O objetivo da avaliação primária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morte. Considera-se crítico todo paciente que apresentar alterações significativas em qualquer etapa da avaliação.
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Para realizar permeabilidade de VA: considerar o uso de manobras manuais e o uso de dispositivos de abertura de via aérea.
- Repetir avaliação primária durante o transporte.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Abril/2015
3ª Revisão: Novembro/2016

## BC2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE (AGRAVO CLÍNICO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico, após a realização da Avaliação Primária e das intervenções específicas dessa fase do atendimento.

**Conduta:**

1. Realizar entrevista **SAMPLA** (com o paciente, familiares ou terceiros):
    - Nome e idade;
    - Queixa principal;
    - **S**: verificação dos sinais vitais:
        - Frequência respiratória;
        - Frequência de pulso;
        - Pressão arterial; e
        - Pele (temperatura, cor, turgor e umidade).
    - **A**: história de alergias;
    - **M**: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso;
    - **P**: passado médico – problemas prévios de saúde ou doença atual;
    - **L**: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos; e
    - **A**: ambiente do evento.
2. Realizar avaliação complementar:
    - Instalar a oximetria de pulso, se disponível; e
    - Mensurar a glicemia capilar, se disponível.
3. Realizar o exame da cabeça aos pés:

    **Cabeça e face**:
    - Inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca; e
    - Observar alterações na coloração e temperatura da pele.

    **Pescoço**:
    - Avaliar região anterior e posterior; e
    - Avaliar, em especial, se há distensão das veias jugulares e/ou desvio da traquéia.

    **Tórax**:
    - Observar, em especial, se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e de fúrcula, movimentos assimétricos.

    **Abdome**:
    - Observar abdome distendido.

    **Pelve:**
    - Observar formato da região, realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e potencial instabilidade (pacientes com agravo clínico súbito podem sofrer quedas associadamente), realizando os dois testes de pressão bilateral (lateromedial e anteroposterior); e
    - Buscar sangramentos, principalmente através de orifícios naturais.

    **Membros superiores e inferiores**:

- Observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar);
- Avaliar a força motora, solicitando que o paciente:
  - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão;
  - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.

**Dorso** (se possível):

- Inspecionar e palpar processos espinhosos durante o posicionamento na prancha longa ou maca.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se sua realização implicar em atraso de transporte.
- Objetivo específico da avaliação secundária: localizar alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias morfológicas, instabilidades hemodinâmicas, ruídos anômalos emitidos pelo paciente, alterações de motricidade e sensibilidade.
- Registrar detalhadamente os achados da avaliação secundária.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Agosto/2016

## BC3 – OVACE: OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPOS ESTRANHOS



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ou sinais de sufocação.

**Conduta:**

1. Avaliar a severidade:
   - Obstrução leve em paciente responsivo: paciente capaz de responder se está engasgado. Consegue tossir, falar e respirar;
   - Obstrução grave em paciente responsivo: paciente consciente de que não consegue falar. Pode não respirar ou apresentar respiração ruidosa ou tosse silenciosa; e
   - Obstrução grave em paciente irresponsivo.
2. Considerar abordagem específica.
   - Obstrução leve em paciente responsivo:
     - Não realizar manobras de desobstrução;
     - Acalmar o paciente;
     - Incentivar tosse vigorosa;
     - Monitorizar e suporte de $O_2$ 10 a 15l/min, se necessário;
     - Observar atenta e constantemente; e
     - Se evoluir para obstrução grave: ver item obstrução grave em paciente responsivo.
   - Obstrução grave em paciente responsivo – executar a manobra de *Heimlich:*
     - Posicionar-se por trás do paciente com seus braços à altura da crista ilíaca;
     - Posicionar uma das mãos fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal, entre apêndice xifóide e a cicatriz umbilical;
     - Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e pra cima (em J); e
     - Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se não responsivo.

     OBS.: em pacientes obesos e gestantes no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.

   - Obstrução grave em paciente irresponsivo:
     - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
     - Diante de irresponsividade e ausência de respiração com pulso, executar várias compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho;
     - Abrir vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (com dedos ou pinça);
     - Se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
     - Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de desobstrução.
3. Estar atento à ocorrência de PR (Protocolo BC4) ou PCR (Protocolo BC5);
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Abril/2015 – 2ª Revisão: Julho/2016

## BC4 – PARADA RESPIRATÓRIA NO ADULTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável.

**Conduta:**

1. Checar responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta) e checar a presença de respiração;
2. Se não responsivo e respiração ausente ou *gasping*, posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca;
3. Solicitar ajuda (DEA - Desfibrilador Externo Automático);
4. Checar pulso central (carotídeo) em não menos de 5 segundos e não mais de 10 segundos:
    - Se pulso presente:
        - Abrir via aérea e aplicar 1 insuflação com bolsa-valva-máscara (BVM). A insuflação de boa qualidade deve ser de 1 segundo e obter visível elevação do tórax. Considerar a escolha da manobra manual, segundo a presença de trauma;
        - Precocemente instalar suprimento de $O_2$ em alto fluxo (10 a 15 l/min) em BVM;
        - Considerar a instalação da cânula orofaríngea (COF);
        - Na persistência da PR, realizar 1 insuflação de boa qualidade a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min);
        - Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos; e
        - Manter atenção para a possibilidade de ocorrência de PCR (Protocolo BC5).
    - Se pulso ausente:
        - Iniciar RCP com compressões torácicas eficientes e seguir o Protocolo BC5.
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Manter a reanimação ventilatória ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou se o paciente apresentar ventilação espontânea (respiração, tosse e/ou movimento).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Junho/2016

## BC5 – PCR: RCP NO ADULTO *(Guidelines AHA 2015)*

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente e sem pulso central palpável.

**Conduta:**

1. Checar responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta);
2. Se não responsivo
    - Profissional 1: comunicar imediatamente a Regulação Médica, para apoio do Suporte Avançado de Vida (SAV) e providenciar desfibrilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;
    - Profissional 2: verificar a respiração e o pulso simultaneamente. Atenção: checar pulso central (carotídeo) em até 10 segundos;
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca;
4. Se respiração ausente ou *gasping* e:
    - Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar 1 insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12 por min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Siga o Protocolo BC4 (Parada Respiratória no Adulto); e
    - Pulso AUSENTE: informar imediatamente à Central de Regulação Médica solicitando apoio (caso ainda não o tenha feito) e iniciar reanimação cardiopulmonar (RCP).
5. Iniciar RCP com compressões torácicas eficientes, mantendo ciclos de:
    - 30 compressões eficientes (na frequência de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno);
    - Duas insuflações eficientes (de 1 segundo cada e com visível elevação do tórax) com bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório e $O_2$ adicional.
6. Assim que o DEA estiver disponível:
    - Instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo e seco do paciente sem interromper as compressões torácicas;
    - Ligar o aparelho;
    - Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque.
        - Se choque indicado: (FV/TVSP):
            - Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;
            - Disparar o choque quando indicado pelo DEA; e
            - Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas, por 2 minutos;
            - Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA.
                a. Se choque indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie o ciclo 30 compressões para 2 insuflações;
                b. Se choque não for indicado (assistolia ou AESP), checar pulso carotídeo e, se pulso ausente, reiniciar imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações;
7. Checar novamente o ritmo após 2 minutos (considerar a possibilidade dos subitens “a.” e “b.” acima).
8. Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:
    - A chegada do Suporte Avançado de Vida (SAV);
    - A chegada ao hospital; ou
    - O paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).

9. Se retorno à circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós-RCP (Protocolo BC7);
10. Na ausência de retorno à circulação espontânea ou outras condições de risco, considerar Protocolo de Interrupção da RCP (Protocolo BC6);
11. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:
  - Compressões com as mãos entrelaçadas;
  - Deprimir o tórax em, no mínimo, 5cm (sem exceder 6 cm) e permitir o completo retorno entre as compressões;
  - Manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min;
  - Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min; e
  - Minimizar as interrupções das compressões.
- Insuflações de boa qualidade compreendem:
  - Insuflação de 1 segundo cada; e
  - Visível elevação do tórax.
- Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC6 – PCR: INTERRUPÇÃO DE RCP NO ADULTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- RCP em andamento sem indicação de choque pelo DEA acompanhada de exaustão da equipe e após autorização do Médico Regulador (condição obrigatória).
- RCP em andamento quando as condições ambientais se tornam inseguras e/ou muito insalubres.
- RCP em andamento quando as condições de segurança pessoal na cena se tornam comprometidas.

**Conduta:**

1. Na condição de exaustão da equipe:
   - realizar contato com a Central de Regulação Médica de forma sistematizada antes de tomar a decisão de interromper a RCP, para informar os motivos e receber orientações e ou definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino;
   - Aguardar orientação da Regulação Médica.
2. Na condição de riscos para a equipe por cena ou ambientes inseguros:
   - se possível e sem oferecer maiores riscos para a equipe: remover o paciente para local mais seguro, na maior brevidade possível e continuar com as manobras de RCP; e
   - se não for possível remover o paciente: realizar contato com a Central de Regulação Médica, o mais breve possível, para informar os motivos que levaram a interrupção da RCP e receber orientações/definição do encaminhamento e/ou unidade de destino.
3. Sempre que possível, orientar os familiares quanto aos procedimentos que serão adotados.
4. Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Os esforços de ressuscitação cardiopulmonar devem ser mantidos enquanto apresentar ritmo chocável (pelo DEA).
- Não há parâmetro de tempo de RCP para a tomada de decisão sobre a interrupção dos esforços.
- Os esforços de RCP devem ser mais prolongados em pacientes que apresentam hipotermia, overdose de drogas ou outras causas potencialmente reversíveis de PCR e em pacientes de afogamento.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC7 – CUIDADOS PÓS-RCP NO ADULTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente com retorno da circulação espontânea após manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar.

**Conduta:**

1. Manter os eletrodos do DEA instalados no tórax do paciente.
2. Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:
    - manter permeabilidade da via aérea;
    - manter a $SatO_2 \geq 94\%$;
    - se em Parada Respiratória, iniciar com 10 a 12 insuflações/min com bolsa-valva-máscara (BVM); e,
    - não hiperventilar.
3. Avaliar sinais vitais;
4. Controlar glicemia (observar o Protocolo BC19);
5. Manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP;
6. Preparar para o transporte;
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC8 – DECISÃO DE NÃO RESSUCITAÇÃO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- sinais de morte evidente.
- risco evidente de injúria ou de perigo para a equipe (cena insegura).
- presença de diretiva antecipada de não reanimação (Resolução 1.995- CFM).

**Conduta:**

1. Não iniciar manobras de RCP.
2. Comunicar o evento à Central de Regulação Médica.
3. Em situações de risco à equipe, observar considerações do (Protocolo PE1).
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistemática
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

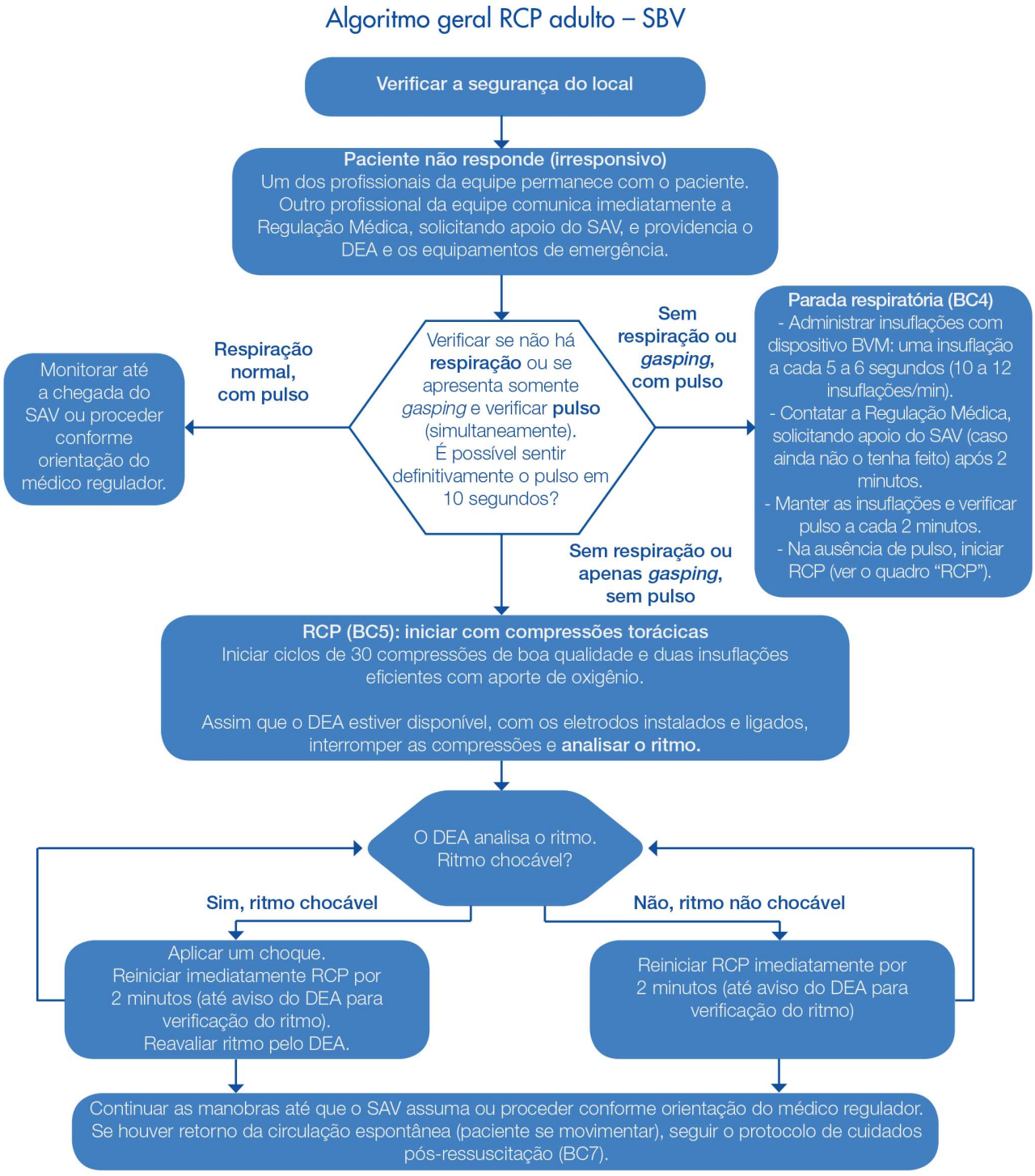
**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Sinais de morte evidente: rigidez cadavérica, livor de hipostase, decapitação, carbonização, segmentação do tronco.
- Presença de diretiva antecipada de não reanimação: manifestação do paciente maior de 18 anos ou emancipado, em pleno gozo de suas faculdades mentais, escrita em prontuário médico ou documento registrado em cartório – os familiares não podem contestar.
- Após a constatação de óbito pelo médico no local ou por telemedicina (Ver Protocolo RM7 de Regulação das Urgências), orientar os familiares quanto aos procedimentos formais e legais.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC9 – ALGORITMO GERAL DA RCP NO SBV DO ADULTO




*Fonte: Adaptado de AHA Guidelines 2015. Part 5. Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. Circulation. 2015;132:S414-S435.*

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Julho/2010
1ª Revisão: Dezembro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC10 – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NO ADULTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- paciente com dificuldade respiratória ou alteração de ritmo e/ou frequência ventilatória de início súbito e de gravidade variável.
- sinais e sintomas de gravidade:
  - alteração do nível de consciência (agitação, confusão, sonolência, inconsciência);
  - cianose;
  - uso de musculatura acessória, retrações subcostais e/ou de fúrcula;
  - dificuldade na fala (frases curtas e monossilábicas);
  - alteração na frequência cardíaca (bradicardia ou taquicardia › 140 bpm); e
  - hipoxemia ($SatO_2$ ‹ 90%).

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - avaliar o nível de consciência;
   - manter o paciente em decúbito elevado, em graus variáveis, de acordo com a intensidade do desconforto respiratório; e
   - considerar possibilidade de OVACE (Protocolo BC3).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - avaliar o padrão respiratório (frequência, amplitude e assimetria) e ruídos respiratórios;
   - avaliar oximetria; e
   - realizar entrevista SAMPLA.
3. Oferecer $O_2$ suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ ‹ 94%.
4. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo BC4) ou PCR (Protocolo BC5).
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Em casos de DPOC, cuidado na oferta de oxigênio. Esses pacientes suportam bem saturações entre 88 a 92% e a oferta de oxigênio pode precipitar parada respiratória. É preferível manter oxigenioterapia por cateter nasal, em baixos fluxos (3-4 l/min) enquanto se remove o paciente a uma unidade de saúde.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

A orientação médica para o SIV pode incluir:

- **Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara:**
  - Adultos ou crianças: 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg)
- **Alternativa: Nebulização com Fenoterol (Berotec)**
  - Adultos: 10 gotas diluídas em 4 a 5 ml de SF 0,9% com $O_2$ 6l/min
  - Crianças: 1 gota a cada 3kg de peso em 4 a 5ml de SF 0,9% com $O_2$ em 6 a 8l/min
  - Nas crises graves pode-se associar Brometo de Ipratrópio 40 gotas na nebulização com Fenoterol

  ATENÇÂO: Água destilada não deve ser utilizada como veículo nas nebulizações devido ao risco de agravamento e até de óbito durante a exacerbação
- **Iniciar a preparação para o transporte imediato da vítima durante a 1ª nebulização.**

- A 2ª. nebulização só deve ser considerada se a oximetria persistir ‹90% e após 20 minutos da 1ª. se o trajeto até o hospital for superior a 20min.

- **Técnica correta de Utilização do Aerossol dosimetrado com espaçador e máscara:**
  - Testar o nebulímetro antes de usá-lo pela primeira vez ou se o mesmo não tiver sido usado durante uma semana ou mais. Para isso, remova o protetor do bocal, agite bem o frasco e libere um jato para certificar-se de que funciona;
  - Adaptar o nebulímetro ao espaçador e máscara;
  - Manter a máscara bem adaptada à face do paciente (cobrindo boca e nariz), para evitar escape do medicamento.
  - Após o disparo de cada jato, aguardar de 5 a 10 inspirações do paciente e a seguir, afastar a máscara da face.
  - Na sequência, agitar bem o nebulímetro e repetir o procedimento para cada dose a ser aplicada, com intervalo de 30 segundos entre as doses.

## Classificação da Gravidade da Crise Asmática

| Achado | Muito grave | Grave | Moderado/leve |
|---|---|---|---|
| Gerais | Cianose, sudorese, exaustão | Sem alterações | Sem alterações |
| Estado mental | Agitação, confusão, sonolência | Normal | Normal |
| Dispneia | Intensa | Moderada | Ausente/leve |
| Fala | Frases curtas/monossilábicas | Frases incompletas/ parciais | Frases completes |
| Musculatura acessória | Retrações acentuadas | Retrações subcostais e/ou de fúrcula acentuadas | Retração intercostal leve ou ausente |
| Sibilos | Ausente com MV↓ / localizados ou difusos | Localizados ou difusos | Ausentes com MV normal/ localizados ou difusos |
| FR (rpm) | Aumentada | Aumentada | Normal ou aumentada |
| FC (bpm) | › 140 ou bradicardia | ›110 | ‹ 110 |
| $SatO_2$ (ar ambiente) | ≤ 90% | 91-95% | ›95% |

Fonte: Adaptado de Diretrizes da SBPT para o Manejo da Asma. J Bras Pneumol 2012. 38(Supl 1):S23.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Novembro/2015
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC11 – CHOQUE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Reconhecimento dos sinais e sintomas

| PARÂMETROS | SINAIS |
|---|---|
| **Temperatura da pele** | Fria, úmida, pegajosa |
| **Coloração da pele** | Pálida ou cianótica |
| **Pressão arterial** | Diminuída (PAS < 90mmHg) |
| **Nível de consciência** | Alterado |
| **Enchimento capilar** | > 2 seg |
| **Frequência cardíaca** | Aumentada (> 100 bpm) |
| **Frequência respiratória** | Alterada ( < 8 ou > 28 rpm) |

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1 ) com ênfase para:
   - avaliar responsividade;
   - manter via aérea pérvia;
   - estabilizar coluna cervical se suspeita de trauma;
   - oferecer $O_2$ sob mascara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%; e
   - identificar e controlar sangramentos se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - entrevista SAMPLA;
   - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais; e
   - realizar a prevenção de hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância,
   - remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- No APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizado em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

A orientação médica para o SIV pode incluir:

- **Instalar um acesso venoso de grosso calibre (*jelco* 14, 16, 18):**
  - em região antecubital, de preferência.
  - Se o acesso for difícil, realizar punção intra-óssea;
- **Administrar solução cristalóide:**
  - Ringer Lactato (1ª escolha) ou SF 0,9% nas seguintes condições:
    - **No adulto**: até o aparecimento do pulso radial ou uma PAS de 90 mmHg (dose máxima no APH =2 litros)
    - **Na criança**: infundir rapidamente 20 ml/kg (em menos de 20 minutos) de solução cristaloide; repetir o mesmo volume por 2 vezes (totalizando 3 infusões) se persistirem os

sinais de choque;

- **Não usar solução com glicose**, visto que é esperada a hiperglicemia endógena durante o choque.
- O transporte da vítima não deve ser retardado para a obtenção de acessos venosos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (Inclusão SIV)

# BC12 – DOR TORÁCICA NÃO TRAUMÁTICA: SÍNDROME CORONARIANA AGUDA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- dor prolongada, localizada nas regiões retroesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula e membros superiores, principalmente o esquerdo.
- características da dor: opressiva, "em aperto", contínua, com duração de vários minutos, podendo ser acompanhada 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.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - monitorar sinais vitais e oximetria de pulso;
   - entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação); e
   - Minimizar esforços do paciente;
3. Oferecer $O_2$ por máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se $SatO_2$ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Estar preparado para realizar RCP (Protocolo BC5) e desfibrilação, se necessário.
- Diminuir o estresse do transporte: velocidade moderada, evitar o uso de sirenes (se possível) e orientar o paciente sobre seu quadro.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Em adultos, manobras em SIV, sob orientação médica, podem incluir:

- Acesso venoso com SF 0,9% lento;
- Administrar **AAS 300 mg** VO macerado precocemente (solicitar que o paciente mastigue); (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, úlcera péptica ativa, discrasia sanguínea ou hepatopatia grave.)
- Administrar **Clopidogrel 300mg** VO para pacientes com idade ≤ 75 anos. Para aqueles com mais de 75 anos administrar 75 mg VO;

  ATENÇÃO: são contraindicações ao clopidogrel: hipersensibilidade conhecida, sangramento patológico ativo, intolerância a galactose.

- Administrar **Dinitrato de Isossorbida 5 mg** SL. Se houver persistência da dor pode ser repetido até 2 vezes (15 mg no máximo), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses . Limitar a redução da PA em 10% se paciente normotenso ou até 30% se hipertenso. Controlar PA e FC;

  ATENÇÃO: Não utilizar Isossorbida se

  - PAS < 90 mmHg, FC <50 ou >100bpm;
  - Se o paciente fez uso de inibidores da fosfodiesterase-5: Sildenafil (Viagra), Vardenafil (Levitra, Vivanza) ou Lodenafil (Heleva) nas últimas 24 horas ou de Tadalafil (Cialis) nas últimas 48 horas; ou ainda de outros medicamentos para disfunção erétil, como Alprostadil (Aplicav, Caverget), Fentolamina (Herivyl), Ioimbina (Yomax) nas últimas 24 horas.
- Causas de dor torácica não traumática:

- Cardíaca:
  - Isquêmica: angina estável, angina instável, infarto agudo do miocárdio; e
  - Não Isquêmica: dissecção de aorta, pericardite, valvular.
- Não Cardíaca:
  - Gastroesofagiana: refluxo gastroesofágico, espasmo esofagiano, úlcera péptica; e
  - Não Gastroesofagiana: pneumotórax, embolia pulmonar, musculoesquelética, embolia pulmonar, psicoemocional, etc.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC13 – CRISE HIPERTENSIVA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- **Crise hipertensiva**: aumento da pressão arterial com risco de morte ou de lesão de órgãos-alvo. Divide-se em urgência ou emergência hipertensiva.
  - **Urgência hipertensiva**: importante elevação da pressão arterial (em geral PA diastólica ≥ 120 mmHg), sem sintomas graves e sem risco imediato à vida ou de dano agudo a órgãos-alvo (cérebro, coração, pulmões e rins) ou comprometimento vascular, mas que pode evoluir para complicações graves.
  - **Emergência hipertensiva**: quando existe evidente dano agudo e progressivo vascular e de órgãos-alvo, com rápida descompensação da função de órgãos vitais e com risco iminente de morte ou de lesão orgânica irreversível, demandando início imediato da redução dos níveis pressóricos. Inclui os quadros de: encefalopatia hipertensiva, AVC (hemorragia subaracnóidea), complicações cardiovasculares (IAM, angina instável com dor, falência de ventrículo esquerdo, dissecção de aorta, edema agudo de pulmão), falência renal.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - colocar o paciente em repouso e procurar tranquilizá-la.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - entrevista SAMPLA, com atenção para:
     - repetir a mensuração dos níveis pressóricos;
     - monitorizar oximetria de pulso e sinais vitais;
     - existência de crises hipertensivas e sua frequência;
     - histórico familiar de doença cardíaca, hipertensão e diabetes; e
     - uso de medicamentos e/ou tratamentos específicos.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, se a PA permanecer elevada após repouso e tranquilização da vítima, manobras em SIV podem incluir:

- **Administrar Captopril (Capoten)**: 25 mg, VO
  - Apresentação: comprimidos de 12,5mg, 25mg e 50mg
  - Início de ação: em 20 a 30 minutos
  - Contraindicação: estenose bilateral de artéria renal e alergia ao medicamento

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
2ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC14 – AVC: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Início súbito de déficits neurológicos focais, especialmente de um lado do corpo:
  - Paresia, paralisia ou perda de expressão facial e/ou desvio de rima labial; e
  - Paresia, plegia e/ou parestesia;
- Distúrbios da fala;
- Alteração da consciência: de confusão à completa irresponsividade;
- Ocorrência de crise convulsiva (primeiro episódio) sem história prévia de episódio anterior ou trauma;
- Cefaleia súbita e intensa sem causa conhecida;
- Alteração visual súbita (parcial ou completa);
- Vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora;
- Dificuldade súbita para deambular.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada;
   - avaliar estado neurológico: Escala de Cincinnati, Escala de Coma de Glasgow, reação pupilar;
   - manter decúbito elevado em paciente consciente ou decúbito lateral e aspirar orofaringe, quando necessário, em caso de paciente inconsciente.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - aferir a temperatura corporal;
   - monitorar PA e oximetria de pulso;
   - mensurar a glicemia capilar;
   - realizar entrevista SAMPLA; e
   - determinar a hora do início dos sintomas e sinais.
3. Oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se $SatO_2$ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Escala pré-hospitalar de AVC de Cincinnati – a presença de anormalidade em um dos parâmetros avaliados leva a 72% de probabilidade de ocorrência de um AVC. Na presença de anormalidade nos 3 parâmetros, a probabilidade é superior a 85%.
- A determinação do início dos sintomas e sinais pode ser referida pelo paciente (se este estiver orientado e coerente) ou pelo acompanhante. O horário do início dos sintomas é o último momento que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos. No caso do início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir.
- Na crise convulsiva só há suspeita de AVC se o paciente tiver sinal focal antes ou depois da crise, caso contrário o protocolo a ser seguido é o de crise convulsiva.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, manobras em SIV podem incluir:

- Na presença de convulsões, **administrar Diazepam 10 mg IV lento (1 a 2 mg/min)** até o controle da crise (administração deve ser interrompida tão logo cesse a crise). Início de ação: 1 a 3 minutos.

ATENÇÂO: Não diluir, não administrar Diazepan se a crise estiver cessado, nem por via IM, nem no período pós-convulsivo.

- **Se glicemia < 60mg/dl, administrar 50ml de Glicose 50%, IV/IO** (concentração IV/IO máxima recomendada é 25% - pode ser preparada diluindo-se a glicose 50% 1:1 com água destilada ou SF 0,9%);
- Em caso de histórico de alcoolismo, hepatopatia ou desnutrição, **administrar Tiamina 100 mg IM, simultaneamente com a glicose**, para prevenção da encefalopatia de *Wernicke-Korsakoff;*

ATENÇÃO: na fase aguda do AVC, cuidado ao administrar medicação para redução da pressão arterial, pois os anti-hipertensivos podem levar à diminuição da perfusão cerebral e agravar o quadro neurológico; a redução da PA deve ser gradativa e cuidadosa, realizada dentro do hospital – não tentar reduzir a PA no APH.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC15 – INCONSCIÊNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Ausência de alerta/responsividade após estímulos externos (verbais, táteis e/ou dolorosos).

**Conduta:**

1. Realizar a avaliação primária com ênfase para:
   - avaliar responsividade/comprovar a inconsciência;
   - observar expansibilidade torácica e checar pulso carotídeo ou femoral. Caso não sejam observados movimentos respiratórios nem pulso, iniciar RCP (Protocolo BC5); e
   - na ausência de movimentos respiratórios e pulso presente, considerar obstrução de vias aéreas (Protocolo BC3).
2. Na presença de movimentos respiratórios e pulso, prosseguir a avaliação primária com ênfase para:
   - manter a permeabilidade da via aérea e ventilação adequada;
   - oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se $SatO_2$ < 94%; e
   - realizar a Escala de Coma de Glasgow e a avaliação das pupilas.
3. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:
   - realizar a entrevista SAMPLA;
   - monitorar sinais vitais e oximetria; e
   - mensurar a glicemia capilar.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Conceitualmente a inconsciência é o estado de desconhecimento de si próprio e do ambiente (conteúdo de consciência), caracterizado pela ausência de alerta/responsividade após estímulos externos (grau de alerta).
- Ferimentos em lábios e/ou língua ou liberação de esfíncteres podem sugerir estado pós-convulsivo.
- Obter informações de acompanhantes ou outras testemunhas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC16 – CRISE CONVULSIVA NO ADULTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, salivação intensa, lábios e dentes cerrados.
- Eventual liberação esfincteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária.
- Na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaléia, sinais de liberação esfincteriana, informação de pessoa que presenciou o evento.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - avaliar responsividade;
   - aspirar secreções se necessário;
   - manter permeabilidade de vias aéreas; e
   - oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se $SatO_2$ ‹ 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - entrevista SAMPLA ;
   - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
   - mensurar glicemia capilar; e
   - proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A crise convulsiva ou epiléptica pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao Sistema Nervoso Central.
- O estado de mal epiléptico é a ocorrência de crises epilépticas prolongadas (acima de 5 minutos) ou repetitivas, persistindo por 30 minutos ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- A "Crise generalizada tônico-clônica" (CGTC) raramente ultrapassa 5 minutos de duração e é a mais comum das manifestações.
- Anotar sempre a frequência, a duração e as características da crise, quando presenciadas ou obter junto aos circundantes e/ou testemunhas quando a crise não for presenciada pela equipe. Cuidado com medidas intempestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, com consequente hemorragia potencialmente perigosa.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Em adultos, se a vítima apresentar convulsões com duração maior que 5 minutos e/ou glicemia capilar ‹60mg/dl manobras em SIV, sob orientação médica, podem incluir:

- Na crise com duração superior a 5 min, **administrar Diazepam 10 mg IV lento (1 a 2 mg/min)** até o controle da crise (administração deve ser interrompida tão logo cesse a crise). Início de ação: 1 a 3 minutos. Na persistência da crise, repetir a dose a cada 5 a 10 min (máximo de 30mg).

  ATENÇÂO: Não diluir, não administrar Diazepan se a crise estiver cessado nem por via IM nem no período pós-convulsivo.

- **Se glicemia ‹ 60mg/dl, administrar 50ml de Glicose 50%, IV/IO** (concentração IV/IO máxima recomendada é 25% - pode ser preparada diluindo-se a glicose 50% 1:1 com água destilada ou SF 0,9%);

- Em caso de histórico de alcoolismo, hepatopatia ou desnutrição, **administrar Tiamina 100 mg IM, simultaneamente com a glicose**, para prevenção da encefalopatia de *Wernicke-Korsakoff.*

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC17 – HIPOTERMIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Temperatura central ‹ 35º C .
- História de exposição ao frio, avaliar grupo de risco.
- Sinais clínicos de hipotermia.
- HIPOTERMIA LEVE (32-35ºC)
    - Taquicardia, hipertensão arterial, taquipneia, broncorreia, broncoespasmo, tremores musculares, rigidez muscular, pele fria e pálida, cianose de extremidades, confusão mental com desorientação ou apatia, ataxia e incoordenação de movimentos, hiperreflexia, diurese induzida pelo frio.
- HIPOTERMIA MODERADA (30-32ºC)
    - Bradicardia, hipotensão arterial, arritmias, bradipneia, cessam os tremores, espasmos musculares, depressão do SNC com torpor ou coma, hiporreflexia, pupilas não reativas, alucinações.
- HIPOTERMIA GRAVE (‹30º C)
    - Depressão profunda do SNC, arreflexia, rigidez, bradicardia grave e hipotensão, bradipneia ou apneia, pode ocorrer edema pulmonar e arritmias ventriculares.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
    - Avaliar responsividade, respiração e pulso;
    - Instituir medidas para correção da hipotermia: remover as roupas frias e molhadas para impedir queda adicional da temperatura e aquecer com mantas metálicas;
    - Manter o paciente na posição horizontal (a posição ortostática aumenta o risco de convulsões); e
    - Oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ ‹ 94%.
2. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:
    - Entrevista SAMPLA para a identificação das possíveis causas; e
    - Mensurar a PA, oximetria de pulso e glicemia capilar.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Grupo de risco para hipotermia: idosos, crianças, moradores de rua, deficientes mentais, tetraplégicos, diabéticos, alcoólatras, usuário de drogas, politraumatizados, paciente de afogamento, grandes queimados, pessoas expostas ao vento, umidade e temperatura ambiental baixa.
- Evitar manuseio brusco com o paciente para não desencadear arritmia cardíaca.
- Não utilizar compressas quentes ou massagear as extremidades para aquecer.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, manobras de SIV podem incluir:

- **Oferecer $O_2$ suplementar por máscara não reinalante**, 10 a15 l/min, se $SatO_2$ ‹ 94%;
- Realizar infusão de 500 a 1000 ml IV (20 ml/kg/hora para crianças) de **solução cristaloide**, se disponível, a uma temperatura de 39ºC;
- **Administrar Glicose**, se glicemia ‹ 70 mg/dl 30 a 50 ml de glicose 50% IV/IO; e
- **Administrar 100 mg de Tiamina IM**, se paciente com sinais sugestivos de intoxicação alcoólica aguda.

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A PCR NA VÍTIMA DE HIPOTERMIA:**

- Se pulso e respiração ausentes: iniciar imediatamente as manobras de RCP + DEA;
- Instalar cânula supraglótica;
- Ritmo chocável: desfibrilar imediatamente e reiniciar RCP;
- Se persistir ritmo chocável (FV, TVSP) após o primeiro choque: pode ser razoável realizar tentativas adicionais de desfibrilação, pois o valor de adiar desfibrilações subsequentes até que seja atingida a temperatura alvo é incerto;
- Pode ser considerada a administração de vasopressor (epinefrina) durante a RCP, de acordo com os protocolos, simultaneamente às estratégias de reaquecimento;
- NÃO interromper as manobras de RCP até que a vítima esteja reaquecida, o que poderá ocorrer somente no hospital;
- Transportar rapidamente para hospital terciário, mantendo RCP, para que a vítima receba medidas mais adequadas e agressivas de reaquecimento;

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC18 – HIPERGLICEMIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- glicemia capilar › 250 mg/dl acompanhada de sinais e sintomas como: fadiga, náuseas, hálito cetônico, vômitos, polidipsia, poliúria e rebaixamento da consciência (confusão, convulsões e até inconsciência).
- glicemia capilar › 600 mg/dl acompanhada de sinais e sintomas como: alteração variável no nível de consciência (confusão, inconsciência e até convulsões) e sinais de desidratação importante (olhos encovados, pele seca, diminuição do turgor e alteração de sinais vitais).

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - avaliar responsividade.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - entrevista SAMPLA;
   - mensurar glicemia capilar; e
   - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais.
3. Oferecer $O_2$ suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ ‹ 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC19 – HIPOGLICEMIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Glicemia capilar < 60 mg/dl com sinais e sintomas de hipoglicemia como: tremores, sudorese, palidez, taquicardia, tonturas, cefaleia, fraqueza, parestesias, distúrbios visuais e rebaixamento da consciência (de confusão mental à convulsões e inconsciência), dentre outros.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - verificar responsividade; e
   - permeabilizar as vias aéreas.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - entrevista SAMPLA; e
   - mensurar glicemia capilar e oximetria.
3. Oferecer $O_2$ por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, manobras de SIV podem incluir:

- administrar 30 a 50 ml de Glicose 50%, IV/IO;
- repetir glicemia capilar e administrar Glicose conforme recomendação acima, em caso de persistência dos sintomas; e
- administrar Tiamina 100 mg IM antes da glicose, para a prevenção da encefalopatia de Wernicke-Korsakoff, nos casos de paciente etilista, hepatopata ou desnutrido.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC20 – DOR ABDOMINAL NÃO TRAUMÁTICA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Dor em região abdominal, não associada ao trauma.
- Critérios de gravidade: abdome tenso a palpação, instabilidade hemodinâmica associada

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1);
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
    - caracterizar a dor: localização, intensidade, duração, tipo (cólica, peso, choque, queimação etc.) presença de irradiação; instalação (explosiva, em segundos; rápida e progressiva, em 1 a 2 hs, gradual, em várias horas); fatores de melhora e piora; periodicidade (Protocolo BC26);
    - identificar critérios de gravidade; e
    - obter dados relativos a fatores associados (febre, vômitos, alteração do ritmo intestinal, alterações urinárias e ginecológicas).
3. Realizar contato com Regulação Medica e passar dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para os pacientes com potencial de gravidade e transmitir as informações com precisão à Regulação Médica: sinais vitais alterados significativamente (pulso › 100 bpm; PAD ‹ 60 ou › 120 mmHg; PAS ‹ 90 ou › 220 mm Hg; hipertermia e mau estado geral).
- Transportar o paciente na posição de recuperação/confortável, de acordo com a suspeita diagnóstica e/ ou sintomas prioritários (ex.: em decúbito elevado quando tiver dispneia, em decúbito lateral quando estiver vomitando, em decúbito lateral esquerdo quando estiver grávida, etc.).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC21 – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Hematêmese, melena ou enterorragia, fraqueza ou síncope, hipotensão arterial
- Hipotensão postural e/ou taquicardia.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - avaliar nível de consciência;
   - manter permeabilidade de vias aéreas; e
   - oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante,10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
2. Avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC22 – HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Profissional presenciar na cena do atendimento, enterorragia.
- Episódios de enterorragia referidos por familiares ou pelo próprio paciente.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - avaliar nível de consciência; e
   - oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante,10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - entrevista SAMPLA;
   - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais; e
   - identificar sinais de choque.
3. Realizar contato com Regulação Medica e passar dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Casos advindos de doenças proctológicas, como sangramento hemorroidário, podem exigir compressão local.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC23 – REAÇÃO ALÉRGICA - ANAFILAXIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- História de contato com um alérgeno reconhecido ou não, acompanhado de sinais.
- Anafilaxia é altamente provável quando o quadro apresentado preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir:
  - 1º Critério
    - Doença de início agudo, com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:
      - acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); e
      - redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência).
    - Esse critério está presente em 80% dos casos.
  - 2º Critério
    - Dois ou mais dos seguintes fatores (minutos a horas) após exposição a um provável alérgeno:
      - envolvimento de pele e/ou mucosas;
      - comprometimento respiratório;
      - redução da pressão arterial ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência); e
      - sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).
  - 3º Critério
    - Redução da pressão arterial (minutos a horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente: PA sistólica menor que 90mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
   - preservar a permeabilidade das vias aéreas;
   - oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%;
   - colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
   - se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto; e
   - não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita.
2. Em caso de sinais de comprometimento ventilatório ou presença de sinais de choque, comunicar precocemente a Regulação Médica para obtenção de apoio ou orientações.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - avaliar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais; e entrevista SAMPLA.
4. Manter atenção para a ocorrência de PCR.
5. Entrar em contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, condutas adicionais de SIV podem incluir:

- **administrar Epinefrina 1:1000 (1 mg/ml ),** na dose de 0,01 mg/kg, máximo em adultos de 0,5 mg (0,5 ml ), via IM (na região anterolateral do terço médio da coxa); pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos,

baseado na gravidade e na resposta à aplicação anterior;

ATENÇÂO PARA O PREPARO DA EPINEFRINA: Preparar em seringa de 1 ml e injetar na coxa utilizando agulha 25x7 (ou 30x7 se musculatura hipertrófica ou obesidade no local).

- **Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo** e instalar SF 0,9% 500ml para manutenção (lento)
  - na presença de choque, **repor volemia com 1 a 2 litros de solução salina 0,9%, IV/IO** rapidamente, ou seja, 5 a 10ml/kg nos primeiros 5 a 10 minutos (em adulto); e
- Na presença de broncoespasmo associar:
  - Hidrocortisona, via IV/IO, na dose de 5 a 10 mg/kg, máximo de 100 mg; e
  - Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: 1 jato para cada 2 kg de peso (máximo de 10 jatos) a cada 15 a 20 minutos.
    - Alternativa: inalações com Fenoterol (1 gota para cada 3 kg de peso, máximo de 10 gotas, diluído em 3-5 ml de soro fisiológico) a cada 20 minutos.

ASPECTOS GERAIS SOBRE OS EFEITOS ADVERSOS DA EPINEFRINA:

- Efeitos transitórios esperados após aplicação da dose recomendada de epinefrina, por qualquer via de administração incluem: palidez, tremores, ansiedade, palpitação, tontura e cefaleia; esses sinais indicam que a dose terapêutica foi ofertada;
- Efeitos adversos graves (arritmias ventriculares, crise hipertensiva, edema pulmonar) ocorrem potencialmente após dose excessiva de epinefrina, por qualquer via de administração; entretanto ocorrem principalmente após infusão IV, secundariamente a problemas na administração (como infusão IV rápida ou em bolo, infusão da droga sem a correta diluição).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC24 – EPISTAXE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Sangramento nasal ativo, associado ou não as seguintes situações:
  - história de trauma de face;
  - introdução de corpo estranho em cavidade nasal; e
  - uso de medicações anticoagulantes ou história de discrasia sanguínea.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - garantir permeabilidade das vias aéreas,
   - manter cabeceira elevada;
   - controlar sangramento através de compressão digital por 5 a 10 min; e
   - aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2).
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Não retardar o transporte na dificuldade de obtenção de gelo.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC25 – HEMOPTISE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Expectoração sanguinolenta proveniente das vias aéreas, geralmente de pequena intensidade, apenas com filamentos hemáticos associados com o escarro. O sangramento pode ser maciço (200 a 600 ml de sangue em 24 horas), necessitando de suporte clínico de emergência, com elevadas taxas de mortalidade..

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
    - garantir a permeabilidade das vias aéreas;
    - realizar aspiração da cavidade oral se necessário; e
    - oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
2. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:
    - monitorar padrão respiratório e PA; e
    - entrevista SAMPLA.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BC26 – MANEJO DA DOR NO ADULTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- dor referida decorrente de trauma ou agravo clínico.
- a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou descrita em termos de lesão tecidual.
- a dor aguda é o resultado de uma estimulação nociceptiva (inflamação) ou de lesões diretas (mecânicas).
- é causada por um ferimento ou estado patológico agudo, e sua duração se restringe ao período de existência da lesão no tecido.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo específico BC1, BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo específico BC2, BT2) com ênfase para:
   - caracterizar a dor;
   - obter dados sobre fatores associados a dor;
   - avaliar a intensidade da dor usando uma escala numérica e classificar em Leve (1-4), Moderada (5-7) e Intensa (8-10); e
   - remover o agente causal da dor, se possível.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- A caracterização da dor inclui:
  - localização;
  - intensidade;
  - tempo de duração (início);
  - periodicidade;
  - tipologia: cólica, peso, choque, queimação, etc.;
  - presença de irradiação;
  - características da instalação: explosiva, em segundos; rápida e progressiva, em 1 a 2 hs; e gradual, em várias horas; e
  - fatores de melhora e piora.
- Os fatores associados à dor com interesse na avaliação são, dentre outros:
  - febre;
  - vômitos, alteração do ritmo intestinal; e
  - alterações urinárias e ginecológicas.
- Aplicação da Escala Numérica de Dor:
  - objetivo: avaliar a intensidade da dor; e
  - aplicação: solicitar ao paciente que caracterize uma nota para qualificar a intensidade da dor referida onde "ZERO" é sem dor e "10" é uma dor máxima imaginável. A partir da nota referida, classificar em leve (1-4), moderada (5-7) e intensa (8-10).
- Considerar a abordagem de cada tipo de agravo, conforme protocolo específico.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, manobras em SIV podem incluir:

- Instalar acesso venoso periférico;
- Realizar abordagem medicamentosa considerando a intensidade da dor:

| FÁRMACOS PARA CONTROLE DA DOR | DOR LEVE (1 – 4) | DOR MODERADA (5 – 7) | DOR INTENSA (8 – 10) |
|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Analgésico simples – Opções e dose**<br>• Dipirona Sódica: 500 mg/ml , IV ou VO. Dose: 1g.<br>• Paracetamol: 200 mg/ml 40-50 gotas ou 1 cp (500 mg). | SIM | SIM | SIM | |
| **AINH – Opções e dose**<br>• Cetoprofeno*: 100-300 mg IV<br>• Tenoxicam*: 20-40 mg IV, IM<br>• Cetorolaco de Trometamina*: IM/IV (30 mg/ml). Dose: 30 mg ou 1ml . | SIM | - | - | |
| **Opióide fraco – Opções e dose**<br>• Tramadol*: IM/IV (50mg/ml) . Dose: 100 mg, lento. | - | SIM | - | |
| **Opióide forte – Opções e dose**<br>• Sulfato de Morfina: 1mg/ml e 10 mg/ml. Doses:<br>IM: 5-20 mg/70 kg de peso<br>IV: 2-10 mg/70 kg de peso<br>• Fentanil : IV (50 mcg/ml). Dose: 2 a 4 ml . | - | - | SIM | |

**Este medicamento não integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2013*

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC27 – CÓLICA NEFRÉTICA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- dor de início insidioso, geralmente nas costas, região paravertebral lombar, habitualmente unilateral.
- dor com irradiação para os flancos, fossa ilíaca, bolsa escrotal, grandes lábios vaginais.
- disúria e urina escura (hematúria).
- dor em cólica, de priora progressiva, especialmente em sua intensidade, chegando a níveis muito intensos, podendo estar acompanhada de palidez cutânea, sudorese, taquicardia, náuseas, vômitos e até diarreia.
- dor sem melhora com a mudança de postura ou decúbito.
- febre faz suspeitar de associação com infecção urinária e/ou renal.
- história prévia de calculose renal.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
   - oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ ‹ 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
   - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
   - posicionar o paciente de forma que se sinta confortável;
   - posicioná-lo em decúbito lateral, se vômitos;
   - entrevista SAMPLA com ênfase na caracterização da dor; e
   - avaliar a intensidade da dor, usando uma escala numérica.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Pesquisar na caracterização da dor: localização, tipo (cólica, peso, choque, queimação); irradiação; instalação (rápida, progressiva ou gradual); intensidade; duração; fatores de melhora e piora; periodicidade e fatores associados (febre, vômitos, alterações urinárias e ginecológicas etc.). (Protocolo BC26).
- Escala numérica da dor: 0 é sem dor e 10 é uma dor máxima imaginável e classificar em leve (1-4); moderada (5-7) e intensa (8-10). (Protocolo BC26).

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, condutas adicionais de SIV podem incluir:

- Instalar acesso venoso periférico.
- Realizar abordagem medicamentosa:
  - Oferecer $O_2$ suplementar sob máscara não reinalante se $SatO_2$ ‹ 94%;
  - Analgesia: Dipirona na dose de 1g EV;
  - Antiinflamatório não hormonal: preferencialmente i-cox2, IV:
    - Cetoprofeno 100 mg; ou
    - Cetorolaco de Trometamina 30 mg; ou
    - Parecoxibe 40 mg; ou
    - Tenoxican 40 mg.
  - Se vômitos ou náuseas, administrar:
    - Dimenidrinato: 1 ampola = 30 mg = 10 ml , diluído em no mínimo 100ml de SF, IV, 10ml/min; ou
    - Ondansetrona: 1 ampola = 4 mg = 2 ml , via IV (preferir essa opção especialmente em idosos); infundir em 2 a 5 minutos diluído em no mínimo 100ml de SF via IV, 10ml/min, se náuseas e/ou vômitos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BC28 – CRISE EM SAÚDE MENTAL

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Tratam-se fundamentalmente de situações de conflitos e/ou rupturas de vínculos sociais, que envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário e/ou seu entorno e geralmente estão atreladas às dificuldades de comunicação, expressão e entendimento entre os envolvidos, que impedem o estabelecimento de consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana.
- Alvoroço, confusão, agitação, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, alterações da percepção da realidade são algumas das expressões que igualmente denotam que algo não vai bem com o sujeito. Tanto aspectos biológicos como relacionais estão envolvidos na gênese desses desequilíbrios.

**Conduta**

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Definir um mediador, considerando a receptividade do paciente.
3. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda).
4. Disponibilizar-se ao "bom encontro", ou seja, estar aberto ao contato e trocas de forma respeitosa e acolhedora.
5. Iniciar a comunicação buscando identificar qual a emoção presente na cena (raiva, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, indiferença). Acolher e ajudar a expressão da emoção, validando-a e procurando estabelecer uma relação de confiança.
6. Iniciar a comunicação mantendo atenção à linguagem verbal e não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) da equipe e de todos os sujeitos envolvidos.
7. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência e fatores desencadeantes, como eventos desfavoráveis, estressores cotidianos ou conflitos com outras pessoas. Uma vez identificados, explicitar que reconhece a situação conflituosa, dialogando em busca de outras soluções, mantendo o tom de voz normal, sem tomar partido e promovendo consensos possíveis. Observar que a aproximação ou distanciamento corporal pode contribuir para alívio na cena e relações.
8. Realizar avaliação primária e secundária observando o estado mental (ex.: lucidez, orientação e noção da realidade) e considerando as condições clínicas específicas de cada situação.
9. Dialogar com familiares e pessoas próximas e identificar parentes, amigos ou outros profissionais que possam facilitar o entendimento e manejo da situação.
10. No caso de a pessoa possuir vinculação com outro ponto de atenção da rede, tais como CAPS e UAPS, usar essa informação, dizendo que fará contato com o profissional/serviço de referência e, posteriormente, comunicar o contato à Central de Regulação.
11. Rever as informações passadas pela regulação e coletar dados relacionados às condições de saúde do indivíduo, como antecedentes relevantes (transtorno mental diagnosticado, uso de substâncias psicoativas, crises anteriores, doenças clínicas e tratamentos prévios) e capacidade de autocuidado.
12. Considerar solicitar à Central de Regulação a necessidade de apoio de profissionais da saúde mental e/ou do próprio SAMU. Policiais/bombeiros podem ser acionados em casos que coloquem em risco a segurança da cena.
13. Oferecer e negociar opções de conciliação e formas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e melhor resolução da situação.
14. Considerar a importância de acolher os familiares e/ou outras pessoas envolvidas na cena.
15. Considerar o limite da mediação, se presença de agravos da situação (estresse da equipe e/ou do ambiente, piora clínica do paciente e tempo excessivo).
16. Considerar a possibilidade de substituir o mediador.

17. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Avaliação **ACENA**:

| | |
|---|---|
| **A** | **Avaliar**: **Arredores**, A casa e a presença de **Armas** ou **Artefatos** que indiquem o uso de Álcool e drogas; **Altura** e a **Aparência** do paciente. |
| **C** | Observar a presença de sinais de **Conflito** e **Crise** na rede social do paciente. |
| **E** | Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento. |
| **N** | Avaliar o **Nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e **Nível de sofrimento**. |
| **A** | Avaliar a presença de sinais de uso de **Álcool e drogas**, a presença de **Agressividade** (atual ou anterior) e a presença de sinais de **Auto-agressão**. |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/20162
3ª Revisão: Abril/2019

## BC29 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente com quadro de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil (física e/ou verbal), ameaçadora ou em franca agressão. Irritabilidade exacerbada, medo e estresse são sentimentos que podem estar na base dessas situações.

**Conduta em paciente armado**

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Em caso de presença de objetos que podem ser utilizados para hétero ou autoagressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial e do SAV (quando disponível).
3. Na presença do apoio tentar negociar com o paciente a entrega/abandono do objeto, exceto na presença de arma de fogo.
4. Na presença de armas de fogo ou nos casos de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação.
5. Após o desarme, não havendo SAV disponível, conter fisicamente o paciente (Protocolo BP27) e avaliar a necessidade de acompanhamento policial dentro da ambulância.

**Conduta em paciente desarmado**

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Abordar a cena conforme protocolo de manejo da crise (Protocolo BC28).
3. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-lo.
4. Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal.
5. Utilizar frases curtas e simples e repetir propostas.
6. Identificar um parente, amigo, ou profissional preferencialmente indicado pelo paciente, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação.
7. Perguntar o que está acontecendo que possa estar causando a agitação, tentando associar o estado de agitação a quatro situações:
    - raiva - hostilidade, fala exaltada, tensão muscular, etc.;
    - euforia – hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia, etc.;
    - medo – atitude de desconfiança, sensação de ameaça, etc.; e
    - confusão mental – desorientação, discurso incoerente, etc.
8. Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação, mesmo não havendo resposta verbal do paciente.
9. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura firme e segura para negociar limites, sem desafiá-lo nem confrontá-lo.
10. Distensionar as situações de raiva, euforia e medo:
    - raiva – explicitar que reconhece a raiva, mas dialogar em busca de outras soluções;
    - euforia – manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente com poucos estímulos, que favoreça a tranquilização; e
    - medo – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedoras.
11. Não fazer julgamentos e não prometer algo que não será realizado.
12. No caso de confusão mental (alteração do nível de consciência) considerar Protocolo BC15.
13. Quando possível, realizar a avaliação primária e secundária como estratégia para mudar o foco e tranquilizar.
14. Em situação de agressão iminente, buscar o apoio e aproximação de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade de força.

15. Persistindo ou superado o estado de agitação e/ou situação de violência, realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- O quadro geralmente está associado a alteração metabólica, intoxicação por uso de álcool e outras drogas, sintomas psicóticos, conflitos e rupturas de vínculos familiares e sociais, que geram elevado grau de ansiedade e envolvem grave sofrimento psíquico para o usuário.
- Lembrar que a mediação é a melhor "ferramenta" para todos.
- Os pacientes envolvidos em situações de violência habitualmente causam emoções intensas. Na maioria das vezes provocam medo, mas também podem provocar raiva na equipe. É importante que os profissionais prestem atenção nas próprias emoções e nas suas reações em relação ao paciente.
- Avaliação **ACENA**:

| | |
|---|---|
| **A** | **Avaliar**: **Arredores**, A casa e a presença de **Armas** ou **Artefatos** que indiquem o uso de Álcool e drogas; **Altura** e a **Aparência** do paciente. |
| **C** | Observar a presença de sinais de **Conflito** e **Crise** na rede social do paciente. |
| **E** | Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento. |
| **N** | Avaliar o **Nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e **Nível de sofrimento.** |
| **A** | Avaliar a presença de sinais de uso de **Álcool e drogas**, a presença de **Agressividade** (atual ou anterior) e a presença de sinais de **Auto-agressão**. |

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, manobras em SIV podem incluir:

- Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM visando à tranquilização do paciente. Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30 min.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Abril/2015
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)
4ª Revisão: Abril/2019

## BC30 – AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Paciente em condição de intenso sofrimento, que se manifesta por meio de desejo, impulso, ideação ou planejamento de atos autolesivos comumente direcionados ao objetivo de levar à morte;
- Paciente que apresenta sinais de autonegligência grave;
- Presença de sentimento de desesperança e/ou culpa, conflitos inter-étnicos ou familiares, rupturas ou alterações significativas no contexto de vida do sujeito, como doença grave ou terminal, perda de um ente querido, perda de poder econômico ou desemprego.
- Cena que envolva uma pessoa em situação de sofrimento, com sinais de desespero, angústia e/ou desesperança, em local de risco elevado que possa levar a lesões graves ou à morte, como pontes altas e viadutos, plataformas de trem/metrô, vias de tráfego intenso de veículos e mar.

Obs.: os aspectos elencados podem estar presentes em situações de autoagressão e risco de suicídio. No entanto, de forma isolada, esses aspectos não podem ser considerados critérios de inclusão.

**Conduta**

ASPECTOS GERAIS

1. Ao se aproximar do local da ocorrência, desligar a sirene e manter apenas os sinais luminosos, sem pisca ou estrobo;
2. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA);
3. Em caso de presença de objetos ou condições que promovam risco de heteroagressão ou autoagressão, informar o médico regulador para que solicite apoio de equipes especializadas e/ou autoridades policiais. Exemplos:
   - Objetos: armas de fogo, armas brancas, vidros quebrados, etc.;
   - Condições: altura (risco de queda), tráfego intenso (risco de atropelamento), água (risco de afogamento), refém etc.;
4. Afastar curiosos, imprensa ou qualquer estímulo que possa contribuir para o aumento do estresse na cena;
5. Abordar o paciente conforme os princípios previstos no protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental (BC28), considerando, em especial, as seguintes medidas:
   - Definir um mediador (preferencialmente um profissional de saúde treinado), considerando a receptividade do paciente em relação à formação de vínculo;
   - Desligar ou baixar o som do rádio comunicador e/ou do celular;
   - Aproximar-se de forma tranquila para ser visto pelo paciente e manter a segurança;
   - Identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda, escuta, apoio);
   - Iniciar a comunicação diretamente com o paciente, preferencialmente garantindo a privacidade do contato e encorajando a expressão de problemas e sentimentos vivenciados;
   - Perguntar o que está acontecendo e demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar o paciente.
     - Fraseologia: *"Gostaria de entender como você está se sentindo"; "Posso me aproximar?"; "Ficarei o tempo que for necessário para ajudar".*
   - Identificar e legitimar *("Dá para entender"; "É compreensível"; "Estou entendendo")* a emoção presente na cena (raiva, desconfiança, medo, ansiedade, angústia, tristeza, irritação, desesperança, indiferença, frustração) e atentar às situações descritas pelo paciente como insuportáveis *("Não aguento mais"; "Sou um peso para os outros"; "Eu preferia estar morto"; "Estão querendo acabar com a minha vida");*
   - Estabelecer o ritmo da conversação sem pressa para chegar ao desfecho do atendimento, transmitindo ao paciente a sensação de que ele não está sozinho;
   - Incentivar a mudança de local da conversa para um local mais seguro somente quando avaliar que essa atitude não aumentará o estresse ou a desconfiança do paciente. Exemplos: proponha outro lugar para

continuarem a conversa que possa trazer mais conforto; ofereça água ou papel e caneta para escrever.

- Se a situação for de risco, pode ser preferível não deixar que o paciente se mova sem ajuda especializada; mantenha o diálogo, negociando para que a pessoa permaneça imóvel, enquanto se articulam estratégias de intervenção (colchão de ar, escada, etc.).

- Identificar eventos atuais, pessoas e outros estressores que possam ter precipitado a crise suicida. Valorizar:
  - Histórico de ameaças e tentativas anteriores de autoagressão e/ou suicídio;
  - Histórico psiquiátrico e tratamentos de saúde mental (uso abusivo de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos como delírios persecutórios e alucinações auditivas de comando);
  - Sinais de intoxicação por álcool, outras drogas, pesticidas e/ou medicamentos;
  - Condições biológicas, psicossociais, situacionais e culturais pertinentes (dolorosas, terminais, recusa do tratamento de doenças, insônia, sensação de isolamento ou solidão, desemprego ou dificuldade financeira, término de relação amorosa, falecimento de ente querido, ausência de perspectivas ou projetos futuros).
- Abordar o tema relativo à autoagressão e/ou ao risco de suicídio demonstrando uma postura de cuidado e, principalmente, evitando adotar uma postura de julgamento ou pressionar o paciente a fornecer detalhes da situação vivenciada.
  - Fraseologia: *"Imagino que o tamanho do seu sofrimento (dor) seja tão grande (insuportável) a ponto de já ter desejado morrer"; "Os pensamentos ou sonhos com morte têm sido frequentes?"; "Ouve vozes ou vê coisas que trazem sensações ruins ou negativas?"; "Tem abusado de álcool e drogas?"; "Tem alimentado ideias de como morrer?"; "Tem alguém com quem você consegue conversar sobre isso?".*
- Oferecer e negociar formas alternativas de lidar com o evento desencadeante, estimulando a tranquilização e a reflexão sobre outras possibilidades de resolução da situação;
- Não desafiar a pessoa e não prometer algo que não será realizado.
- Respeite as regras propostas pelo paciente que forem seguras e razoáveis, como não se aproximar em demasia, chamar familiares ou outras pessoas, mudar o negociador etc.;
- Explique o motivo da impossibilidade e/ou informe que você precisará consultar outras pessoas antes de efetivar promessas que não pode cumprir;
- No caso da presença de familiares ou conhecidos, avaliar e negociar com o paciente as condições de afastamento ou permanência de tais pessoas na cena.
- Manter a concentração na conversa e evitar conversas paralelas com outros membros da equipe;
- Jamais deixar o paciente sozinho.

6. Durante o manejo verbal e a negociação, são ações importantes que podem ser realizadas pelo mediador ou por outros membros da equipe de atendimento:
   - Identificar um familiar, um amigo, uma referência comunitária ou um profissional preferencialmente indicado pelo paciente que possa oferecer suporte e negociar necessidades de apoio e formas de lidar com a situação, bem como fornecer informações que possam ajudar na compreensão dos acontecimentos;
   - Comunicar em voz baixa e com discrição ou por meio de bilhetes entregues ao mediador as informações obtidas junto à família e à comunidade.
7. Avaliar, a partir da mediação, a presença de fatores de risco e fatores de proteção:
   - Intenção suicida e/ou de autoagressão (até que ponto o paciente intenciona agir a respeito de seus pensamentos autodestrutivos; sinais de automutilação);
   - Ideação suicida e/ou pensamento de autoagressão (ideia, desejo e pensamento voltados para o ato de cometer suicídio);
   - Planos suicidas (grau de estruturação/detalhamento, letalidade do método e acesso aos meios para o ato planejado);

- Nível de impulsividade e autocontrole do paciente, com atenção para a velocidade com que passa da ideia (pensamento) ao ato, a capacidade de reflexão (ponderação) sobre os desejos e pensamentos, e o padrão de respostas (atitudes);
- Estado mental (lucidez, juízo crítico, orientação e noção da realidade);
- Fatores protetivos (relação familiar, religiosidade, suporte social, projetos de vida, esperança e percepção de que a situação pode melhorar, *"há saída").*

8. Diante do aceite de ajuda por parte do paciente, realizar, assim que possível, a avaliação primária (protocolo BC1) e a avaliação secundária (protocolo BC2), atentando a sinais de intoxicação exógena e automutilação.
    - A fim de preservar a confiança e manter o paciente colaborativo na continuidade da abordagem pré-hospitalar, não utilizar a contenção física antes de esgotar todos os recursos de manejo da crise ou na tentativa de disciplinar, retaliar ou coagir o paciente;
9. Monitore o tempo todo a segurança da cena e mantenha atenção redobrada sobre mudanças de comportamento do paciente, mesmo que ele aparente calma durante a abordagem. Uma comunicação clara sobre a intenção, os objetivos, a ordem dos procedimentos, entre outros esclarecimentos, pode reduzir riscos.
10. Cuidados durante o transporte do paciente na ambulância do SAMUFor:
    - Negociar com o paciente ao menos a fixação dos cintos de segurança da maca;
    - Retirar do alcance do paciente quaisquer objetos soltos que fiquem dentro da ambulância;
    - Manter à mão uma linha de comunicação com a regulação para solicitar ajuda, se for o caso;
    - Manter atenção à linguagem não verbal (gestos, expressões faciais, atitude corporal) do paciente;
    - Evitar o uso de sirene e manobras muito bruscas durante o trajeto;
    - Evitar novos assuntos dentro da ambulância, pois eles podem incitar reações inesperadas; busque apenas responder solicitações do paciente e reitere a postura de ajuda/apoio. Jamais o deixe sem resposta;
    - Se a pessoa estiver contida, atente para o monitoramento contínuo do nível de consciência, dos sinais vitais, da perfusão sanguínea e dos membros contidos (avaliar a ocorrência de dor, calor, edema, ferimento e garroteamento).
11. Caso o suicídio seja consumado, seguir protocolo específico de trauma;
12. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/o transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento. Recomenda-se o registro das orientações passadas à família, se houver.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA O CASO DE PACIENTE ARMADO

1. Na presença de apoio especializado ou policial, negociar com o paciente a entrega ou o abandono do objeto:
2. Se a pessoa dispõe de arma de fogo, peça que ela coloque a arma no chão e se afaste. Jamais solicite que ela desarme o artefato. Peça apenas que o coloque no chão. Equipes especializadas se responsabilizarão pelo desarme do objeto;
3. Nos casos de resistência à entrega ou ao abandono do objeto, o apoio especializado e/ou a autoridade policial têm prioridade na mediação.

**OBSERVAÇÕES:**

- Se na chegada do SAMUFor já existirem outras equipes na cena (p. ex.: polícia militar), reportar-se ao comando para se apresentar como recurso e obter detalhes sobre a segurança do evento;
- Uma vez iniciada a mediação com um profissional do SAMU, o paciente pode não aceitar a substituição por um outro profissional mais treinado, mas que chegou mais tarde. Nesses casos, o profissional do SAMUFor deve manter a negociação, podendo seguir instruções do negociador mais preparado;
- Orientar os familiares e a rede de apoio social para procurarem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social para avaliação e acompanhamento;
- Perguntar sobre autoagressão NÃO provoca atos de autoagressão nem induz a pessoa ao suicídio.

Em geral, reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e/ou suicídio, e ajuda a pessoa a se sentir compreendida;

- Ter cuidado com o toque, pois o paciente pode sentir-se desconfortável e considerar o contato físico uma atitude invasiva, o que pode precipitar o ato suicida (estender a mão é melhor que "pegar");
- Levar a sério todas as ameaças de suicídio, mesmo quando pareçam manipuladoras. Não realizar julgamentos nem minimizar o sofrimento baseado na crença de que o paciente quer "chamar atenção" ou de que a situação vivida é banal;
- Para realizar a avaliação, o profissional deve estar consciente de seus próprios sentimentos (ansiedade, medo, raiva) e não deixar que eles interfiram no manejo da situação;
- Não acelerar a resolução da situação. Quanto mais paciente e calma for a conversação/negociação, maior o tempo para refletir, o que pode ajudar o paciente a mudar de pensamento;
- Considerar, na avaliação, contextos socioculturais específicos, como os de populações tradicionais (indígenas, quilombolas e ribeirinhas), buscando apoio de referências das comunidades locais, de equipes de saúde específicas (Estratégia Saúde da Família – ESF quilombolas e ribeirinhas e equipes de saúde indígena) e de intérpretes, caso necessário e possível;
- Definidos os encaminhamentos, cabe ao SAMUFor o transporte do paciente do local de atendimento para a unidade de saúde de referência;
- Considerar que a situação de suspeição ou confirmação de tentativa de suicídio constitui agravo de notificação compulsória obrigatória, conforme legislação vigente, sob responsabilidade dos profissionais de saúde da rede, a ser realizada oportunamente sem prejuízo do acolhimento do paciente, que deve ser a prioridade do atendimento. É fundamental que o SAMU, na impossibilidade de iniciar o registro da notificação, repasse de forma sistemática e organizada as informações coletadas à unidade de saúde referenciada para garantir a continuidade do cuidado e evitar revitimizações;
- O Código Penal não considera crime a tentativa ou o ato de suicídio;
- O artigo Nº 122 do Código Penal considera crime o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio. Se o suicídio se consuma, a pena é a reclusão de 2 a 6 anos; se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave, a pena é a reclusão de 1 a 3 anos;
- As ações de salvamento são indicadas se o indivíduo está em um ambiente de risco, como uma rua de grande movimento, uma ponte, uma janela, etc. A decisão de efetivação dessas ações deve ser tomada em conjunto com a equipe de resgate, a regulação médica, o negociador e a família. Cabe aos bombeiros a definição do melhor método diante das circunstâncias;
- Os serviços devem considerar a realização de acordos interinstitucionais para a realização de ações de salvamento e resgate, quando necessário.
- Avaliação **ACENA**:

| | |
|---|---|
| **A** | **Avaliar**: **Arredores**, A casa e a presença de **Armas** ou **Artefatos** que indiquem o uso de Álcool e drogas; **Altura** e a **Aparência** do paciente. |
| **C** | Observar a presença de sinais de **Conflito** e **Crise** na rede social do paciente. |
| **E** | Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento. |
| **N** | Avaliar o **Nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e **Nível de sofrimento.** |
| **A** | Avaliar a presença de sinais de uso de **Álcool e drogas**, a presença de **Agressividade** (atual ou anterior) e a presença de sinais de **Auto-agressão**. |

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, manobras em SIV podem incluir:

- Haloperidol 5mg IM + Prometazina 50mg IM visando à tranquilização do paciente. Em longos deslocamentos pode-se repetir a dose do Haloperidol a cada 30 min.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Novembro/2015
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)
4ª Revisão: Abril/2019

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS DE INTOXICAÇÕES E PRODUTOS PERIGOSOS

## BTox1 – INTOXICAÇÕES AGUDAS: MEDIDAS GERAIS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Todo paciente (bebê, criança ou adulto) que apresente um quadro inexplicado, de início súbito, que curse com alteração do nível de consciência, convulsões, alteração hemodinâmica ou respiratória, sem causa claramente definida.
- Quando existir uma história inicial de certeza ou suspeita de contato, por qualquer via, com um agente potencialmente intoxicante

**Conduta**

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1) e método ACENA.
3. Realizar avaliação primária:

| | |
|---|---|
| Criança e bebê<br>(Protocolo BPed1) | **IMPRESSÃO INICIAL, COM ÊNFASE PARA:**<br>• Nível de consciência: alerta, irritável ou não responde;<br>• Respiração: esforço respiratório, sons anormais ou ausência de movimentos respiratórios;<br>• Coloração anormal da pele;<br>• Realização da avaliação primária. |
| Criança e bebê<br>(Protocolo BPed1)<br>ou<br>Adulto<br>(Protocolo BC1) | **AVALIAÇÃO PRIMÁRIA, COM ÊNFASE PARA:**<br>• Avaliar responsividade;<br>• Assegurar permeabilidade das vias aéreas: aspirar secreções se necessário);<br>• Avaliar ventilação: especial atenção para a presença de taqui ou bradipneia, respiração irregular;<br>• Avaliar oximetria de pulso;<br>• Administrar oxigênio ($O_2$) por máscara não reinalante se saturação de $O_2$ < 94%, ou ventilação assistida com BVM se indicado;<br>• Avaliar estado circulatório: atenção especial para frequência cardíaca (FC); pressão arterial (PA); coloração, temperatura e estado de hidratação da pele; ressecamento de mucosas ou salivação excessiva; presença de sudorese, tempo de enchimento capilar;<br>• Avaliar estado neurológico: com ênfase para avaliação pupilar (especialmente tamanho pupilar) e movimentos oculares, tônus muscular, agitação psicomotora e nível de consciência, além de ocorrência de convulsões;<br>• Não havendo evidência de trauma, manter o paciente em posição de recuperação, devido ao risco de aspiração de secreções. |

4. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:

| | |
|---|---|
| Criança e bebê (Protocolo BPed2) ou Adulto (Protocolo BC2) | Realizar entrevista SAMPLA (ou SAMPLE em pediatria) e identificar possíveis causas. A história é fundamental e deve também investigar:<br>• Disponibilidade de substâncias potencialmente tóxicas no domicílio (produtos de limpeza, inseticidas, raticidas, plantas, etc.) e de medicamentos, usados pelo paciente ou por familiares;<br>• Locais onde o paciente esteve presente e atividades que desenvolveu nas horas que precederam o início dos sintomas, incluindo a profissão ou atividade exercida;<br>• Se o agente tóxico for conhecido, investigar a quantidade ingerida, o tempo decorrido da ingestão, se essa foi acidental ou intencional e se pode haver outra substância envolvida;<br>• Horário de início dos sintomas. |
| | Realizar exame físico detalhado, da cabeça aos pés, com atenção adicional para:<br>• Hálito e exame da cavidade oral: lesões corrosivas, odor, hidratação;<br>• Temperatura corpórea (axilar, oral ou retal na criança ou bebê): se hipertermia, utilizar medidas físicas para redução da temperatura (antitérmicos usuais não são eficazes);<br>• Presença de sinais de maus tratos em especial na criança e bebê;<br>• Avaliar glicemia capilar e, em caso de hipoglicemia, considerar protocolo BC19 (adulto) ou protocolo BPed18 (criança ou bebê);<br>• Monitorizar PA, FC, oximetria de pulso e glicemia capilar;<br>• Investigar possíveis situações de risco no domicílio para o paciente e para a criança em especial. |

5. Seguir com o protocolo específico assim que o agente intoxicante for identificado.
6. Realizar a descontaminação, se indicada, segundo a via de contaminação (respiratória, cutânea, digestiva e ocular), conforme protocolo de descontaminação (BTox12).
7. Manter atenção para as situações especiais que podem ocorrer:
    - Crises convulsivas
    - Depressão do centro respiratório
    - Taquicardia com sinais de choque
    - Bradicardia com sinais de choque
    - Hipo e hipertermia
    - Parada cardiorrespiratória.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. Se possível de fornecer qualquer detalhe disponível sobre o agente causador;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Independente do agente causador da intoxicação, as medidas gerais de estabilização são muito semelhantes àquelas realizadas em qualquer outra emergência clínica.
- Sempre que possível, levar amostras do agente tóxico ao hospital, inclusive proveniente de resíduo gástrico (vômito).
- Causas de intoxicação nos adultos:
  - Tentativas de suicídio por via oral constituem na principal causa;
  - Frequente é a intoxicação por abuso de drogas ou medicamentos sem intenção de suicídio;
  - Atenção ao uso de múltiplas medicações por idosos e em pacientes que apresentam metabolização diminuída, como na insuficiência renal;
  - Atenção também para as intoxicações relacionadas ao tipo de trabalho, como por exemplo na exposição a agrotóxicos e pesticidas em geral.
- Causas de intoxicação nas crianças:
  - Em geral são acidentais ou não intencionais;
  - Em crianças até os 4 anos de idade, são mais frequentes as intoxicações por produtos químicos de uso doméstico (como os de higiene pessoal ou de limpeza), por medicamentos ou plantas tóxicas, ou ainda por pesticidas de uso doméstico;
  - Nos adolescentes de 15 a 19 anos, as intoxicações por drogas de abuso são as mais observadas.
- Avaliação **ACENA**:

| | |
|---|---|
| **A** | **Avaliar**: **Arredores**, A casa e a presença de **Armas** ou **Artefatos** que indiquem o uso de Álcool e drogas; **Altura** e a **Aparência** do paciente. |
| **C** | Observar a presença de sinais de **Conflito** e **Crise** na rede social do paciente. |
| **E** | Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento. |
| **N** | Avaliar o **Nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e **Nível de sofrimento.** |
| **A** | Avaliar a presença de sinais de uso de **Álcool e drogas**, a presença de **Agressividade** (atual ou anterior) e a presença de sinais de **Auto-agressão**. |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BTox2 – INTOXICAÇÃO POR DROGAS DE ABUSO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Quando houver história/informações de uso de drogas como cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha, metanfetamina (cristal) e outras drogas estimulantes;
- Quando atender pacientes em agitação e situação de violência com informações seguras de que não se trata de pacientes com agravo em saúde mental prévio.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança de cena (Protocolo PE1) e utilizar o método ACENA.
2. Considerar os cenários:

| SE AGITADO MAS CONSCIENTE E COLABORATIVO |
|---|
| Realizar manejo verbal: aproximar-se de forma tranquila, identificar-se (nome e função), explicar o motivo da aproximação, oferecer ajuda. |

| SE AGITADO, DESORIENTADO OU AGRESSIVO |
|---|
| Informar à Regulação Médica e seguir suas orientações. |

| SE INCONSCIENTE, EM CHOQUE OU PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) |
|---|
| Seguir protocolo específico. |

3. Assim que possível, realizar avaliação secundária (Protocolo BC2): SAMPLA, sinais vitais e exame físico.
   - Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagem, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, vias de exposição).
4. Verificar glicemia e se hipoglicemia seguir protocolo específico (BC19);
5. Administrar $O_2$ por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%;
6. Não provocar vômito, não administrar nada por via oral;
7. Manter paciente com cabeceira elevada;
8. Estar preparado para PCR;
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Hidratação: desidratação em casos de uso de anfetamina deve ser corrigida de forma lenta; cuidado com a vontade do paciente de beber grandes volumes de água; risco de coma/óbito por hiponatremia;
- "Mulas" com sinais e sintomas: identificar a situação, avaliar o paciente, proceder conforme a necessidade e transportar;
- A intoxicação por álcool está abordada no Protocolo BTox3;
- Considerar intoxicações por outras/múltiplas drogas;
- Considerar orientar os pacientes não removidos para procurarem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social;
- Considerar que complicações/agravos clínicos em situações de intoxicação podem implicar em risco de morte e, portanto, não devem ser negligenciados;
  - Pode resultar em: ansiedade, instabilidade, irritabilidade, agitação psicomotora, fluxo de pensamento acelerado e desordenado, alucinações, delírios, rigidez muscular e/ou trismo mandibular, tremores, movimentos repetitivos, taquicardia, pupilas midriáticas, hipertermia e aumento da pressão arterial.
  - Solicitar apoio do SAV em casos de agravos como: agitação e/ou agressividade, rebaixamento do

nível de consciência, hipotensão moderada a severa, hipo ou hipertermia, dor torácica, convulsões, sinais de AVC, choque ou PCR.

- Avaliação **ACENA**:

| | |
|---|---|
| **A** | **Avaliar**: **Arredores**, A casa e a presença de **Armas** ou **Artefatos** que indiquem o uso de Álcool e drogas; **Altura** e a **Aparência** do paciente. |
| **C** | Observar a presença de sinais de **Conflito** e **Crise** na rede social do paciente. |
| **E** | Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento. |
| **N** | Avaliar o **Nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e **Nível de sofrimento.** |
| **A** | Avaliar a presença de sinais de uso de **Álcool e drogas**, a presença de **Agressividade** (atual ou anterior) e a presença de sinais de **Auto-agressão**. |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

## BTox3 – INTOXICAÇÃO E ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Odor de álcool no hálito; fala pastosa; alterações do humor, comportamento e do nível de consciência; prejuízo da coordenação motora, da atenção e do julgamento; presença de náuseas e vômitos, ansiedade, irritabilidade, taquicardia, hiper ou hipotensão arterial, alucinações, agitação psicomotora, fraqueza.
- Todos esses sinais são comuns para a intoxicação e abstinência alcoólica. Os sinais diferenciais para abstinência são: tremores, febre, sudorese profusa, convulsão e delírio.

**Conduta**

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda).
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo BC1) e tratar conforme encontrado.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2): SAMPLA, sinais vitais e exame físico.
5. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência com familiares e pessoas próximas que possam facilitar o entendimento e manejo da situação.
6. Valorizar: tipo de substância, via de absorção e histórico psiquiátrico.
7. Não havendo evidência de trauma, manter o paciente em posição de recuperação, devido ao risco de aspiração de secreções.
8. Administrar $O_2$ por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
9. Manter o paciente aquecido.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- **Síndrome de abstinência alcoólica grave**:
  - Biológico: agitação psicomotora intensa; sudorese profusa; convulsão;
  - Psicológico: desorientação temporoespacial; história de violência auto ou heterodirigida; pensamento descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; alucinações auditivas, táteis ou visuais.
- Avaliação **ACENA**:

| | |
|---|---|
| **A** | **Avaliar**: **Arredores**, A casa e a presença de **Armas** ou **Artefatos** que indiquem o uso de Álcool e drogas; **Altura** e a **Aparência** do paciente. |
| **C** | Observar a presença de sinais de **Conflito** e **Crise** na rede social do paciente. |
| **E** | Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento. |
| **N** | Avaliar o **Nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e **Nível de sofrimento.** |
| **A** | Avaliar a presença de sinais de uso de **Álcool e drogas**, a presença de **Agressividade** (atual ou anterior) e a presença de sinais de **Auto-agressão**. |

- Atentar para o fato de que uma pessoa aparentemente intoxicada na verdade pode estar abstinente.
- Comunicar imediatamente a Regulação Médica para apoio do SAV em casos de agravos com risco de morte, tais como: agitação e/ou agressividade, rebaixamento do nível de consciência, hipotensão moderada a severa, hipo ou hipertermia e no caso de convulsões.
- Complicações/agravos clínicos associados podem implicar em risco de morte e, portanto, não devem ser negligenciados.
- Considerar as informações que elevem a suspeição para intoxicações por outras drogas.
- Considerar orientar os pacientes não removidos que procurem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou

de assistência social.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016
3ª Revisão: Abril/2019

## BTox4 – INALAÇÃO DE FUMAÇA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Quando houver exposição de uma pessoa a fumaça em espaço fechado;
- Quando houver exposição de uma pessoa a fumaça proveniente de incêndio;
- Qualquer pessoa com sinais de queimadura na face (observar cílios, sobrancelhas, pelos do nariz e condição respiratória), tosse ou fuligem em secreções orais ou nasais.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Afastar o paciente do agente causador/retirar da área de risco.
3. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1 ou BPed23) e secundária (Protocolo BT2 ou BPed24).
4. Contatar precocemente a Regulação Médica se ocorrer qualquer um dos eventos abaixo (possibilidade de intoxicação por cianeto):
    - Parada cardiorrespiratória
    - Glasgow < 13
    - Frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto
    - Pressão arterial sistólica < de 90 mmHg.
5. Manter permeabilidade da via aérea.
6. Oferecer oxigênio ($O_2$) sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min, se saturação de $O_2$ < 94%.
7. Monitorizar a oximetria de pulso; considerar que, em casos de intoxicação por monóxido de carbono (Protocolo BTox5), a sua leitura poderá indicar valores maiores do que o real.
8. Considerar ventilação com bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insuficiência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.
9. No caso de queimaduras associadas, considerar também o protocolo BT18.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a necessidade de apoio de equipes especializadas para aproximação e retirada da vítima da área de risco.
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Abril/2015
2ª Revisão: Julho/2016

## BTox5 – INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente em área de risco, como as próximas a sistema de aquecimento avariado em ambiente mal ventilado, garagens de automóveis com o motor ligado ou próximo a focos de incêndio, com presença de sinais e sintomas gerais como: cefaleia, náuseas, vômitos, tonturas, diminuição de acuidade visual, fraqueza, pele e/ou mucosas cor de framboesa ou rosa carminado, dispneia, arritmias cardíacas, dor torácica isquêmica, insuficiência cardíaca, hipotensão, síncope, confusão mental, convulsão, coma, parada cardiorrespiratória (PCR).

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros, através da Central de Regulação, na suspeita de presença do gás no ambiente, para a retirada da vítima da área de risco.
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1 ou BPed24) e secundária (Protocolo BT2 ou BPed25).
4. Contatar precocemente a Regulação Médica se ocorrer qualquer um dos eventos abaixo (possibilidade de intoxicação por cianeto):
   - PCR
   - Glasgow < 13
   - Frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto
   - Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
5. Ofertar oxigênio ($O_2$) na máxima concentração disponível, independentemente da leitura da oximetria de pulso, de preferência com máscara não reinalante com $O_2$ a 15 l/min.
6. Considerar ventilação com bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insuficiência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.
7. Nas crises convulsivas, seguir Protocolo BC16 ou BPed15.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
   a. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   b. Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3"S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- A oximetria normal é um achado característico. O monóxido de carbono (CO) tem afinidade aproximadamente 200 vezes maior pela hemoglobina-Hb do que o $O_2$. Dependendo da porcentagem de ligação do CO à Hb, ocorrerá hipoxemia celular, porém com oximetria periférica inalterada, pois o oxímetro não diferencia a oxihemoglobina da carboxihemoglobina.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Abril/2015
2ª Revisão: Julho/2016

## BTox6 – INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- História de contato cutâneo ou inalatório durante manuseio ou exposição de inseticida agrícola (organofosforados ou carbamatos).
- História de contato cutâneo ou inalatório decorrente de acidente de transporte ou industrial.
- História de ingestão intencional ou acidental de inseticidas ou raticida clandestino "chumbinho", associada com alguns dos seguintes sinais ou sintomas:
  - Hipersecreção brônquica, broncoespasmo, tosse, insuficiência respiratória, cianose;
  - Bradicardia, hipotensão;
  - Distúrbios visuais, miose, lacrimejamento, salivação e sudorese excessiva;
  - Dores abdominais, náuseas, vômitos, diarreia;
  - Agitação, fasciculação, convulsão e coma;
  - Polaciúria, incontinência urinária.

**Conduta**

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
3. Informar precocemente a Regulação Médica sobre a presença de produto potencialmente tóxico, para receber orientações específicas.
4. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1 ou BPed24) e avaliação secundária (Protocolo BT2 ou BPed25), com ênfase para:
   - Garantir a permeabilidade de via aérea;
   - Administrar oxigênio ($O_2$) em alto fluxo para manter saturação de $O_2$ › 94%;
   - Monitorizar a oximetria de pulso e glicemia capilar;
   - Monitorar os sinais vitais;
   - Realizar entrevista SAMPLE;
   - Valorizar informações sobre o agente:
     - Motivo do uso, tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade
     - Situações de risco na residência
     - Condições do paciente: tempo de exposição, via de exposição e profissão.
5. Em caso de contato cutâneo ou inalatório, remover as roupas com cuidado e realizar a descontaminação a partir da lavagem da região afetada com soro fisiológico ou água corrente abundante, se disponível e antes de colocar o paciente na ambulância. Em casos de produtos em pó, realizar primeiramente a limpeza mecânica, seguida de lavagem.
6. Afastar outras causas de rebaixamento do nível de consciência (incluindo hipoglicemia conforme Protocolo BC19 ou BPed14).
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.
8. Transportar o paciente na ambulância com janelas abertas, sempre que houver contaminação do ambiente (roupas e vômitos funcionam como contaminantes).

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Considerar o vômito do paciente que ingeriu a substância como fonte de contaminação, especialmente se impregnado nas vestes, que devem ser retiradas com cuidado.
- O raticida "chumbinho" é um produto clandestino, geralmente composto por inseticidas carbamatos

e/ou organofosforados ou ainda outras substâncias. Os venenos agrícolas, de uso exclusivo na lavoura como inseticidas, acaricidas ou nematicidas, são desviados do campo para os grandes centros para serem indevidamente utilizados como raticidas (Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A classe de substâncias permitidas no Brasil como raticidas são os anticoagulantes orais (cumarínicos).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Abril/2015
2ª Revisão: Julho/2016

## BTox7 – (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- 

**Conduta**

1. 

**OBSERVAÇÕES:**

- 

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## BTox8 – INTOXICAÇÃO POR PLANTAS (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- 

**Conduta**

1. 

**OBSERVAÇÕES:**

- 

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## BTox9 – INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

História de ingestão de medicamentos dos grupos benzodiazepínicos, barbitúricos, sedativos, hipnóticos, opióides, anticonvulsivantes ou antipsicóticos, associada a presença de depressão neurológica, caracterizada por alteração do nível de consciência, como:

- Sonolência
- Torpor
- Coma

Pode ou não estar associada a alguns dos seguintes sinais:

- Miose
- Depressão respiratória
- Cianose
- Bradicardia, hipotensão

**Conduta**

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
3. Realizar avaliação primária e secundária (Protocolos BC1 e BC2).
4. Manter a permeabilidade das vias aéreas, incluindo via aérea avançada se necessário.
5. Administrar oxigênio por máscara, 4 a 6 l/min, ou ventilação assistida com BVM em caso de depressão respiratória.
6. Monitorar pressão arterial e oximetria.
7. Valorizar informações sobre o agente (nome, composição, quantidade), tempo de ingestão.
8. Avaliar glicemia capilar.
9. Se possível, levar amostras/embalagem do medicamento ao hospital.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- BENZODIAZEPÍNICOS: diazepam, lorazepam, midazolam, clonazepam, etc., tais como Diempax®, Dormonid ®, Rivotril®, Rohypnol®, Dalmadorm®, Bramazepam®, Clonazepam®, Frontal®, Lexotam®, Valium®, etc.
- BARBITÚRICOS: fenobarbital, tal como Gardenal®, Barbitron®, Thiopentax®, Fenocris®, etc.
- OPIOIDES: codeína, morfina, tramadol, fentanil, tais como Codex®, Tylex®, Fentanil®, Dimorf®, DoloMoff®, Dorless®, Tramal®, etc., e ainda heroína (opióide, não medicamento)
- ANTICONVULSIVANTES: carbamazepina, fenitoína, tais como Hidantal®, Tegretol®, etc.
- ANTIPSICÓTICOS: haloperidol, risperidona, tais como Haldol®, Esquidon®, Ripevil®, Risperdal®, etc.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BTox10 – EXPOSIÇÃO A SOLVENTES

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Em casos de atendimento onde se identifique ou se suspeite do envolvimento de solventes (listados no campo "Observações").
- Em casos de atendimento onde se identifique odor característico de solvente no ar exalado pelo paciente.
- Em casos de atendimento de paciente onde se identifica ou se suspeite de inalação e/ou ingestão de solventes e:
    - Na ingestão: ardor em orofaringe, vômito e tosse;
    - Na inalação: euforia inicial seguida de depressão do sistema nervoso central, ardor de vias aéreas e tosse.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, na suspeita de presença de solvente no ambiente, para retirada do paciente da área de risco.
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1).
4. Realizar a avaliação secundária (Protocolo BT2), com ênfase para:
    - Monitorar sinais vitais;
    - Realizar entrevista SAMPLE;
    - Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição).
5. Não provocar vômito, não administrar nada por via oral, não realizar lavagem gástrica.
6. Manter paciente com cabeceira elevada.
7. Estar preparado para parada cardiorrespiratória.
8. Realizar precocemente contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Para fins deste protocolo, são exemplos de solventes: gasolina, querosene, thinner (ou tíner), aguarrás, acetona, removedor de esmalte (acetato de etila), éter, benzeno, benzina (mistura de hexanos), clorofórmio e outros solventes halogenados, solventes de cola de sapateiro, etc..
- Alguns solventes considerados como drogas de abuso, especialmente clorofórmio, e outros halogenados (lança-perfume ou "cheirinho da loló"), podem provocar arritmias.
- Manter o paciente com cabeceira elevada objetiva aumentar o esvaziamento gástrico e evita aspiração.
- A volatilização do conteúdo gástrico causa aspiração do vapor do solvente com suas consequências.
- Comumente não há alteração na saturação de oxigênio na fase pré-hospitalar.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BTox11 – EXPOSIÇÃO A CORROSIVOS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Em casos de acidentes onde se identifique ou se suspeite do envolvimento de produtos corrosivos (Protocolo BTox15 sobre identificação do produto perigoso).
- Em casos de atendimento de paciente em que se identifique ou se suspeite de contato com produtos corrosivos e que apresente alguns dos sinais ou sintomas:
    - Na ingestão: dificuldade de deglutir, dor, edema e eritema de lábio e língua, sialorreia e hematêmese;
    - Nos olhos: dor, edema e eritema;
    - Na pele: dor intensa com pouca manifestação flogística no local;
    - Na inalação (em caso de corrosivos voláteis): tosse, dispneia, cefaleia, ardor de vias aéreas superiores.

**Conduta**

GERAL

1. Avaliar a segurança da cena (protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, na suspeita de presença de corrosivo volátil no ambiente para retirada do paciente da área de risco.
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1).
4. Realizar a avaliação secundária (Protocolo BT2), com ênfase para:
    - Monitorar sinais vitais;
    - Realizar entrevista SAMPLA (ou SAMPLE em pediatria);
    - Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição).
5. Adotar a conduta adequada ao caso, conforme "conduta específica" abaixo.
6. Realizar precocemente contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

ESPECÍFICA

1. Na ingestão:
    - Não provocar vômito, não passar sonda nasogástrica, não administrar nada por via oral, não realizar lavagem gástrica, não realizar tentativas de neutralização do corrosivo.
2. No contato com a pele e/ou olhos (veja mais detalhes no protocolo de descontaminação BTox12):
    - Substâncias corrosivas não voláteis:
        - Remover roupas contaminadas;
        - Se corrosivo em pó, remover o excesso cuidadosamente com pano seco ou compressa seca antes de lavar;
        - Se pele: lavar abundantemente o local afetado com água corrente, se disponível/possível, ou soro fisiológico (SF).
        - Se olhos: lavar abundantemente o local afetado, de preferência com solução salina (SF, ringer lactato); usar água corrente na impossibilidade da solução salina;
        - Se um único olho for acometido, lateralizar a cabeça mantendo para baixo o olho acometido para realizar a lavagem, sem contaminar o olho sadio.
    - Substâncias corrosivas voláteis:
        - Remover o paciente para local aberto;
        - Remover a roupa contaminada;
        - Colocar o paciente na ambulância somente após sua descontaminação cutânea;
        - Se pele ou olhos forem acometidos, realizar os mesmos atendimentos do corrosivo não volátil descritos acima;
        - Se inalação do produto, realizar nebulização com SF (veja mais detalhes no protocolo de descontaminação BTox12).

**OBSERVAÇÕES:**

- Nos casos de ingestão intencional, o quadro clínico tende a ser mais grave.
- Definição de corrosivos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) 14725:
  - Corrosivo cutâneo. Material-teste que produz destruição de tecido da pele, chamada de necrose visível através da epiderme e dentro da derme, em pelo menos um de três animais ensaiados, após exposição de até 4h de duração.
  - Corrosivo para metais: substâncias ou mistura que, por ação química, é capaz de danificar ou até mesmo destruir metais.
- São produtos corrosivos:
  - Ácidos fortes: clorídrico (muriático), bromídrico, fluorídrico, sulfúrico, fosfórico, etc.
  - Bases ou álcalis: hidróxido de cálcio (cal), hidróxido de sódio (soda cáustica), hidróxido de potássio, etc..
  - Voláteis: amônia, cloro, flúor, ácidos voláteis (fluorídrico, bromídrico, clorídrico), etc.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BTox12 – DESCONTAMINAÇÃO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando houver necessidade de remover ou neutralizar agentes químicos tóxicos que foram ingeridos, inalados ou entraram em contato com a pele ou olhos de um paciente.

**Conduta**

1. Atentar para a segurança da cena e utilizar equipamento de proteção individual completo;
2. Informar a Central de Regulação sobre a necessidade de descontaminação e aguardar orientações sobre os procedimentos;
3. Determinar a necessidade de descontaminação antes da completa abordagem e atendimento do paciente;
4. Identificar o produto ou substância ou agente que necessite ser eliminado ou neutralizado;
5. Atentar para o protocolo específico de atendimento para o contaminante ou intoxicante encontrado;
6. Determinar se o paciente pode ser manipulado antes da descontaminação, sem risco para a equipe;
7. Se não houver risco, proceder à avaliação do paciente e adotar as condutas pertinentes ao caso, conforme protocolos específicos;
8. Se houver necessidade ou indicação de descontaminação, seguir a "conduta específica" descrita abaixo;
9. Seguir as demais orientações constantes dos protocolos específicos para as substâncias causadoras da intoxicação.

**Conduta Específica**

A indicação de uma determinada descontaminação consta dos protocolos específicos dos agentes contaminantes ou intoxicantes. Os procedimentos de descontaminação estão descritos abaixo.

Na contaminação por via digestiva:

- NÃO induzir vômitos e não administrar líquidos por via oral;
- Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
- Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
- Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

Na contaminação por via respiratória:

- Manter o paciente em ambiente aberto, livre do agente contaminante, com oxigênio ($O_2$) suplementar;
- Realizar nebulização com soro fisiológico (SF).

Na contaminação por via cutânea:

- Remover as vestes ou equipamentos contaminados, com especial cuidado para não agravar a contaminação de áreas corpóreas, em especial a face. Cortar as vestes é mais seguro;
- Se o agente for pó ou sólido, retirar o excesso com pano seco ou compressa, antes de lavar;
- Realizar lavagem da área afetada ou corporal com fluxo de água corrente, com especial atenção para cabelos, axilas, umbigo, regiões genital e subungueal;
- Considerar cobrir ferimentos antes de iniciar a lavagem corporal;
- Evitar hipotermia;
- Em contaminações extensas ou por produto de elevada toxicidade, considere aguardar a descontaminação por equipe especializada e equipada para tal, para depois realizar atendimento do paciente.

Na contaminação dos olhos:

- Lavar os olhos com fluxo contínuo de água ou SF, com as pálpebras abertas, a partir do canto do olho (próximo ao nariz) para a lateral da face, por, no mínimo, 20 minutos. Pode ser realizado durante o transporte ao hospital;

- Se um único olho for acometido, lateralizar a cabeça mantendo para baixo o olho acometido para realizar a lavagem, evitando contaminar o olho sadio;
- Se os dois olhos forem acometidos, lavá-los com fluxo contínuo de SF ou água, do centro ou região entre os olhos para as laterais. Proteja o restante da face com compressas. Uma forma improvisada que pode ser útil é a utilização de cateter para $O_2$, tipo óculos, colocando a dupla saída sobre a parte superior do nariz, próxima ao canto dos olhos, mantendo uma saída de cada lado do nariz e direcionada para cada olho. Conecte o cateter a um frasco de SF e mantenha fluxo contínuo.

**OBSERVAÇÕES:**

- Definição: descontaminação é um processo que consiste na remoção física dos contaminantes ou na alteração de sua natureza química para substâncias inócuas.

  " O tempo é fator crítico para as vítimas, mas a segurança das equipes também é importante. Diante de um acidente envolvendo produto perigoso (PP), a equipe deve conter seu ímpeto de adentrar a zona quente para socorrer as vítimas que estejam até que sejam estabelecidas as informações básicas sobre o PP e ações de segurança necessárias"

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BTox13 – ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Relato de picada por animal silvestre conhecido ou não (se desconhecido, trate como animal venenoso);
- Presença de marcas causadas pelas picadas associada a dor local, edema, eritema e bolhas;
- Em casos mais graves, pode haver ptose palpebral, colúria e oligoanúria, alterações visuais, insuficiência respiratória aguda e em casos extremos, torpor, inconsciência e choque anafilático.

**Conduta**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1):
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2), , com ênfase para oximetria de pulso. Administrar oxigênio ($O_2$) por máscara facial em altos fluxos, se saturação de < 94%.
3. Manter paciente em repouso absoluto.
4. Lavar a ferida com soro fisiológico e cobrir com curativo estéril seco.
5. Não utilizar torniquete.
6. Obter descrição, imagem ou o próprio animal (se morto e acondicionado em dispositivo fechado e protegido).
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Considerar transmissão da imagem do animal e da lesão para a Central de Regulação.
    - Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3), com especial atenção para a segurança de cena.
- Considerar a possibilidade de lesões secundárias devido a cinemática de toda a situação, como as decorrentes de corrida, queda, etc.
- Nos acidentes por animais peçonhentos, o profissional não deve perder tempo no local e nem deve tentar capturar o animal.
- Atenção especial aos extremos de idades, já que são mais susceptíveis a complicações decorrentes do veneno inoculado.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Abril/2015
2ª Revisão: Julho/2016

## BTox14 – PRIMEIRO NA CENA COM PRODUTOS PERIGOSOS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Quando a equipe do SAMUFor for a primeira instituição a chegar num local que apresente:
  - Informação da Central de Regulação sobre a presença de produtos perigosos (PP) no local;
  - Acidente com veículo identificado como transportador de PP;
  - Acidente com veículos que apresentem embalagens com a simbologia de PP;
  - Acidente com veículo onde exista vazamentos de produtos com ou sem identificação;
  - Acidente com PP em instalações industriais, depósitos ou instalações comerciais;
  - Acidentes com PP em tubovias (tubulações);
  - Qualquer acidente onde houver a presença de PP confirmada ou suspeita.

**Conduta**

1. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Manter uma distância segura do veículo ou equipamento sinistrado ou produto derramado ou vazado.
3. Aproximar-se com cautela do local do acidente, mantendo o vento pelas costas em relação ao veículo ou equipamento sinistrado.
4. Evitar se posicionar nos locais mais baixos em relação ao local do acidente.
5. Informar a Central de Regulação sobre a chegada no local e fornecer dados preliminares.
6. Confirmar a presença ou indícios de PP e estimativa de vítimas.
7. Certificar-se que, em caso de atendimento às vítimas que saem ou foram retirados da zona quente, estas não estejam contaminadas e, caso estejam contaminadas, atender as determinações dos Protocolos específicos (Protocolo de descontaminação – BTox12).
8. Informar a Central de Regulação com o maior detalhamento possível dados da identificação do produto (Protocolo de identificação de PP – BTox15), identificação da via e local do acidente, quilometragem, sentido, pontos de referência, acessos alternativos, etc., mantendo os requisitos de segurança deste protocolo.
9. Informar a Central de Regulação se houver visível contaminação ou possibilidade de contaminação de recursos hídricos, para que esta comunique de imediato a empresa responsável pelo abastecimento público de água na região.
   a. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   b. Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A Central de Regulação deverá ter protocolo específico para acionamento dos órgãos de intervenção e apoio.
- A Central de Regulação deverá comunicar ou requerer de imediato a comunicação à empresa responsável pelo abastecimento público de água na região, caso haja contaminação ou possibilidade de contaminação de recursos hídricos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## BTox15 – IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO PERIGOSO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando houver indícios de presença de produtos perigosos (PP) na cena, tais como:

- Acidente com envolvimento de veículo de carga rodoviário, ferroviário ou marítimo do tipo tanque, tipo baú, carroceria, outros;
- Presença de qualquer placa de identificação de risco (simbologia de risco);
- Embalagens sem identificação como caixas, bombons, etc.;
- Acidente em indústria, área de armazenamento, depósitos, dutovias, outros;
- Acidentes em locais de revenda de produtos químicos;
- Incêndios, fumaça, névoa;
- Odores no ar que se respira em cenas de acidente;
- Vazamento de produtos líquido, sólido, gasoso.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1), com ênfase para o correto posicionamento na presença de fogo, fumaça ou vapores.
2. Buscar identificação do produto:

| | |
|---|---|
| Em acidentes envolvendo veículos de transporte terrestre | Formas de identificação:<br>• Identificar o PAINEL DE SEGURANÇA, que é uma placa retangular com cerca de 40 cm x 30 cm, na cor laranja afixada na traseira, frente e laterais dos veículos/vagão contendo números e letras;<br>• Identificar o RÓTULO DE RISCO, que é uma placa em forma de losango de cerca de 30 cm de lado, afixada na traseira, frente e laterais dos veículos/vagão contendo números, letras, símbolos e em cores diversas, cada cor representando uma natureza de risco;<br>• Podendo aproximar-se do veículo, procurar a FICHA DE EMERGÊNCIA, que, por norma, deve estar no porta-luvas do veículo, contendo detalhes de interesse medico sobre o produto.<br><br>Para mais detalhes, veja em Observações. |
| Em acidentes ocorridos em edificações (indústria, residências, armazéns, lojas, etc.) | Formas de identificação:<br>• Buscar informantes no local (responsáveis e trabalhadores);<br>• Rótulos de embalagem;<br>• Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), se disponível. |
| Na presença de sinais como derramamento ou vazamento de produto | Formas de identificação:<br>• Buscar informantes no local (responsáveis e trabalhadores);<br>• Rótulos de embalagem |

3. Garantir a segurança da equipe na fase de identificação do PP, utilizando todos os cuidados possíveis.
4. Registrar todas as informações obtidas.
5. Informar a Regulação Médica sobre os indícios de PP e os dados de identificação do produto que se pode obter.
6. Seguir rigorosamente as orientações da Regulação Médica sobre critérios de segurança a serem seguidos e protocolo de intervenção específico para o produto envolvido.

**OBSERVAÇÕES:**

- Definições de PP:
  - Segundo Norma Brasileira (NBR) 14064/2015: Produtos Perigosos são produtos que tenham potencial de causar dano ou apresentem risco à saúde, segurança e meio ambiente e tenham sido classificados como tais de acordo com os critérios definidos pela regulação de transporte

(Decreto 96044/1988).

- Segundo Resolução 420/2004 da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT): Produto Perigoso é todo aquele que apresenta risco à saúde das pessoas, ao meio ambiente ou à segurança pública, seja ele encontrado na natureza ou produzido por qualquer processo.
- Segundo o Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT): Produto ou resíduo perigoso é toda substância ou resíduo que apresentam riscos para o meio ambiente, à saúde da população e à segurança pública. Esses produtos e resíduos são periodicamente relacionados e atualizados pela ONU e publicados através de portarias do Ministério dos Transportes.

- • Identificação do PP no transporte:
  - As classes: os PP conhecidos são numerados sequencialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) e agrupados em nove classes de acordo com a natureza do risco do produto.

| CLASSIFICAÇÃO DA ONU |
|---|
| Classe 1 – Explosivos |
| Classe 2 – Gases |
| Classe 3 – Líquidos Inflamáveis |
| Classe 4 – Sólidos inflamáveis |
| Classe 5 – Substâncias oxidantes |
| Classe 6 – Substâncias tóxicas |
| Classe 7 – Materiais radioativos |
| Classe 8 – Corrosivos |
| Classe 9 – Substâncias perigosas diversas |

O **rótulo de risco** é uma placa em losango com cerca de 30 cm de lado que identifica a natureza do risco do produto, divididos em nove classes com quatro indicativos da classe na mesma placa.

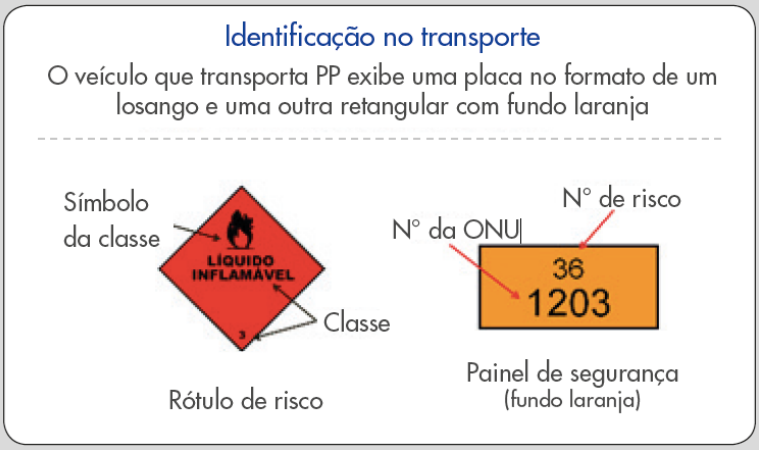
a) Tem diversas cores, cada uma representando uma classe;
b) Apresenta o símbolo da classe, caracterizando a ação do produto;
c) Apresenta uma expressão escrita que descreve a classe, ou seja, a natureza do risco;
d) Tem o número da classe do produto na parte inferior.

Ou seja, apresenta quatro dados que nos dão a mesma informação de quatro maneiras distintas, ou seja, a classe do produto (a natureza do risco, ou o que ele provoca).

O **painel de segurança** é uma placa retangular com cerca de 40 cm x 30 cm, na cor laranja afixada na traseira, frente ou laterais dos veículos/vagão contendo números e letras.

*Número de risco*: o número superior é um conjunto de dois a três números, conforme exemplo no desenho abaixo, compondo o risco do produto. Se precedidos da letra "X", indica "reação perigosa com a água".

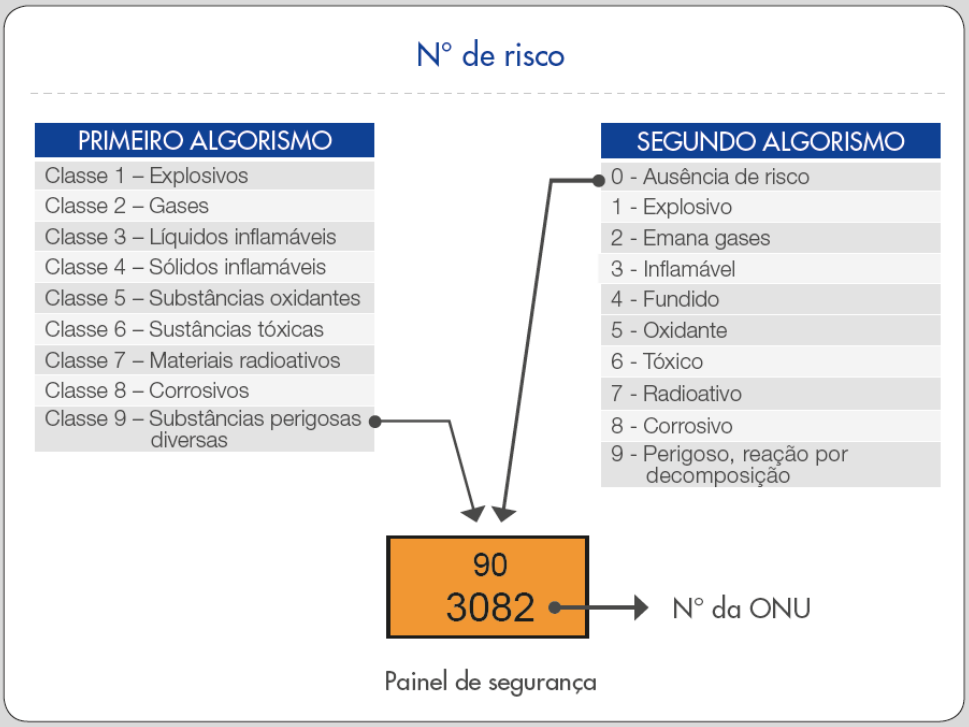
*Número da ONU*: é o número sequenciado de quatro algarismos, utilizado pela ONU para identificar cada produto/substância conhecida e classificada como PP. O Brasil segue essa norma. No painel de segurança, é o número situado na parte inferior da placa.


Identificação no transporte
O veículo que transporta PP exibe uma placa no formato de um losango e uma outra retangular com fundo laranja
Símbolo da classe
LÍQUIDO INFLAMÁVEL
3
Classe
Rótulo de risco
N° de risco
N° da ONU
36
1203
Painel de segurança (fundo laranja)


1.1 EXPLOSIVO 1
1.4 EXPLOSIVO 1
1.5 EXPLOSIVO 1
1.6 EXPLOSIVO 1
GÁS INFLAMÁVEL 2
GÁS INFLAMÁVEL 2
GÁS TÓXICO 2
GÁS NÃO INFLAMÁVEL NÃO TÓXICO 2
GÁS NÃO INFLAMÁVEL NÃO TÓXICO 2
LÍQUIDO INFLAMÁVEL 3
LÍQUIDO INFLAMÁVEL 3
SÓLIDO INFLAMÁVEL 4
COMBUSTÃO ESPONTÂNEA 4
PERIGOSO QUANDO MOLHADO 4
PERIGOSO QUANDO MOLHADO 4
OXIDANTE 5.1
PERÓXIDO ORGÂNICO 5.2
TÓXICO 6 GRUPO EMB. I E II
NOCIVO 6 GRUPO EMB. III
SUBSTÂNCIA INFECTANTE 6
RADIOATIVO 7 VEÍCULO
RADIOATIVO I 7 EMBALAGEM
RADIOATIVO II 7 EMBALAGEM
RADIOATIVO III 7 EMBALAGEM
CORROSIVO 8
SUBSTÂNCIAS PERIGOSAS DIVERSAS 9

Exemplo:


90
3082
9
90
3082




**Ficha de Emergência e Envelope para Ficha de Emergência e Envelope para o transporte terrestre de PP:** O veículo que transporta PP, além das identificações externas, deve portar Ficha de Emergência e Envelope para o transporte, emitidos pelo expedidor, conforme estabelecido nas instruções complementares a este Regulamento, preenchidos de acordo com informações fornecidas pelo fabricante ou importador dos produtos transportados. Art. 28, IV, da Resolução 3665/2011 que atualiza o Regulamento para o Transporte Rodoviário de PP.

A Ficha de Emergência deve estar no porta-luvas do veículo, lacrada e à disposição das equipes de socorro.

- As equipes de socorro, de suporte avançado de vida ou de suporte básico de vida devem, em seus treinamentos, familiarizarem-se com a simbologia utilizada no transporte de PP.
- Regulação Médica e identificação do PP no transporte: a consulta a um manual para identificação detalhada dos produtos, seus riscos e as ações necessárias, pode ser feita no atendimento a um acidente. Recomenda-se, entretanto, considerando que as equipes do (SAMU) não são especialistas e dedicadas exclusivamente a esse tema, que o auxílio e orientações sejam dados pelo médico regulador, que deve portar os manuais específicos utilizados no Brasil, bem como acesso telefônico às instituições especializadas.
- As informações completas sobre o produto perigoso constam da FISPQ, item obrigatório para todas as instituições responsáveis por armazenamento e revenda de produtos. A equipe pode solicitar/buscar esse instrumento para identificação, se possível e sem risco. A Regulação Médica pode ter acesso a essa informação por outros meios.

**Produtos Perigosos mais comuns, em circulação em Fortaleza**

- 1075: Gás Liquefeito de Petróleo (GLP)
- 1170: Etanol
- 1202: Biodiesel e Óleo Diesel (Mistura)
- 1203: Gasolina (ou mistura de gasolina e álcool)
- 1267: Óleo de Petróleo Cru
- 1863: Querosene para aviação
- 1999: Asfalto Líquido (betumes e alcatrões líquidos)
- 2814: Substância Infectante (que afeta o ser humano)
- 3082: Líquidos ou resíduos que apresentam perigo para o meio ambiente (biodiesel)
- 3256: Líquidos à temperatura elevada (inflamável)
- 3257: Líquidos à temperatura elevada
- 3373: Substâncias Biológicas Categoria B

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## BTox16 – PRODUTOS PERIGOSOS – PRINCÍPIOS GERAIS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda ocorrência onde houver a presença confirmada ou suspeita de produtos perigosos (PP).

**Conduta**

1. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Atentar para protocolo Primeiro na cena com PP (Protocolo BTox14).
3. Atender o Protocolo de identificação de PP (Protocolo BTox15).
4. Utilizar incondicionalmente, no atendimento às vítimas de PP, equipamentos de proteção individual como roupas, botas, luvas, máscaras e outros adequados à situação, definidos pelo comando especializado em operações com PP.
5. Compreender o papel (competências e responsabilidades) de outras instituições envolvidas nas ocorrências com PP.
6. Efetuar a descontaminação de pequena área do corpo conforme preconizado no Protocolo BTox12, ressalvadas as precauções de segurança.

ATENÇÃO: A descontaminação de áreas corporais extensas deve ser efetuada por equipe preparada com recursos materiais e humanos adequados.

7. Atender os pacientes com contaminação por produtos de alta toxicidade, mesmo em pequena área do corpo, só após sua descontaminação por equipe adequadamente preparada.
8. Retirar roupas e calçados contaminados ou suspeitos, sendo essa ação fundamental para o sucesso do procedimento de descontaminação.
9. Manter permanente troca de informações com a Regulação Médica.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Definições de PP:
  - Segundo Norma Brasileira (NBR) 14064/2015: Produtos Perigosos são produtos que tenham potencial de causar dano ou apresentem risco à saúde, segurança e meio ambiente e tenham sido classificados como tais de acordo com os critérios definidos pela regulação de transporte (Decreto 96044/1988).
  - Segundo Resolução 420/2004 da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT): Produto Perigoso é todo aquele que apresenta risco à saúde das pessoas, ao meio ambiente ou à segurança pública, seja ele encontrado na natureza ou produzido por qualquer processo.
  - Segundo o Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT): Produto ou resíduo perigoso é toda substância ou resíduo que apresentam riscos para o meio ambiente, à saúde da população e à segurança pública. Esses produtos e resíduos são periodicamente relacionados e atualizados pela ONU e publicados através de portarias do Ministério dos Transportes.
- Definição de toxicidade: Capacidade inerente a uma substância química ou produto químico de produzir um efeito deletério sob um sistema biológico, quando ingerido, inalado, inoculado ou por contato dérmico (Manual de Emergências Químicas da Cetesb).
- A Central de Regulação deverá ter protocolos específicos para acionamento dos órgãos de intervenção e apoio quando houver envolvimento de PP.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS EM INCIDENTES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

## PMV1– ATRIBUIÇÕES DO PRIMEIRO RESPONDEDOR EM UMA CENA COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando a equipe é a primeira a chegar em um cenário onde existam cinco ou mais vítimas, seja USA, USI, USB ou motolância.

**Conduta:**

1. Iniciar a avaliação da segurança de cena e atuar apenas em zona segura;
2. Estacionar o veículo em local seguro e informar à Central de Regulação Médica sobre a chegada no local;
3. Ao condutor ou motociclista cabe:
    - Estabelecer um perímetro de segurança (considerar protocolo PE1), se for necessário. Ao estabelecer o perímetro de segurança, devem ser considerados os seguintes aspectos:
        - Tipo de incidente;
        - Topografia, tamanho da área afetada e como pode evoluir;
        - Localização do incidente em relação à via de acesso e áreas disponíveis ao redor;
        - Áreas sujeitas a desmoronamentos, incêndio, cabos elétricos e QBRNE;
        - Condições atmosféricas;
        - Possível entrada e saída de veículos;
        - Coordenar o isolamento perimetral com o órgão de segurança presente no local;
        - Solicitar ao órgão de segurança a retirada de todo pessoal não autorizado do perímetro de segurança
    - Iniciar a sinalização e isolamento da área do incidente;
    - Determinar a Área de Espera (E) para as viaturas que vão atuar no incidente, orientando o posicionamento delas quando chegarem à cena;
4. Ao profissional de saúde da USB cabe:
    - Informar à Regulação Médica sua chegada à cena do incidente:
        - Identifique-se (nome, posto/função, número da viatura, etc.);
        - O que aconteceu / está acontecendo (natureza e magnitude do evento) e quando (horário do evento)?
        - Onde ocorreu e qual o melhor acesso;
        - Gravidade e número estimado de vítimas (mecanismo do trauma, natureza do evento, magnitude, etc.)
        - Ameaças e riscos envolvidos;
        - Presença e/ou necessidades percebidas de equipes adicionais (ambulâncias) e/ou de equipes especializadas (PM, BM, AMC etc.) – Protocolo PE31;
        - Quais são as rotas de acesso e de fuga mais seguras para permitir o fluxo de pessoal e de equipamentos?
    - Assumir e estabelecer o local do Posto de Comando (PC), com auxílio do condutor, utilizando a sua própria viatura como instalações. Ao estabelecer o local do Posto de Comando, assegure-se que este tenha:
        - Segurança e visibilidade;
        - Facilidades de acesso e circulação;
        - Disponibilidade de comunicações (sinal de rádio ou celular);
        - Lugar distante da cena, do ruído e da confusão; e
        - Capacidade de expansão física.
    - Se não houver risco (na cena segura), iniciar a triagem das vítimas pelo Método START – *Simple Triage and Rapid Treatment* (Protocolos PMV3 e PMV4), conforme orientação da Central de Regulação;
    - Avaliar a necessidade de organizar uma Área de Concentração de Vítimas (ACV) e estabelecer um local

seguro para atendimento e posterior transporte, considerando a Área de Espera (E) escolhida pelo condutor;
- Organizar a distribuição dos recursos humanos e materiais nas áreas de atendimento, conforme necessidade;
- Estabelecer seus objetivos e determinar as estratégias para controlar a situação (considerar protocolo PE1), conforme orientações da Regulação Médica;

5. Das atribuições do item 3, são transferidas para o 1º Enfermeiro na cena as seguintes:
   - Informar à Regulação Médica a chegada da equipe à cena do incidente;
   - Se não houver risco (na cena segura), assumir o início da triagem das vítimas pelo Método START *(Simple Triage and Rapid Treatment)* (Protocolos PMV3 e PMV4), conforme orientação do 1º médico na cena;
   - Estabelecer ou designar um membro da equipe (preferencialmente o condutor) para organizar o fluxo de chegada e saída das ambulâncias, bem como uma área de espera dos recursos adicionais;
   - Organizar a distribuição dos recursos humanos e materiais nas áreas de atendimento, conforme necessidade, conforme orientação do 1º médico na cena;
6. Das atribuições do item 3, são transferidas para o 1º médico na cena as seguintes:
   - Assumir e estabelecer o local do Posto de Comando (PC), com auxílio do condutor, utilizando a sua própria viatura como instalações. Assumir também a coordenação médica na cena, ainda que temporariamente;
   - Se não houver risco (na cena segura), determinar o início da triagem das vítimas pelo Método START *(Simple Triage and Rapid Treatment)* (Protocolos PMV3 e PMV4);
   - Avaliar a necessidade de organizar uma área de concentração de vítimas (ACV) ou Posto Médico Avançado (PMA) e estabelecer um local seguro para as vítimas;
   - Manter a Central de Regulação Médica atualizada sobre o andamento do evento;
   - Interagir com os representantes de outras instituições envolvidas e presentes na cena ou que forem chegando, respeitando suas competências e atribuições profissionais específicas;
   - Informar a Central de Regulação Médica sobre a finalização dos atendimentos e consequente desmobilização das ações e recursos.
7. Preparar informações para transferir o comando, seja à primeira equipe de Suporte Avançado de Vida que chegar ao local seja a representante de outras instituições envolvidas no atendimento.
8. Ao transferir o Comando, considere os seguintes aspectos:
   - Estado do incidente;
   - Situação atual de segurança;
   - Objetivos e prioridades;
   - Organização atual;
   - Designação de recursos;
   - Recursos solicitados e a caminho;
   - Instalações estabelecidas;
   - Plano de comunicações;
   - Provável evolução.
9. Após transferir o Comando, integrar-se ao atendimento das vítimas na ACV.

**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1) e protocolos específicos de Produtos Perigosos;
- Este protocolo se aplica à Motolância.
- Caso a cena não esteja segura, reportar à Central de Regulação, posicionar-se em local seguro e aguardar orientação da Central. Entende-se por local seguro aquele onde os riscos estão controlados;
- A Central de Regulação deverá acionar o plano de contingência, adequado à magnitude do incidente (Protocolo de Regulação RT3);
- Área de concentração de vítimas (ACV): corresponde ao local onde serão concentrados os recursos de saúde para o atendimento das vítimas;
- O coordenador medico da ACV, preferencialmente, não participa da assistência, devendo organizar a resposta médica na cena do incidente.

- Recomenda-se fortemente:
  - Se houver montagem da ACV, Utilizar estratégias específicas para a identificação visual do coordenador medico da ACV e dos profissionais de atendimento envolvidos (p. ex.: colete, capacetes e/ou bonés);
  - A elaboração de relatório detalhado de todas as ações desenvolvidas ao final de cada IMV;

| **Chegada das Primeiras Equipes** | | **Triagem de foco e tratamento por prioridades** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **PC** | **E** | **ACV** |
| 1º Respondedor | Médico | X | | |
| | Enfermeiro | | | X |
| | Profissional de Saúde | X | | X |
| | Condutor / Motociclista | | X | X |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Março/2014
1ª Revisão: Agosto/2015
2ª Revisão: Julho/2016

## PMV2 – ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES QUE CHEGAM PARA APOIO NA CENA DE UM IMV EM ANDAMENTO



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando a equipe **NÃO** é a primeira a chegar em um cenário onde existam cinco ou mais vítimas.

**Conduta**

1. Considerar os princípios de avaliação da segurança da cena e a sinalização para aproximar-se e estacionar a viatura na Área de Espera (E), devidamente sinalizada, conforme Protocolo PMV1;
2. Apresentar-se ao responsável, o Comandante do Incidente (CI) na cena (médico ou outro profissional), portando seus equipamentos básicos (equipamento de proteção individual, mochilas, desfibrilador externo automático e prancha longa são prioritários);
3. Disponibilizar-se para assistência compondo equipes de atendimento e/ou transporte nas diferentes áreas (vermelha, amarela ou verde), conforme determinação do CI, Apresentando-se ao coordenador da área para o qual foi designado antes de iniciar as atividades.
   - Essa distribuição de tarefas de coordenação e assistência segue o seguinte padrão;

| **Equipe de Primeira Resposta** | | **Atendimento na ACV** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Vermelha** | **Amarela** | **Verde** | **E** |
| 1ª USA | Médico Coord. ACV | Coordenador | | | |
| | Enfermeiro | | Coordenador | | |
| | Condutor | | | | Coordenador |
| 1ª USB | Téc. Enfermagem | X | | | |
| | Condutor | X | | | |
| 1ª Moto | Motociclista | | X | | |

A partir de Desastres de Nível II, pode ser necessária a evolução da ACV para PMA

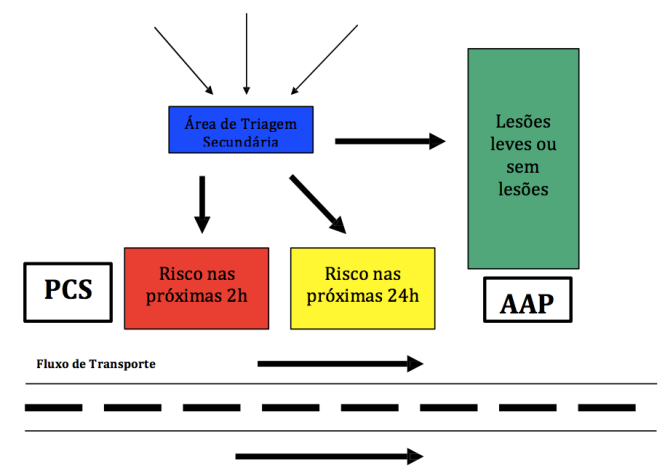
| **Equipe de PMA** | | **Atendimento no PMA** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1ª USA | Médico | COORDENADOR DO PMA | | | |
| | | **Vermelha** | **Amarela** | **Verde** | **E** |
| | Enfermeiro | | Coordenador | | |
| | Condutor | | | | Coordenador |
| 1ª USB | Téc. Enfermagem | X | | | |
| | Condutor | X | | | |
| 1ª Moto | Motociclista | | X | | |
| 2ª USA | Médico | Coordenador | | | |
| | Enfermeiro | | X | | |
| | Condutor | | X | | |
| 3ª USA | Médico | X | | | |
| | Enfermeiro | X | | | |
| | Condutor | X | | | |
| 2ª USB | Téc. Enfermagem | X | | | |
| | Condutor | X | | | |
| 2ª Moto | Motociclista | X | | | |
| 3ª Moto | Motociclista | | | Coordenador | |
| Equipe de Remoção Nível I | 04 USB adicionais | **Remoção das Vítimas por ordem de prioridade** | | | |

Legenda – E: Área de Espera / ACV: Área de Concentração de Vítimas / PMA: Posto Médico Avançado

4. Interagir com os representantes de outras instituições envolvidas e presentes na cena, respeitando suas competências e atribuições profissionais específicas.
5. Ao médico do USA, considerar as seguintes ações:
   - CASO NÃO HAJA MÉDICO DO SERVIÇO PÚBLICO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH) NO LOCAL
     - O médico do SAV assume a coordenação das ações médicas na cena, verificando o que já foi realizado pelas equipes locais e identifica o que ainda não foi implementado dentre o elencado a seguir:
       - Ações para a segurança, sinalização e isolamento da cena;
       - Organização da frota na Área de Espera (E);
       - Estimativa do número e da gravidade das vítimas, assim como necessidade de recursos adicionais e especializados (Corpo de Bombeiros, Polícia, Agentes de Trânsito, etc.) (Protocolo PE31);
       - Triagem das vítimas;
       - Instalação de Área de Concentração de Vítimas (ACV);
       - Atendimento das vítimas;
       - Atualização da Central de Regulação Médica sobre o andamento do incidente e as necessidades;
     - A equipe de SAV interage com os representantes de outras instituições envolvidas e presentes na cena, respeitando suas competências e atribuições profissionais específicas.
     - Informa a Central de Regulação quando da finalização dos atendimentos e consequente necessidade de desmobilização das ações e recursos.
   - CASO HAJA MÉDICO DE SERVIÇO PÚBLICO DE APH NO LOCAL
     - O médico do SAV deverá apresentar-se ao médico local, disponibilizar-se e considerar a possibilidade de:
       - Assumir a coordenação médica local, mesmo que temporariamente;
       - Compartilhar a coordenação de acordo com pactuações locais;
       - Seguir as orientações da coordenação local;
       - Participar da assistência;
     - Reportar a decisão à Regulação Médica.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1);
- O coordenador medico da ACV/PMA, preferencialmente, não participa da assistência, devendo organizar a resposta médica na cena do incidente.
- O contato com a Regulação Médica é feita pelo Coordenador da ACV/PMA. Em casos de Desastres de Nível 3 ou 4 (segundo o Protocolo de Regulação RT3) pode ser necessária uma Coordenação Local das Ações de Saúde (CLAS), que serve de ponte entre o Coordenador da ACV/PMA e o CI e/ou entre o Coordenador da ACV/PMA e a Regulação Médica;
- O PMA segue a seguinte distribuição geográfica:




PCS: Posto de Comando Local das Ações de Saúde
AAP: Área de Apoio Psicológico

- Pode ser necessária nova triagem (**Triagem Secundária**) dos pacientes que chegam, antes de entrarem à Área de Concentração de Vítimas ou Posto Médico Avançado;
- Para remoção de vítimas da ACV/PMA deve ser feita nova triagem;
  - Essa **Triagem de Evacuação** é feita pelo Coordenador de cada Área (Vermelha ou Amarela) e comunicada ao Coordenador da ACV/PMA que solicita ambulâncias ao Coordenador da Área de Espera (E);
- Os pacientes da Área Verde devem ser removidos o mais precocemente possível, por não se deve utilizar ambulâncias para esse fim;
- O Comitê de Crise do SAMUFor, com a responsabilidade de desencadear o alerta e gerir a crise, é composto por:
  - **Coordenador do Complexo Integrado de Regulação de Fortaleza (CIRF)**: elo da Gerência do SAMUFor com a Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde (CORAC/SMS), para contratualização de urgência de serviços privados, sejam unidades de atendimento pré-hospitalar ou leitos de retaguarda (UTI, leitos clínicos e cirúrgicos) ou longa permanência. ;
  - **Gerente do SAMU**: elo entre a CIRF e a CMUr 24h, para as necessidades de leitos de retaguarda da Rede de Urgência municipal, exercendo a função de coordenação das ações de saúde no local do desastre. É o elo, também, entre a CMUr 24h e a Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas (CoHEs) que coordena as porta de entrada de urgência municipais.
  - **Coordenação Médica de Urgência 24h de Fortaleza (CMUr 24h)**: elo entre a Gerência do SAMUFor e as agências presentes no CIOPS, exercendo a função de coordenação da regulação médica de urgência do incidente;
  - **Coordenação Médica SAMUFor**: acionamento de efetivo médico em escala de sobreaviso;
  - **Coordenação de Enfermagem SAMUFor**: acionamento de efetivo de enfermagem e condutores em escala de sobreaviso;
  - **Coordenação Operacional SAMUFor**: responsabilidade de assessoria técnico-administrativa e de logística;
  - **Coordenação NEP**: assessoria técnica às atividades de planejamento das ações

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

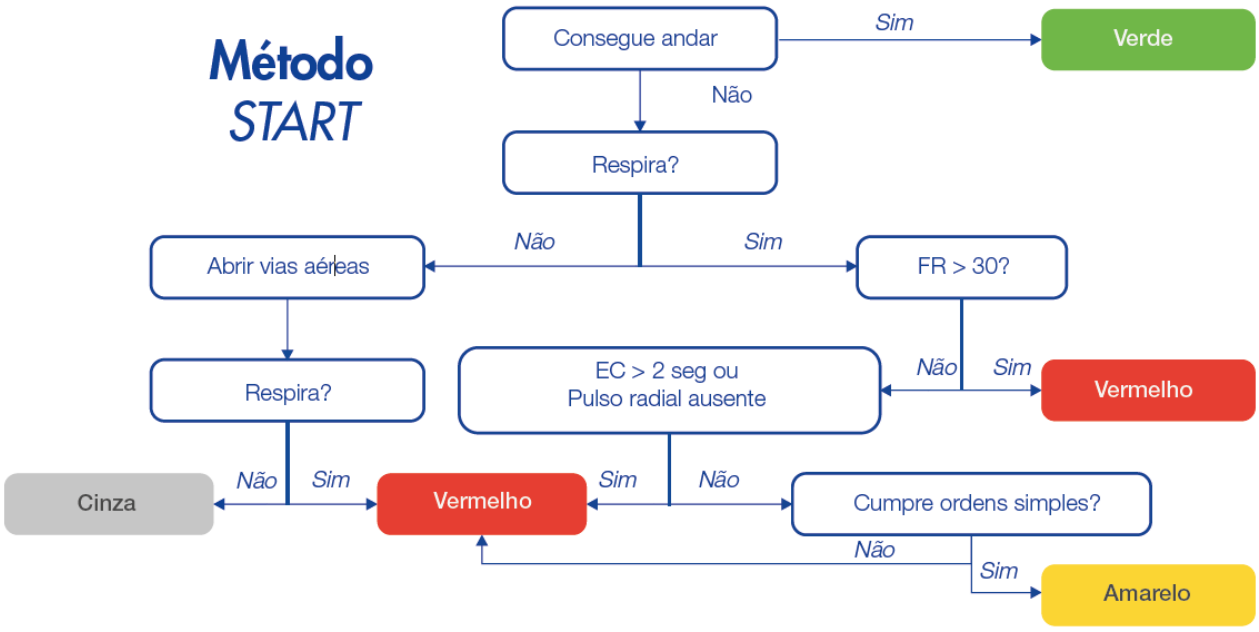
## PMV3 – TRIAGEM DE FOCO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Incidente de múltiplas vítimas (IMV) em andamento, com cena segura.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1);
2. Na cena segura, realizar a triagem das vítimas de acordo com o método START *(Simple Triage and Rapid Treatment);*




3. Classificar e identificar de forma visível todas as vítimas conforme prioridade de tratamento e transporte, utilizando identificadores de cores:

| | | |
|---|---|---|
| Imediato | Risco nas próximas 2 horas | VERMELHO |
| Pode Aguardar | Risco nas próximas 24 horas | AMARELO |
| Leve | Lesões leves ou sem lesões | VERDE |
| Morto/Inviável | | CINZA |

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1, PE2, PE3).
- À medida que a triagem se encerra, o(s) profissional(ais) envolvido(s) pode(m) ser empregado(s) em outras funções.
- Na cena insegura, somente profissionais treinados e com equipamento de segurança devem entrar na zona quente para a triagem e retirada das vítimas. Nesses casos, equipes de saúde devem ser designadas prioritariamente para o atendimento.
- A aplicação do método START consiste basicamente em:
  - Orientar verbalmente todas as vítimas que estejam andando pela cena do IMV (ou que consigam andar) para que saiam da cena e:
    - Identificá-los com a cor VERDE;
    - Direcioná-los para área mais apropriada.
  - Mover-se pela área onde estão as vítimas que restaram, avaliando rapidamente cada uma delas para

classificar e identificar segundo cores. Durante a avaliação, são permitidos procedimentos breves, como abertura de vias aéreas ou controle de sangramento intenso. A cada vítima encontrada:

- Avaliar a respiração:
  - Se a vítima não respira, realizar manobra manual de abertura de vias aéreas, verificar se há corpo estranho visível na boca e desobstruir se possível. Remover próteses dentárias se estiverem soltas.
    - Se não respira mesmo após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "CINZA";
    - Se respira após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "VERMELHO";
  - Se a vítima respira, verificar a frequência respiratória:
    - Frequência respiratória > 30, classificar e identificar como "VERMELHO";
    - Frequência respiratória < 30, seguir para avaliação do reenchimento capilar.
- Avaliar o reenchimento capilar ou a presença de pulso radial:
  - Enchimento capilar > 2 segundos ou pulso radial ausente, classificar e identificar como "VERMELHO";
  - Enchimento capilar ≤ 2 segundos ou pulso radial presente, seguir para avaliação da capacidade de cumprir ordens simples.
- Avaliar a capacidade de cumprir ordens simples: solicitar que a vítima realize um comando simples, por exemplo, "abrir e fechar os olhos" ou "apertar a mão":
  - Não cumpre ordens simples (inconsciente), classificar e identificar como "VERMELHO";
  - Obedece a comandos simples, classificar e identificar como "AMARELO";
  - Considerar o atendimento das vítimas no local da triagem, se seguro, ou sua distribuição pelas cores em uma Área de Concentração de Vítimas (ACV), organizada em área segura;

- As vítimas classificadas como cinza, inicialmente não devem ser removidas ou receber abordagem;
- Diante da disponibilidade de equipes e desde que as intervenções críticas das vítimas classificadas como vermelha e amarela tenham sido completadas, as vítimas classificadas como cinza deverão ser reavaliadas;
- O processo de classificação da vítima é dinâmico e pode ocorrer a reclassificação de prioridade conforme evolução clínica;
- Para identificação, recomenda-se a utilização de cartão de triagem ou outro recurso, como pulseiras e fitas, entre outros. O registro do atendimento das vítimas com as demais informações do cartão (nome, idade, sexo, prioridade, número, etc.) deve ser realizado assim que possível;
- As falhas de triagem podem ser decorrentes de: visibilidade comprometida; utilização de equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório (devido à alteração da percepção tátil e visual do profissional); estresse emocional do triador; estresse emocional da vítima (levando a hiperventilação); tempo decorrido entre a triagem e o transporte para a ACV.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

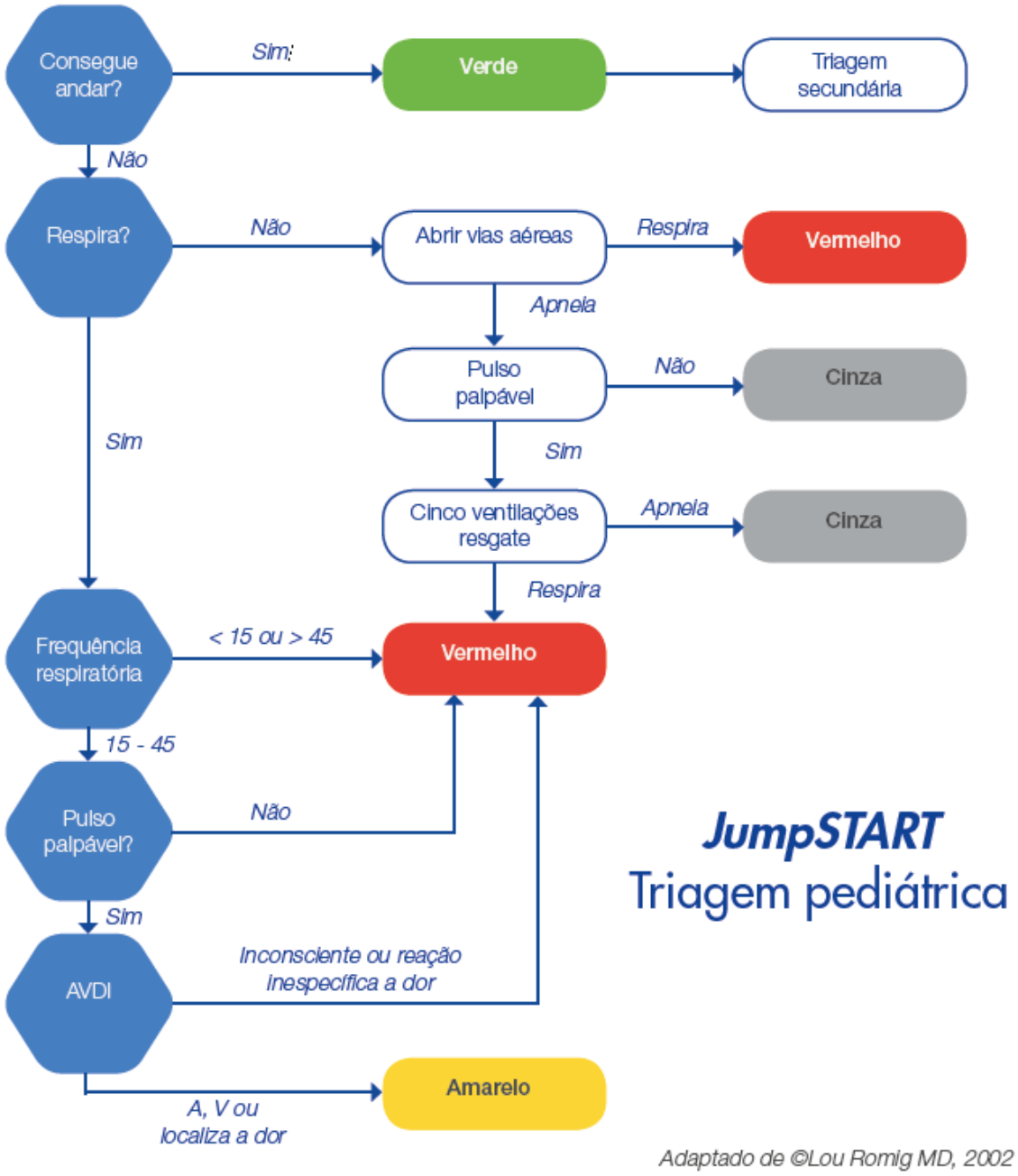
## PMV4 – TRIAGEM DE FOCO ENVOLVENDO CRIANÇAS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Incidente de múltiplas vítimas (IMV) em andamento, com cena segura, envolvendo crianças de até 8 anos de idade ou com características dessa faixa etária.

**Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena;
2. Na cena segura, realizar a triagem das vítimas de acordo com o método *JumpSTART (Simple Triage and Rapid Treatment for Children):*



3. Classificar e identificar as vítimas conforme prioridade de tratamento e transporte, utilizando identificadores de cores:

| | | |
|---|---|---|
| Imediato/Urgente | Risco nas próximas 2 horas | VERMELHO |
| Pode Aguardar | Risco nas próximas 24 horas | AMARELO |
| Leve | Lesões leves ou sem lesões | VERDE |
| Morto/Inviável | | CINZA |

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1, PE2, PE3).
- A triagem em IMV permite uma avalição rápida para classificar as vítimas e determinar as prioridades de retirada da zona quente (se necessário) e posicionamento na área de concentração de vítimas (ACV) com vistas ao atendimento ou transporte imediato segundo prioridades.
- Se uma vítima parece ser criança, use o método JumpSTART, se a vítima parece ser um adolescente ou adulto, utilize o método START.
- A utilização de uma ferramenta objetiva de triagem pediátrica pode auxiliar o profissional, reduzindo o impacto emocional normalmente presente no atendimento à criança.
- A ferramenta foi construída de maneira semelhante e paralela à estrutura do START, fazendo com que ele possa ser usado de forma simultânea ao START em uma cena de IMV que reúna adultos e crianças.
- A aplicação do método JumpSTART consiste basicamente em:
    - Orientar verbalmente todas as vítimas que estejam andando pela cena do IMV (ou que consigam andar), para que saiam da cena e:
        - Identificá-los com a cor "VERDE";
        - Direcioná-los para área mais apropriada, onde devem receber nova triagem (Triagem Secundária);
        - Crianças que saiam no colo de adultos capazes de deambular devem seguir assim para a área verde designada para o adulto, onde devem receber nova triagem (Triagem Secundária);
        - Crianças que ainda não deambulam ou que apresentam condição clínica pré-existente que não lhes permite deambular podem ser classificadas como verde, caso não preencham os critérios para uma vítima vermelha ou amarela.
    - Mover-se pela área onde estão as vítimas que restaram, avaliando rapidamente cada uma delas para classificar e identificar segundo cores. Durante a avaliação são permitidos procedimentos breves, como abertura de vias aéreas ou controle de sangramento intenso.
    - Nas crianças que permanecerem na cena, avaliar a respiração:
        - Se a vítima não respira, realizar manobra manual de abertura de vias aéreas, verificar se há corpo estranho visível na boca e desobstruir se possível.
            - Se respira, após abertura das vias aéreas, classificar e identificar como "VERMELHO";
            - Se não respira, após a abertura de vias aéreas, deve-se avaliar a presença de pulso palpável (janela de salvação). O pulso avaliado pode ser o de maior domínio para o profissional;
            - Se o pulso for ausente, consideramos a classificação como "CINZA";
            - Se o pulso for palpável, deve-se oferecer cinco ventilações de resgate, com dispositivo de barreira, na tentativa de restabelecer a respiração. Se a criança respirar após as ventilações, ela é considerada "VERMELHO". Caso contrário, ela é considerada "CINZA".

              Obs.: Após as cinco ventilações, se a criança retomar a ventilação, não devemos prosseguir com as ventilações e apenas classificar e prosseguir com a triagem.

            - Quanto às vítimas "CINZA" ou inviáveis, é preciso analisar também que, a menos que apresentem lesões características de morte óbvia, devem ser reavaliadas assim que as intervenções mais críticas nas vítimas "VERMELHO" e "AMARELO" estiverem finalizadas e/ou quando houver equipes de atendimento disponíveis.

- Se a vítima respira, verificar a frequência respiratória:
  - Se a criança respira com uma frequência abaixo de 15 ou acima de 45 rpm, é considerada "VERMELHO"; se está dentro da faixa entre 15 e 45 rpm, a presença de pulso é avaliada;
    - Na ausência de pulso, a criança é considerada "VERMELHO";
    - Na presença de pulso, avalia-se o estado mental por meio do método AVDI (alerta, verbal, dor, irresponsivo).
- Avaliar usando o método AVDI:
  - No método AVDI, se a criança estiver alerta ou responder a um chamado verbal ou a um estímulo doloroso com localização do estímulo e retirada proposital do estímulo, ela é considerada uma vítima "AMARELO";
  - Se não responder a nenhum estímulo ou responder com postura de descerebração ou decorticação, é considerada "VERMELHO";
- • Aspectos especiais:
  - Se a criança não andar por ausência de desenvolvimento para a função ou mesmo por deficiências e necessidades especiais, aplicar o JumpSTART como apresentado:
    - Se houver critérios para classificá-la como "VERMELHO", fazê-lo;
    - Se houver critérios para classificá-la como "AMARELO", analise rapidamente:
      - Se houver sinais de lesão significativa, como ferimentos penetrantes ou com perda de tecido, queimaduras importantes, sangramento incontrolável ou distensão abdominal, classificar como "AMARELO";
      - Na ausência desses sinais, será considerada "VERDE", mesmo sem andar. Nesse caso, a vítima deve permanecer na cena até ser transportada.
  - No Posto Médico Avançado (PMA) ou mesmo na zona quente, os acompanhantes podem não querer se separar das crianças que estão carregando. Nesses casos, ambos devem seguir para a zona correspondente ao mais grave.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## PMV5 – ORGANIZAÇÃO DA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE VÍTIMAS (ACV)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em situação de incidente com múltiplas vítimas cujas características levem à necessidade de alocar as vítimas segundo níveis de prioridade de atendimento e transporte para o hospital. Destacam-se, dentre outras, as seguintes características:

- Alto número de vítimas;
- Vítimas espalhadas por uma área extensa;
- Cena do incidente insegura ou instável;
- Otimizar os recursos humanos e materiais;
- Facilitar o gerenciamento da resposta;
- Facilitar as ações conjuntas com outras instituições.

**Conduta**

1. Organizar a área de concentração de vítimas (ACV) em local seguro (zona fria), o mais próximo possível do incidente e sempre que possível, com as seguintes características:
    - Isolada do público;
    - Adequada ao número de vítimas do incidente;
    - Acessível aos veículos de emergência (próximo ao bolsão de ambulâncias) e à rota de saída;
    - Passível de ampliação;
    - Local plano;
    - Fácil visibilidade;
    - Sentido do vento do posto médico avançado (PMA) para a zona quente (evitando fumaça e gases na área);
    - Adequada mobilidade da equipe no atendimento às vítimas;
    - Facilidade para montagem de equipamentos, materiais e medicamentos.
2. A ACV pode ser organizada com o posicionamento de lonas com cores similares às usadas na classificação do método START (*Simple Triage and Rapid Treatment* – vermelha, amarela, verde, cinza) e separadas umas das outras conforme os seguintes princípios gerais:
    - As áreas vermelha e amarela devem ser montadas próximas entre si e próximas da entrada de ambulâncias, para viabilizar a reclassificação e o posicionamento das vítimas se necessário, bem como facilitar a evacuação dessas vítimas;
    - A área verde deve ser mantida mais distante das anteriores para evitar que as vítimas circulem nas demais áreas, bem como evitar o desvio de atenção das equipes de atendimento;
    - A lona cinza ou preta deve ser colocada afastada das demais e da visibilidade do público.
3. As vítimas triadas, identificadas por cores e transportadas para a ACV, devem, se possível, receber uma nova triagem antes de serem posicionadas na área correspondente à sua cor.
4. São princípios básicos para o atendimento nas diferentes áreas:
    - Ao chegar na cena os profissionais devem se apresentar ao comando incidente (CI) portando seus equipamentos básicos (equipamento de proteção individual, mochilas, desfibrilador externo automático ou desfibriladores, prancha longa), dirigindo-se em seguida para a área de trabalho que lhe for designada;
    - Cada área de atendimento segmentada por cores deve possuir uma coordenação. Na área vermelha recomenda-se fortemente a coordenação por um médico de suporte avançado de vida (SAV). Se necessário, esse profissional poderá acumular a função de comando do IMV;
    - O atendimento deve considerar a realização de medidas de suporte à vida;
    - Qualquer necessidade de equipamento ou material adicional deve ser reportada ao coordenador de área.
5. São princípios básicos da evacuação/transporte para o hospital:
    - Todo o processo de evacuação deve ser acompanhado pela Regulação Médica, que é responsável, dentre outras ações, pela determinação da unidade de saúde de destino;
    - O coordenador das diferentes áreas deve identificar as vítimas prioritárias para o transporte;

- Cabe ao coordenador do ACV o contato com a Regulação Médica para a definição da unidade de saúde do destino;
- As vítimas vermelhas devem ter prioridade no transporte, que deve ser realizado sempre que possível com uma equipe completa de SAV. Se não houver médicos suficientes, a vítima deverá ser preparada o melhor possível para o transporte por um suporte básico de vida (SBV);
- Dependendo do volume de vítimas e da disponibilidade de ambulâncias, podem ser transportadas duas vítimas em uma mesma viatura. Vítimas vermelhas não devem ser transportadas em pares;
- Aeronaves aeromédicas de asa rotativa podem ser utilizadas nos casos de vítimas graves e que necessitem de recursos hospitalares mais complexos e/ou distantes;
- As vítimas amarelas podem ser transportadas por equipes de SBV e em duplas se possível, com vistas a otimizar os recursos;
- É fundamental que seja designado um responsável pelos registros de nome ou características da vítima, hospital de destino e equipe responsável pelo transporte;
- As vítimas verdes poderão ser transportadas por equipes de SBV ou prioritariamente por outros veículos disponíveis.

6. Realizar a desmobilização do ACV após o transporte do último paciente e sob o conhecimento e autorização do Comando do IMV.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolo PE1).
- A organização da ACV pode variar de acordo com a complexidade e magnitude do incidente.
- Na indisponibilidade de lonas coloridas para a identificação, qualquer outra forma de identificação das áreas vermelha, amarela, verde e cinza pode ser realizada. Exemplo: bandeirinhas.
- Na indisponibilidade do cartão padronizado que permite o controle nominal e numérico da entrada, saída e hospital de destino de vítimas, outra forma de anotação e controle deve ser estabelecida para registro do atendimento e dos dados de transporte.
- A triagem à entrada da ACV deve ser considerada, pois pode ocorrer um tempo longo entre a triagem inicial e o transporte para a ACV, o que aumenta a possibilidade de alteração na condição da vítima.
- Dependendo da magnitude do incidente e tempo de duração, poderá ser necessária a montagem de um PMA com possibilidade de estrutura física mais adequada, profissionais para coordenação e continuidade da assistência às vítimas.
- Dentre as situações que levam à necessidade de otimização de recursos humanos e materiais e que podem indicar a necessidade de montagem de uma ACV estão, dentre outras:
  - Número de equipes/ambulâncias limitado;
  - Distância do recurso hospitalar;
  - Tempo resposta e de transporte para o hospital (devido à distância, ao trânsito e ao tempo de retorno);
  - Tempo de duração do evento.
- Se houver disponibilidade de ambulâncias suficientes para o transporte imediato das vítimas da cena para o hospital, a Regulação Médica poderá ser acionada para a definição da unidade de saúde de destino, sem a necessidade de organização de uma ACV.
- Em caso de envolvimento de produtos perigosos, considerar os protocolos específicos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## PMV6 – INCIDENTES DE CONTAMINAÇÃO QUÍMICA EM MASSA (EM FINALIZAÇÃO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- 

**Conduta**

1. 

**OBSERVAÇÕES:**

- 

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## PMV7 – INCIDENTES DE CONTAMINAÇÃO BIOLÓGICA EM MASSA (adaptado para Coronavírus – SARS-CoV-2)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Em todos os casos onde algum agente infectocontagioso esteja envolvido, incluindo contaminação biológica em massa (guerra biológica) ou eventos epidêmicos.

**Conduta**

Regulação primária (paciente não se encontra em unidade de saúde OU unidade de saúde não dispõe de profissional médico)

1. Ao chamado para o número telefônico 192, o atendimento é iniciado pelo Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM). Uma vez que seja constatado que a urgência está relacionada a sintomas respiratórios (ex.: falta de ar, cansaço, respiração ruidosa, tosse etc.), o TARM acrescentará indagações que permitam descobrir se o paciente se enquadra no perfil de caso suspeito para infecção pelo SARS-CoV-2:
    - Paciente apresenta febre?
    - Paciente chegou de alguma viagem internacional no período das últimas duas semanas?
    - Paciente teve contato com alguma pessoa que tenha realizado viagem internacional no período das últimas duas semanas?
    - Paciente teve contato com alguma pessoa que seja caso suspeito/confirmado para infecção pelo novo SARS-CoV-2?
2. O Médico Regulador assume o caso e confirma se a solicitação se configura CASO SUSPEITO para o SARS-CoV-2 (veja abaixo em nas observações).
3. Em caso positivo, definir suporte necessário (orientação médica, Suporte Básico ou Avançado) e enviar recurso:
    - Se houver somente febre e sintomas gripais, orientar ficar em casa com tratamento sintomático;
    - Se houver dispneia, considerar enviar Unidade de Suporte Básico ou Intermediário;
    - Casos suspeito em unidade de saúde, levar para unidades que fazem testagem utilizando ambulância de Transporte Sanitário (TS); e
    - Reservar a Unidade de Suporte Avançado somente para pacientes graves avaliados em unidades de saúde que tenham FR › 35-40.

Regulação secundária (paciente encontra-se em unidade de saúde com atendimento médico)

1. Ao chamado para o número telefônico 192, o atendimento é iniciado pelo Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM). Após informação do solicitante de que o quadro se trata de caso suspeito de infecção pelo SARS-CoV-2, transfere-se imediatamente a ligação para o médico regulador, para que este mantenha contato direto com o médico assistente da unidade de saúde solicitante.
2. O médico regulador confirmará as informações que permitirão definir o quadro como casos suspeito para infecção pelo SARS-CoV-2 (ver a seguir em Observações).
3. Em caso positivo colher dados clínicos junto ao médico assistente para definir o padrão de suporte necessário (Suporte Básico ou Avançado).
4. Solicitar remanejamento do paciente para uma sala isolada, para atendimento individualizado, instalando máscara médica no paciente.

Equipes do Pré-hospitalar

1. Realizar o *check list* da ambulância verificando todos os itens de biossegurança e precaução de contato

necessários, para este atendimento estejam disponíveis para uso imediato[2];

- Aventais impermeáveis não estéreis com gramatura mínima de 50g/m$^2$;
- Máscaras cirúrgicas;
- Máscaras N95 ou PFF2;
- Óculos;
- Gorros impermeáveis;
- Protetor Facial
- Luvas não estéreis de assistência ao paciente.

2. Na preparação do veículo, reduzir e remover equipamentos e materiais não essenciais do veículo ou guardar equipamentos não essenciais em compartimento fechado antes da entrada do paciente no veículo. Isso reduz o tempo consumido na realização da limpeza terminal:
   - evite abrir armários e compartimentos, a menos que seja essencial; se for provável que seja necessário equipamento, remova-o do armário antes do paciente entrar na ambulância;
   - envelopar com plástico filme os equipamentos de suporte básico ou avançado que poderão ser utilizados no atendimento (oxímetro, desfibrilador, ventilador);
   - o ar-condicionado ou a ventilação deve ser configurada para extrair e não recircular o ar dentro do veículo;
3. Previamente ao deslocamento, informar-se das condições clínicas do paciente a ser transportado ou atendido e paramentar-se com o material de biossegurança recomendado:
   - Casos leves, que necessitam apenas de transporte sanitário (TS):
     i. Higienizar as mãos com água e sabão durante 40 a 60 segundos[3];
     ii. Passar álcool-gel nas mãos durante 20 a 30 segundos;
     iii. Colocar o avental descartável, amarrando-o na parte de trás;
     iv. Colocar a máscara cirúrgica descartável;
     v. Colocar os óculos de proteção;
     vi. Prender os cabelos (quando grandes) e colocar gorro descartável;
     vii. Colocar um par de luvas descartável;
     viii. Deslocar-se em TS para a ocorrência já com os EPI acima;
   - Em casos em que se precise de **Procedimentos Geradores de Aerossóis** – PGA (oxigenioterapia, aspiração de vias aéreas, colocação de dispositivos supraglóticos, entubação orotraqueal e reanimação cardiopulmonar) ou em pacientes graves, utilizar-se dos mesmos passos anteriores, trocando a máscara cirúrgica pela **máscara N95 ou PFF2** e, mantendo os óculos, **colocar o protetor facial após a colocação do gorro descartável**;
     i. Nesses casos, uma USB, USI ou USA será enviada, de acordo com decisão da regulação médica das urgências;
     ii. Homens devem estar sem barba, para perfeito encaixe e vedação da máscara N95 ou PFF2.
4. Ao acolher o paciente entregar-lhe uma máscara cirúrgica descartável e pedir que ele a coloque (se ele ainda não estiver com uma), podendo auxiliá-lo se necessário. O paciente, em momento algum, deverá retirar a máscara.
   - Evitar manipular caneta, telefone celular, óculos de grau ou outro objeto pessoal para evitar contaminação.
5. Guiar o paciente até o TS, acomodá-lo na parte traseira com cinto de segurança;
6. Medidas assistenciais:
   - Durante o transporte, realizar somente os procedimentos invasivos estritamente necessários à manutenção da vida.
     i. As equipes devem evitar o contato próximo desnecessariamente. Por contato próximo entende-se permanecer por mais de dois minutos a uma distância inferior a um metro de distância das vias aéreas do paciente (tempo suficiente para a medição de sinais vitais);
   - Caso utilize o respirador deve-se utilizar filtro de barreira biológica com eficiência de filtração de

[2] EPI mínimos necessários, segundo preconizados pela OMS, CDC americano, CDC Europeu, Ministério da Saúde, ANVISA e Exército Brasileiro.
[3] Ver manual da ANVISA (http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf), p. 60-63;

95%;
- Usar preferencialmente seringas com agulha retrátil conforme NR 35;

7. Sempre notificar previamente o serviço de saúde para onde o caso suspeito ou confirmado será encaminhado.
8. Conduzir o veículo com todas as janelas abertas, para evitar confinamento insalubre e aumentar a circulação e a troca de ar durante o transporte;
9. Após deixar o paciente na unidade de destino, a equipe deve retornar ao Centro de Serviços e Abastecimento do SAMUFor (CSA) onde todo material utilizado no atendimento (aventais, gorros, luvas, seringas, catéteres etc.) deve ser descartado ou reciclado;
10. Limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, durante no mínimo 1 minuto e seguindo procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos.
    - Retirar o EPI sempre sob observação de um companheiro para auxiliar no cuidado de evitar a contaminação:
        i. Retira o avental e luvas em conjunto, deixando-os ao avesso e enrolando-os para descarte;
            - Pode ser necessária a ajuda de outra pessoa para abrir o avental na parte posterior;
        ii. Passa álcool-gel nas mãos durante 20 a 30 segundos;
        iii. Retira o protetor facial (quando tiver sido colocado) para desinfecção apropriada;
        iv. Retira o gorro para descarte, a partir de sua parte posterior;
        v. Retira os óculos para desinfecção apropriada com cuidado para não tocar na face;
        vi. Passa álcool-gel nas mãos durante 20 a 30 segundos;
        vii. Retirar a máscara cirúrgica para descarte a partir de sua parte posterior, sem puxar para rasgar;
            - Se for a N95 ou PFF2, retirar pelos elásticos posteriores e acondicionar em plástico para reuso, fechando com fita adesiva;
            - Limpar e desinfetar o recipiente plástico com a N95 dentro com álcool 70% e em seguida as mãos com álcool-gel;
    - Higienizar as mãos com água e sabão durante 40 a 60 segundos.
11. Em caso de óbito no local, a equipe deve comunicar ao médico regulador, solicitar aos contatantes que se afastem, isolando-os bem como também a área, e permanecer no local até a chegada das autoridades competentes.
12. Em caso de óbito durante o transporte, prosseguir para o hospital de referência, ou outro local pactuado pela gestão local.
13. Registrar documentalmente todo os dados e intercorrências referentes ao atendimento tanto relativos ao paciente quanto à equipe de intervenção.
14. Higienizar a ambulância e equipamentos conforme protocolos PE23 (limpeza concorrente da ambulância), PE24 (limpeza de superfície) e PE34 (limpeza e desinfecção de equipamentos).

**OBSERVAÇÕES:**

- A via de transmissão pessoa a pessoa do SARS-CoV-2 é via gotículas respiratórias ou contato direto;
- Apenas o uso da máscara é insuficiente para proporcionar um nível adequado de proteção, sendo essencial a manutenção dos demais cuidados:
    - higienizar as mãos com frequência, lavando-as com água e sabão ou higienizando-as com desinfetantes para mãos à base de álcool a 75%;
    - quando tossir ou espirrar, cobrir a boca e o nariz com o cotovelo flexionado ou lenço - eliminar imediatamente o lenço e higienizar as mãos;
- O SARS-CoV-2 permanece viável em aerossol por até 3 horas[4] e pode sobreviver em superfícies como metal,

[4] VAN DOREMALEN, N. et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **New England Journal of Medicine**, p. NEJMc2004973, 17 mar. 2020. Disponível em https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2004973?query=RP

vidro e plástico por mais de 3 dias[5], mas pode ser eficientemente inativado em 1 minuto utilizando-se álcool a 62-71%, peróxido de hidrogênio a 0.5% ou hipoclorito de sódio a 0.1% [6];

- Embora não tenham sido realizados estudos clínicos para comparar aventais e macacões, **tanto o CDC americano[7] quanto o europeu[8] afirmam que aventais de mangas compridas impermeáveis, descartáveis e não estéreis são EPI apropriados para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19**:
  - o macacão é uma alternativa aceitável aos aventais ao cuidar e transportar pacientes suspeitos de COVID-19. Ambos foram utilizados efetivamente pelos profissionais de saúde em contextos clínicos durante o atendimento ao paciente;
    - A OMS afirma que o macacão não é necessário como EPI de rotina para profissionais que cuidam de pacientes com suspeita ou confirmados para COVID-19[9];
  - Os aventais são mais fáceis de vestir e, principalmente, de tirar. Eles geralmente são mais familiares aos profissionais de saúde e, portanto, têm mais probabilidade de serem usados e removidos corretamente. Esses fatores também facilitam o treinamento em seu uso correto;
  - O macacão geralmente oferece proteção de 360 graus porque foi projetado para cobrir todo o corpo, incluindo as costas e as pernas, e às vezes também a cabeça e os pés, mas são mais difíceis de tirar e por isso necessitam de mais treinamento no vestir e retirar;
  - Também se espera que o nível de estresse térmico gerado devido à camada adicional de roupas seja menor para os aventais quando comparados aos macacões;
- O uso de avental também está preconizado como EPI básico para profissionais de saúde pelo Ministério da Saúde, pela ANVISA[10] e pelo Exército Brasileiro[11];
- Informações atualizadas são disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: março/2020
1ª-5ª Revisão: março/2020

[5] VAN DOREMALEN, N. et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **New England Journal of Medicine**, p. NEJMc2004973, 17 mar. 2020.
[6] KAMPF, G. et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **Journal of Hospital Infection**, v. 104, n. 3, p. 246–251, 2020. Disponível em https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30046-3/fulltext
[7] Center for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Frequently Asked Questions about Personal Protective Equipment. Disponível em https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirator-use-faq.html
[8] ECDC. Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19. **ECDC Report**, n. February, p. 1–13, 2020. Disponível em https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-guidance-wearing-and-removing-personal-protective-equipment-healthcare-settings-updated.pdf
[9] WHO. Disponível em https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-infection-prevention-and-control-for-health-care-workers-caring-for-patients-with-suspected-or-confirmed-2019-ncov
[10] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Nota Técnica Nº 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem Ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (2019- nCoV). p. 1–32, 2020.
[11] EXÉRCITO BRASILEIRO, M. DA D. **Sugestão de Procedimentos para Utilização de Equipamento de proteção individual (EPI) pelos Militares empregados no Combate ao Coronavirus**. Rio de Janeiro: [s.n.].

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS EM TRAUMA DE SBV

## BT1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: PACIENTE COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

e

**Conduta:**

1. Garantir a segurança do local (Protocolo PE1);
2. Abordar o paciente frontalmente, avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical e iniciar verificação da respiração;
3. Avaliar as vias aéreas:
    - manter as vias aéreas pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral;
    - considerar o uso de cânula orofaríngea;
    - iniciar $O_2$ por máscara facial com reservatório, 10 a 15 l/min;
    - estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical; e
    - colocar o colar cervical assim que possível;
4. Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:
    - avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular;
    - expor o tórax e avaliar o padrão ventilatório (superficial ou profundo; lento ou rápido; silencioso ou ruidoso);
    - avaliar a simetria na expansão torácica;
    - observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;
    - avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;
    - no paciente com ventilação anormal, realizar a palpação de todo o tórax;
        - avaliar a presença de escapes de ar e/ou enfisema subcutâneo;
    - considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 rpm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Avaliar a circulação (presença de hemorragia e avaliação da perfusão):
    - controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado);
    - avaliar o reenchimento capilar (normal até 2 segundos);
    - avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);
    - avaliar pulso central e radial:
        - Pulso radial ausente e pulso central presente, seguir Protocolo de Choque (Protocolo BT4);
        - Pulso radial ausente e pulso central ausente, seguir com Protocolo de PCR (Protocolo BC5);
6. Avaliar o estado neurológico:
    - aplicar a Escala de Coma de Glasgow (Protocolo BP14);
    - avaliar diâmetro pupilar (isocóricas, anisocóricas, mióticas, midriáticas) e fotorreatividade (fotorreagentes ou não fotorreagentes);
7. Expor com prevenção e controle da hipotermia:
    - Cortar/descosturar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias;
    - Proteger o paciente da hipotermia com auxílio de manta aluminizada;
    - Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex.: desligar o ar condicionado da ambulância);
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas;
- Repetir avaliações durante o transporte até chegada ao hospital.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Abril/2015
2ª Revisão: Novembro/2016

# BT2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA: PACIENTE COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada após a realização da Avaliação Primária (Protocolo BT1).

**Conduta:**

1. Realizar entrevista **SAMPLA** (com o paciente, familiares ou terceiros)
   - Nome e idade;
   - Queixa principal;
   - **S**: verificação dos sinais vitais
     - Frequência respiratória
     - Frequência de pulso
     - Pressão arterial
     - Pele (temperatura, cor, turgor e umidade)
   - **A**: história de alergias;
   - **M**: medicamentos e/ou tratamentos em uso;
   - **P**: passado médico/prenhez (gravidez) – problemas prévios de saúde ou doença atual;
   - **L**: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos; e
   - **A**: ambiente do evento?

2. AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR
   - Instalar a oximetria de pulso, se disponível; e
   - Mensurar a glicemia capilar, se disponível.

3. EXAME DA CABEÇA AOS PÉS, FRENTE E DORSO
   - Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade.
   - Propedêuticas a serem utilizadas: Inspeção seguida de palpação.
     - Cabeça e face:
       - inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar) nariz e boca;
       - observar alterações na coloração e temperatura da pele.
     - Pescoço:
       - avaliar região anterior e posterior;
       - avaliar em especial se há distensão das veias e/ou desvio de traqueia.
     - Tórax:
       - observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e de fúrcula, movimentos assimétricos, afundamentos, ferimentos incluindo o sinal do cinto de segurança etc.
     - Abdome:
       - observar contusões ou lesões abertas, distensão abdominal, dor à palpação e ao rechaço, abdome em tábua e sinal do cinto de segurança.
     - Pelve:
       - observar sangramentos, contusões ou lesões abertas, realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade realizando compressão lateromedial e ântero-posterior.
     - Membros:
       - observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar)
       - avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se não houver suspeita de lesão;
       - avaliar a sensibilidade;
       - sempre realizar a avaliação comparando um membro com o outro.

- Dorso (se possível):
  - inspecionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, ferimentos;
  - palpar processos espinhosos durante o posicionamento na prancha longa em busca de dor.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma na busca das lesões;
- Nos pacientes em situação crítica algumas etapas podem ser suprimidas;
- Retomar avaliação primária a qualquer momento se deterioração do quadro clínico do paciente.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

# BT3 – AVALIAÇÃO DA CINEMÁTICA DO TRAUMA (PADRÃO BÁSICO DE LESÕES)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes de trauma com o objetivo de relacionar o mecanismo do trauma à presença de lesões específicas, ampliando a capacidade de suspeição para a presença de lesões e a tomada de decisão.

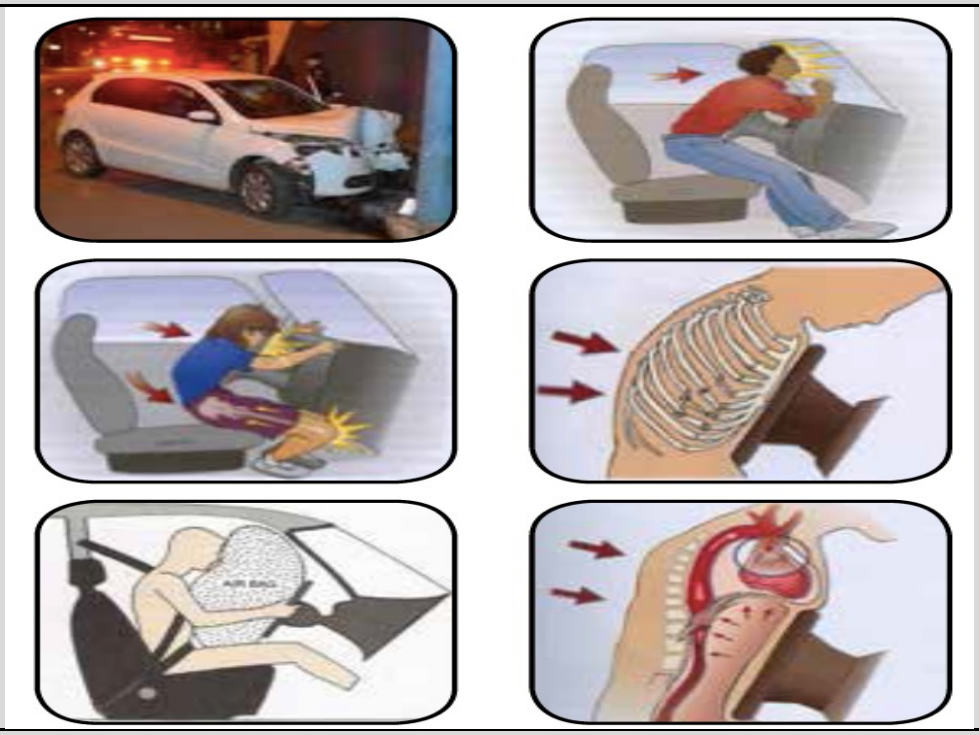
**Conduta:**

- Avaliar aspectos de cada tipo de trauma.:

**OBSERVAÇÕES:**

1. COLISÕES AUTOMOBILÍSTICAS:

- Avaliar aspectos gerais:
  - Como se apresenta o local?
  - Número de veículos?
  - Tipo de veículo?
  - Número de pacientes envolvidos?
  - Adultos? Crianças?
  - Quem atingiu o que?
  - Direção do impacto?
  - Houve frenagem?
  - Velocidade aproximada?
  - Pacientes utilizavam dispositivos de segurança? *Airbag* acionado? Capacete?
  - Ocupantes foram ejetados? Colidiram com algo?
  - Estragos no carro?
  - Considerar os padrões de lesão esperadas segundo os diferentes tipos de impacto:



**Impacto Frontal**

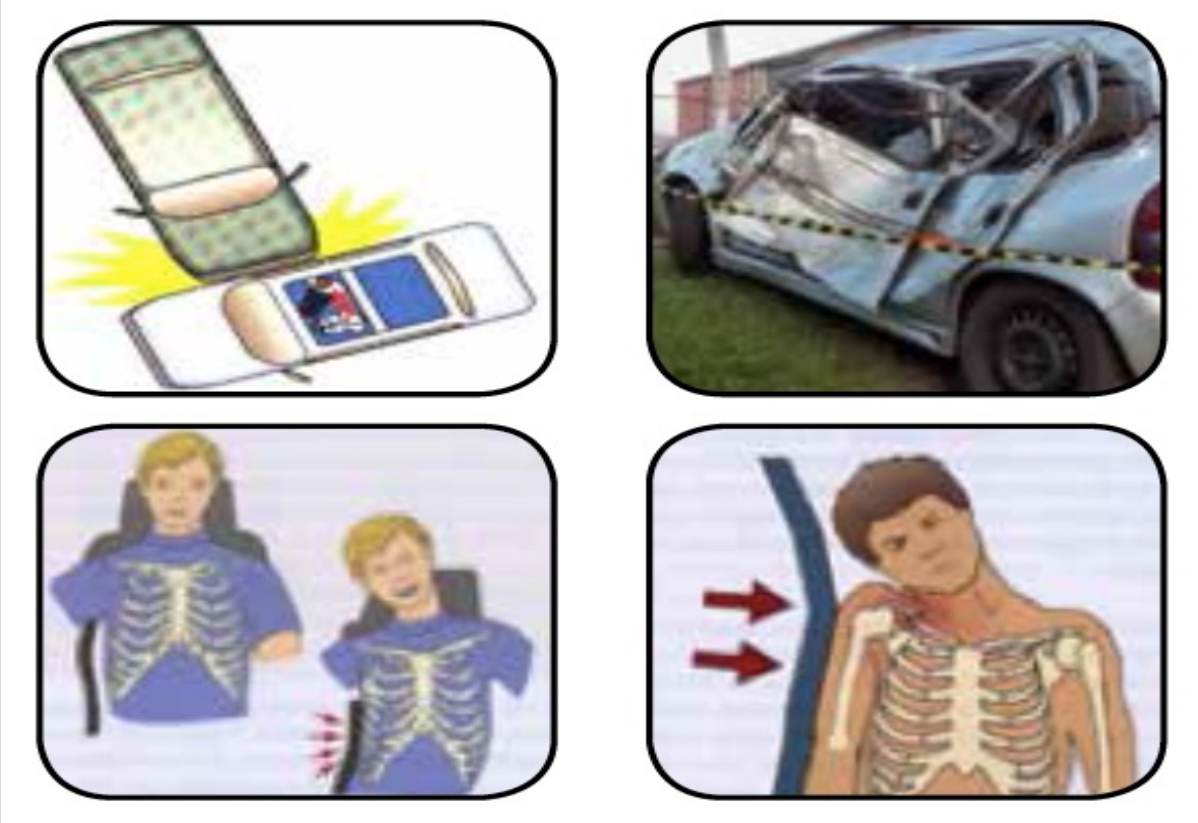
**Lesões esperadas:**

- fratura de coluna cervical;
- tórax instável anterior;
- contusão miocárdica;
- pneumotórax;
- secção de aorta;
- lesão de baço ou fígado;
- fratura ou luxação de quadril e/ou de joelho e tornozelo;
- ejeção.

OBS.: Considerar a trajetória possível: por cima do volante (cabeça em direção ao para-brisa) ou por baixo do volante (cabeça em direção ao painel).

**Achados no veículo:**

- deformidade na parte anterior;
- deformidade no volante;
- marcas no painel;
- para-brisa em "olho de boi";
- *airbag* acionado.



**Impacto Lateral**

**Lesões esperadas**:

- fratura de clavícula;
- fratura de costelas;
- contusão pulmonar;
- pneumotórax;
- compressão de órgãos sólidos;
- entorse contralateral do pescoço;
- fratura de coluna cervical;
- fratura de pelve ou acetábulo.

Achados no veículo:

- intrusão da porta

• intrusão de painel lateral





**Impacto Traseiro**

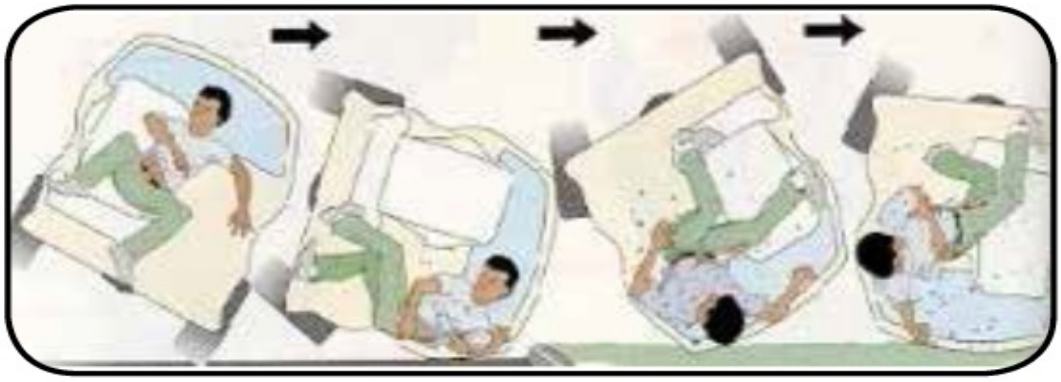
**Lesões esperadas:**

• lesão de coluna por hiperextensão (chicote).

**Achados no veículo:**

• intrusão da parte posterior do veículo alvo.

OBS: Avaliar posição do encosto de cabeça.



**Capotamento**

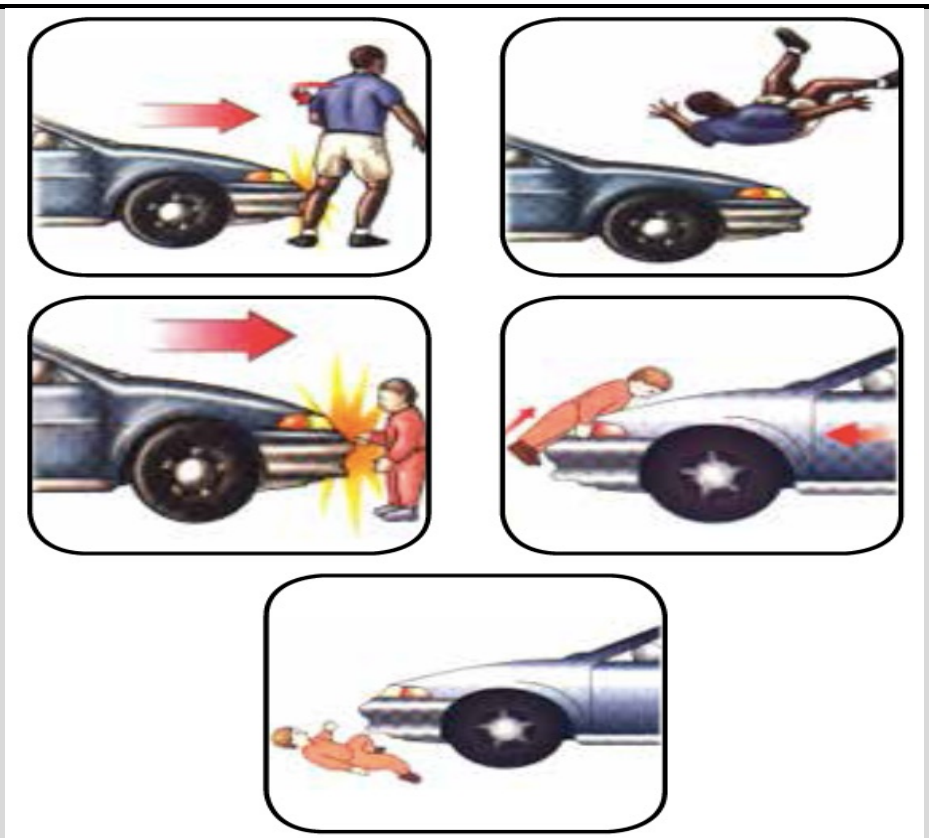
**Lesões esperadas:**

• lesões variadas derivadas dos diferentes impactos sofridos;
• lesões de órgãos internos mesmo com uso de restritores de segurança;
• ejeção.

**Achados no veículo:**

• impactos de ângulos diferentes

OBS: A ejeção coloca o paciente no grupo de risco de praticamente todo tipo de lesão e a mortalidade aumenta consideravelmente.



2. ATROPELAMENTO:

**Avaliar:**
- 3 impactos no adulto: contra MMII e quadris; tronco contra o capô; paciente contra o chão;
- peso e altura do paciente em relação à altura do veículo.

**Lesões esperadas:**
- traumatismo craniano;
- traumatismo raquimedular;
- lesões torácicas e abdominais;
- fraturas das extremidades inferiores;
- projeção.

**Achados no veículo:**
- intrusão da parte anterior.
- para-brisa quebrado.




3. COLISÕES DE MOTOCICLETA:

**Lesões esperadas:**
- traumatismo craniano;
- traumatismo raquimedular;
- lesão de MMII;
- lesões torácicas e abdominais;
- fraturas das extremidades inferiores;

OBS: Por não haver contenção, há alto risco de ejeção e suas lesões decorrentes.

**Achados:**
- sinais de impacto no capacete e no guidão

4. QUEDA:

**Avaliar aspectos gerais:**
- estimar a altura da queda, superfície sobre a qual o paciente caiu e qual a primeira parte do corpo que entrou em contato com a superfície;
- alturas superiores a 3x a altura do paciente são graves

**Lesões esperadas:**
- síndrome de Don Juan: quando as primeiras partes a atingirem o solo forem os pés (lesão de calcâneos, tornozelos, tíbias, fíbulas, joelhos, ossos longos e quadril);
- traumatismo craniano;
- lesões torácicas e abdominais.
- se o paciente cair para a frente sobre as mãos espalmadas:: fratura de extremidades superiores.
- se cair de cabeça: traumatismo raquimedular.

5. FERIMENTOS PENETRANTES:

**Avaliar aspectos gerais:**
- tipo de objeto: Alta energia (fuzis e metralhadoras), média energia (revolveres e rifles) e baixa energia (faca e picador de gelo);
- distância do agressor;
- armas de baixa energia: sexo do agressor, lesão=trajetória, arma foi removida? órgãos próximos?;
- armas de média energia: a cavidade temporária é 3 a 5 x maior que o projétil, considerar ainda perfil desconhecido do projétil, rolamento e fragmentação;
- armas de alta energia: a cavidade temporária é até 25 x maior que o projétil; considerar ainda perfil desconhecido do projétil, rolamento e fragmentação;

- local do ferimento (único ou múltiplo?);
- características dos ferimentos externos.

6. LESÕES POR EXPLOSÃO:

**Avaliar aspectos gerais:**

| LESÕES POR EXPLOSÃO | |
|---|---|
| Primárias: onda de pressão atinge o paciente com velocidades de até cerca três quilômetros /segundo. | Padrão de lesão: amputação traumática de membros, sangramento pulmonar, pneumotórax, embolia gasosa, laceração de pequenos vasos, rotura de tímpano, PCR e explosão de pulmão. |
| Secundárias: paciente é atingido por fragmentos primários, secundários ou ambos, que voam e podem tornar-se projeteis. | Padrão de lesão: ferimentos penetrantes, lacerações e fraturas, feridas cutâneas superficiais, lesões torácicas e oculares. |
| Terciárias: quando o paciente é arremessada contra um objeto (torna-se um projétil), podendo ser atirada contra outros objetos ou ao chão. | Padrão de lesão: semelhantes às lesões que ocorrem em pacientes ejetados de um carro ou que caem de alturas significativas. |
| Quaternárias: lesões provocadas por calor e gases oriundos da explosão. | Padrão de lesão: queimaduras, lesões por inalação e até asfixia. |
| Quinárias: causadas por aditivos colocados nas bombas, como bactérias, radiação e substâncias químicas e ataque suicida com homem-bomba. | Padrão de lesão: lesões por encravamento por restos humanos (ossos do homem bomba), possíveis doenças infecciosas. |

7. SUSPEITAR DE TRAUMATISMO GRAVE:

- Em quedas > 1,5 vezes a altura do paciente;
- Atropelamento;
- Colisões com veículos a mais de 30 Km/hora;
- Ejeção do paciente;
- Morte de um ocupante de veículo acidentado;
- Danos graves ao veiculo;
- Capotamentos;
- Ferimentos penetrantes de cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve e coxa.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT4 – CHOQUE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Reconhecimento dos sinais e sintomas.

**Critérios e tipos de choque**

| | |
|---|---|
| Temperatura da pele | Fria, úmida, pegajosa |
| Coloração da pele | Pálida ou cianótica |
| Pressão arterial | Diminuída (PAS < 90 mmHg) |
| Nível de Consciência | Alterado |
| Enchimento capilar | > 2 seg |
| Frequência cardíaca | Aumentada (> 100 bpm) |
| Frequência respiratória | Alterada (< 8 ou > 28 rpm) |

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para:
   - avaliar responsividade;
   - manter via aérea pérvia;
   - estabilizar coluna cervical, se suspeita de trauma;
   - Oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%; e
   - identificar e controlar sangramentos, se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
   - entrevista SAMPLA;
   - monitorizar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais;
   - realizar a prevenção de hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância; e
   - remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor;
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada
   - Aguardar orientações da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- No APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizado em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

A orientação médica para o SIV pode incluir:

- **Instalar um acesso venoso de grosso calibre (*jelco* 14, 16, 18):**
  - em região antecubital, de preferência.
  - Se o acesso for difícil, realizar punção intra-óssea;
- **Administrar solução cristalóide:**
  - Ringer Lactato (1ª escolha) ou SF 0,9% nas seguintes condições:
    - **No adulto**: até o aparecimento do pulso radial ou uma PAS de 90 mmHg (dose máxima no APH =2 litros)
    - **Na criança**: infundir rapidamente 20 ml/kg (em menos de 20 minutos) de solução cristaloide; repetir o mesmo volume por 2 vezes (totalizando 3 infusões) se persistirem os sinais de choque;
- **Não usar solução com glicose**, visto que é esperada a hiperglicemia endógena durante o choque.

- O transporte da vítima não deve ser retardado para a obtenção de acessos venosos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT5 – TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- na avaliação da cinemática do trauma há suspeita de acometimento direto da região craniofacial.
- na avaliação da cinemática do trauma há acometimento indireto da região craniofacial por mecanismos de aceleração e desaceleração.
- em todos os pacientes trauma com alteração do nível de consciência.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para:
   - garantir a estabilização manual da coluna cervical;
   - garantir permeabilidade de via aérea;
   - administrar $O_2$ em alto fluxo para manter oxigenação adequada:
     - Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
   - avaliar precocemente a Escala de Coma de Glasgow;
   - Controlar sangramentos externos; e
   - Prevenção da perda de calor corporal.
2. Realizar a avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
   - avaliação dos sinais vitais;
   - histórico de convulsões, diabetes, AVC, uso de drogas ilícitas e/ou álcool;
   - monitorizar a oximetria de pulso;
   - avaliação da glicemia capilar;
   - exame da cabeça e coluna;
   - avaliação das pupilas (se assimetria > 1mm, pesquisar sinais focais);
   - repetição seriada da Escala de Coma de Glasgow; e
   - avaliação da motricidade (déficits motores).
3. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte; e
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas em outros segmentos
- No exame da cabeça e pescoço manter atenção para a ocorrência de outros sinais de gravidade do TCE:
  - sinais de perda liquórica;
  - presença de fraturas abertas ou sinais de fratura de base de crânio; e
  - exposição de tecido cerebral ou ferimentos extensos de couro cabeludo.
- Se $SatO_2$ < 94, se Escala de Coma de Glasgow < 10, se sinais vitais alterados, informar precocemente à Regulação Médica..

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT6 – TRAUMA DE FACE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Na presença de trauma direto na face, com queixa de dor e presença de edema, ferimentos, sangramentos, deformidades, hematomas, equimoses, alterações visuais e de abertura bucal.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para a manutenção da permeabilidade da via aérea e a ventilação adequada
2. Oferecer $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
3. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
4. Controlar hemorragias de tecidos moles; cobrir as feridas com gazes ou compressas estéreis;
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
6. Imobilizar com bandagens ou faixas, envolvendo a mandíbula e o crânio.
7. Manter a atenção para a ocorrência de sinais e sintomas de choque e/ou rebaixamento de consciência;
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas, em especial lesões de coluna cervical e TCE.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT7 – TRAUMA OCULAR

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Trauma no olho com ferimento, queimadura, corpo estranho, hematoma, sangramento e/ou enucleação.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e avaliação secundária (Protocolo BT2).
2. Estabelecer a conduta adequada para cada situação:
   - Ferimento: cobrir o globo ocular com gaze umedecida em SF e proteger o local;
   - Queimadura química: realizar irrigação copiosa com água ou SF, iniciando o mais rápido possível; manter a irrigação durante o trajeto para o hospital ou por um tempo mínimo de 20 min; cuidar para que o outro olho não seja atingido pelo líquido da irrigação, realizando a lavagem do canto nasal para o canto auricular. Nas lesões por qualquer produto químico em pó, realizar limpeza mecânica cuidadosa das pálpebras e face com gaze e depois iniciar a irrigação contínua dos olhos, mantendo-a durante o trajeto para o hospital;
   - Queimadura térmica: resfriar, irrigando com SF; em seguida, cobrir os dois olhos com gaze umedecida em SF;
   - Corpo estranho: não remover o corpo estranho ou só fazê-lo se estiver solto, usando irrigação com SF; se o corpo estranho estiver cravado, estabilizar o objeto (no mínimo em 1/3 da porção externa do objeto); não exercer pressão direta sobre qualquer ferimento no globo ocular; não fazer curativo compressivo em olho com sangramento; cobrir os dois olhos com curativo estéril se for necessário impedir o movimento ocular; e
   - Enucleação: não tentar recolocar o globo ocular enucleado dentro da órbita; cobrir o globo ocular com gaze umedecida com SF e proteger o local; realizar curativo oclusivo nos dois olhos.
3. Considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

# BT8 – PNEUMOTÓRAX ABERTO (FERIMENTO ABERTO NO TÓRAX)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Lesão aberta no tórax com franca comunicação entre o ar ambiente e a cavidade pleural, evidenciada pela visível passagem do ar através do ferimento. Geralmente é produzido por objetos perfurantes ou lesões por armas de fogo ou arma branca e, ocasionalmente, por trauma contuso.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para:
   - avaliação da ventilação: presença de dispneia ou desconforto respiratório, taquipneia, presença de sinais de hipóxia (ansiedade e agitação ou apatia) e presença de cianose;
   - avaliação da parede torácica anterior e posterior (se possível) para detecção do ferimento; e
   - cobrir imediatamente o ferimento com curativo oclusivo com plástico ou papel metálico, com 3 pontos/lados de fixação.
2. Administrar $O_2$ para manter $SatO_2 \geq 94\%$.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
5. Manter atenção para a ocorrência de novo esforço respiratório após essa abordagem inicial.
6. Em caso de piora do esforço respiratório, remover o curativo de 3 pontos para permitir a descompressão da tensão acumulada, fixando-o novamente em seguida.
7. Considerar a possibilidade de ocorrência de parada respiratória. Nesse caso, iniciar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório após aplicação do curativo plástico (Protocolo BC4).
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas;
- Considerar ventilação com pressão positiva cuidadosa pelo risco de pneumotórax hipertensivo.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT9 – TRAUMA ABDOMINAL ABERTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Lesão aberta no abdome, com mecanismo de trauma sugestivo (arma de fogo, arma branca, acidentes com veículos a motor, atropelamento e outros).

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2).
2. Administrar $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Controlar sangramentos externos.
5. Providenciar cuidados com os ferimentos e objetos encravados ou empalados:
   - não devem ser movidos ou removidos no APH;
   - devem ser fixados e imobilizados para evitar movimentação durante o transporte;
   - se ocorrer sangramento ao redor do objeto, fazer pressão direta sobre o ferimento ao redor do objeto (com a própria mão e/ou compressas); e
   - não palpar o abdome para evitar maior laceração de vísceras.
6. Providenciar cuidados em caso de evisceração:
   - não tentar recolocar os órgãos de volta na cavidade abdominal, manter como encontrado; e
   - cobri-los com compressas estéreis umedecidas com SF e plástico especial para evisceração, quando disponível.
7. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas;
- Atentar para as lesões torácicas abaixo da linha mamária anteriormente, dorso abaixo da linha infraescapular e flanco (definido como área entre as linhas axilar anterior e posterior, do 6º espaço intercostal até a crista ilíaca), pois podem cursar com lesões de órgãos intra-abdominais.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT10 – TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Lesão fechada no abdome, com mecanismo de trauma sugestivo (acidentes com veículos a motor, atropelamento, violência interpessoal e outros), associado a alguns dos seguintes sinais ou sintomas:

- equimoses, contusões, escoriações e outras lesões no abdome;
- equimose linear transversal na parede abdominal (sinal do cinto de segurança);
- dor e sensibilidade à palpação abdominal;
- rigidez ou distensão abdominal; e
- sinais de choque sem causa aparente ou mais grave do que o explicado por outras lesões.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2).
2. Administrar $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas;
- Evitar a palpação profunda quando houver evidência franca de lesão, pois ela pode aumentar hemorragias e piorar outras lesões.
- Pode haver associação de trauma raquimedular no trauma abdominal fechado.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT11 – TRAUMA RAQUIMEDULAR

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Mecanismo de trauma sugestivo e presença de alguns sinais ou sintomas como:

- impacto violento na cabeça, pescoço, tronco ou na pelve por qualquer mecanismo (p. ex. agressões, encarceramento em escombros de desabamento);
- aceleração ou desaceleração repentina, inclinação lateral do pescoço ou tronco (p. ex., colisões de veículos motorizados em velocidade moderada a alta, atropelamento de pedestre, explosão);
- qualquer tipo de queda, especialmente em idosos;
- ejeção ou queda de veículo motorizado ou outro dispositivo de transporte (patinete, skate, bicicleta, moto etc.);
- acidente em águas rasas (p. ex. mergulho ou surfe);
- lesão na cabeça, com qualquer alteração do nível de consciência;
- dano significativo no capacete;
- lesão contusa importante no tronco;
- fratura por impacto ou outro tipo de desaceleração nas pernas ou quadril; e
- lesão na área da coluna (p. ex., ferimentos penetrantes).

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária e condutas indicadas (Protocolo BT1).
2. Administrar $O_2$ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) e condutas indicadas.
4. Considerar a possibilidade de Choque Neurogênico (hipotensão sem taquicardia e com vasodilatação periférica e consequente pele seca e quente): seguir protocolo específico (Protocolo BT4).
5. Realizar imobilizações necessárias:
   - na suspeita de lesão na coluna, imobilizar na posição supina (decúbito dorsal), alinhada e neutra, sobre prancha rígida (ou dispositivo similar de mesma finalidade), iniciando pela estabilização e alinhamento manual da cabeça (se não houver contraindicação) . Essa estabilização deve ser mantida durante todo o tempo até a colocação do fixador de cabeça;
   - o alinhamento da cabeça está contraindicado e deve ser interrompido quando ocorrer piora da dor referida, piora do padrão respiratório, resistência voluntária ao movimento, início ou aumento de déficit neurológico e espasmos dos músculos do pescoço. Nesses casos, imobilizar a cabeça na posição encontrada; e
   - paciente que se encontra dentro de veículo:
     - realizar a retirada rápida se paciente grave, cena insegura ou necessidade de acesso a outro paciente com lesões mais graves ou em PCR (Protocolo BP19 ou BP20);
     - utilizar equipamento de retirada tipo KED quando indicado ; e
     - após a retirada, imobilizar em prancha longa;
6. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas (protocolo BT3).
- Lembrar: o alinhamento cervical poderá não ser possível em casos de torcicolo congênito ou outra malformação ou em deformidades degenerativas pré-existentes.
- Se necessário, utilizar coxim para manter o alinhamento neutro da cabeça ou do tronco (nas crianças) e garantir a permeabilidade das vias aéreas.

- Paciente que se encontra em pé na cena também deve ser imobilizado, com instalação de prancha longa com técnica "em pé".

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT12 – TRAUMA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente de trauma de extremidades apresentando algum dos seguintes sinais ou sintomas: dor, ferimento, deformidade, crepitação, encurtamento, alterações sensitivas, vasculares ou motoras.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril.
4. Considerar breve limpeza/enxague dos ferimentos abertos com solução salina em caso de sujidade grosseira.
5. Cobrir ferimentos abertos com curativo estéril.
6. Avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.
7. Realizar a imobilização da parte afetada conforme técnica mais apropriada.
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT13 – FRATURA EXPOSTA DAS EXTREMIDADES

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente de trauma de extremidade apresentando:

- ferimento com exposição óssea; ou
- ferimento sem exposição óssea, associado a pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: deformidade, crepitação, encurtamento do membro, alterações sensitivas, vasculares e motoras.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril.
4. Considerar breve limpeza/enxague dos ferimentos abertos com solução salina em caso de sujidade grosseira.
5. Cobrir ferimentos abertos e/ou extremidades ósseas com curativo estéril.
6. Avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.
7. Realizar a imobilização do segmento afetado com ênfase para:
   - retorno à posição anatômica, exceto se presença de dor significativa e/ou resistência ao reposicionamento; e
   - escolha da técnica mais apropriada.
8. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização.
9. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas;
- O retorno à posição anatômica pode aliviar a compressão de artérias ou nervos e melhorar a perfusão e a função neurológica.
- Não recolocar o osso exposto para o interior do ferimento.
- Se as extremidades ósseas se retraírem para dentro da ferida durante a imobilização, anotar essa informação no prontuário de atendimento que deverá ser passada para a equipe do hospital.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## BT14 – AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando na avaliação de um membro traumatizado, o profissional se deparar com a perda/remoção de uma extremidade do corpo (total ou parcial).

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e da boa ventilação.
2. Controlar hemorragias no segmento afetado (iniciar com compressão direta e considerar o uso de torniquete).
3. Evitar manipular a ferida que não sangra (pode ser rompido o coágulo sanguíneo e ocorrer novo sangramento).
4. Cobrir ferimento com curativo compressivo seco.
5. Monitorar a oximetria de pulso.
6. Oferecer $O_2$ suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
7. Considerar a possibilidade de choque (Protocolo BT4).
8. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
9. Realizar cuidados com a parte amputada, se possível:
   - realizar breve limpeza com ringer lactato;
   - envolver em gaze estéril umedecida com ringer lactato;
   - colocar em saco plástico e identificar;
   - colocar o saco plástico em outro recipiente com gelo (não colocar a parte amputada em contato direto com gelo); e
   - transportar o segmento amputado ao hospital adequado junto com o paciente.
10. Realizar a mobilização cuidadosa e a considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
11. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos;
- Na identificação deve constar, no mínimo:
  - nome do paciente (se disponível);
  - segmento ou parte amputada; e
  - data e hora do evento.
- Os cuidados com a parte amputada visam aumentar o tempo de viabilidade do segmento amputado em caso de eventual reimplante.
- Não retardar o transporte na tentativa de localizar a parte amputada. Policiais ou outros auxiliares devem permanecer no local para procurá-la e devem ser orientados quantos aos cuidados e à forma de transportá-la, sendo informados sobre o hospital de destino do paciente.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## BT15 – TRAUMA DE PELVE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Trauma de pelve associado a alguns dos sintomas abaixo:

- dor na região;
- deformidades/crepitação/instabilidade da pelve; e
- presença de choque hipovolêmico.

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Administrar $O_2$ suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2$ < 94%.
4. Verificar pulsos distais.
5. Colocar o paciente sobre prancha longa utilizando, de preferência, a técnica de elevação à cavaleiro.
6. Imobilizar a pelve conforme técnica apropriada e complementar com a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3)
- Considerar a cinemática do trauma (protocolo BT3) e sempre buscar lesões associadas, em especial para coluna/bexiga/órgãos genitais e grandes vasos.
- Diante da deformidade visível da pelve, não realizar o exame da estabilidade do anel pélvico ou qualquer outra manipulação desnecessária, apenas realizar a imobilização.
- Mobilizar cuidadosamente.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT16 – SÍNDROME DO ESMAGAMENTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente de trauma por mecanismo de preensão de grande massa muscular de extremidades, causado por soterramento (colapso de estrutura), contenção em ferragens ou outro mecanismo que comprometa a circulação do membro e concorra para tempo prolongado de desencarceramento..

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e da boa ventilação.
2. Oferecer $O_2$ suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min;
3. Comunicar imediatamente à Regulação Médica para a avaliação da possibilidade de apoio do SAV e/ou para procedimentos.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
5. Monitorizar a oximetria de pulso;
6. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.
8. Relatar ao médico receptor no hospital de destino o tempo aproximado de encarceramento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- A síndrome do esmagamento é decorrente de traumas que geram pressão contínua e prolongada sobre uma extremidade corpórea e tem alta mortalidade.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT17 – SÍNDROME COMPARTIMENTAL

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente de trauma em extremidades decorrente de fraturas, traumas contusos de alta energia, esmagamento e queimaduras dentre outros, acompanhados dos seguintes sinais e sintomas:

- dor intensa e desproporcional à lesão e/ou parestesia (sinais precoces); e
- ausência de pulso, palidez e/ou paralisia (sinais tardios).

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Avaliar e remover imobilizações ou enfaixamentos circulares apertados.
4. Reavaliar a perfusão distal constantemente.
5. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
6. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Considerar que imobilizações aplicadas por tempo prolongado e/ou enfaixamento circular muito apertado (inclusive aparelho gessado) também podem levar à síndrome compartimental.
- Não realizar acesso venoso no membro afetado.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT18 – QUEIMADURA TÉRMICA (CALOR)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Na presença de lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos ou superfícies quentes.

Classificação das queimaduras de acordo com a profundidade (grau de profundidade e sinais):

- 1º Grau: Lesões apenas da epiderme: presença de eritema
- 2º Grau: Lesões da epiderme e parte da derme: presença de eritema + bolha
- 3º Grau: Lesões da epiderme e da derme: presença de pele branca nacarada

**Conduta:**

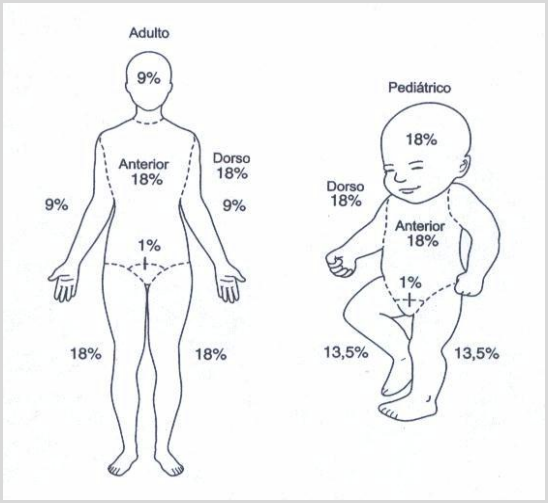
1. Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente;
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2);
3. No politraumatizado grave, priorizar o atendimento ao trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura e depois a queimadura;
4. Monitorizar a oximetria de pulso;
5. Manter permeabilidade das vias aéreas;
6. Observar o aspecto geral da face do paciente: cílios, sobrancelhas, pêlos do nariz e condições respiratórias, e informar à Regulação Médica;
7. Administrar oxigênio em alto fluxo;
8. Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas;
9. Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele;
10. Irrigar com SF em abundância (por no máximo 20 minutos), objetivando o resfriamento da área queimada; em seguida cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes;
11. Prevenir a hipotermia, preferencialmente com manta metálica;
12. Realizar a mobilização cuidadosa e, se outros traumas concomitantes, considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
13. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas, tais como: lesões traumáticas, queimaduras de vias aéreas, inalação de fumaça e resíduos tóxicos (ver protocolo específico);
- Não romper ou perfurar bolhas no APH.
- Determinação da área queimada pela Regra dos 9:

| ÁREA CORPORAL | % NO ADULTO | % NA CRIANÇA E BEBÊ |
|---|---|---|
| Cabeça e pescoço | 9 | 18 |
| MMSS | 9 (cada) | 9 (cada) |
| MMII | 18 (cada) | 13,5 (cada) |
| Tronco anterior | 18 | 18 |
| Tronco posterior | 18 | 18 |

| | | |
|---|---|---|
| Genitais | 1 | 1 |
| Total | 100 | 100 |
| | | |




(Fonte: Atendimento Pré-Hospitalar ao Politraumatizado. Tradução da 6ª edição, 2007, pg. 337)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BT19 – AFOGAMENTO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando houver tosse ou dificuldade respiratória ou parada respiratória decorrente de imersão/submersão em líquido, podendo estar associada a alguns dos seguintes sinais e sintomas:

- Dispneia (desconforto respiratório);
- Taquipneia (FR > 28 rpm) ou bradipneia (FR < 8 rpm);
- Hipóxia ou cianose;
- Respiração superficial;
- Espuma em cavidade nasal e oral;
- Inconsciência ou alteração do nível de consciência;
- Ausência de respiração;

**Conduta:**

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e avaliação secundária (Protocolo BT2)
2. Monitorar a oximetria de pulso;
3. Tranquilizar o paciente consciente;
4. No paciente em parada respiratória ou cardiorrespiratória, seguir protocolo específico (Protocolos BC4, BC5);
5. Administrar $O_2$ em alto fluxo objetivando manter $SatO_2 \geq 94\%$;
6. Na ausência de trauma associado ou diante da demora para o transporte, providenciar repouso em posição de recuperação;
7. Se trauma associado, realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
8. Controle da hipotermia: retirada das roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo;
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3);
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas;
- Atenção para a possibilidade de lesão de coluna cervical.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS EM OBSTETRÍCIA DE SBV

# BGO1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DA GESTANTE (AGRAVO CLÍNICO E TRAUMA)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de gestantes com agravo clínico ou de trauma.

**Conduta:**

1. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e a expansão torácica:
    - Se não responsivo e sem movimentos respiratórios, checar pulso central:
    - Se pulso ausente, iniciar RCP (Protocolo BC5) (PCR);
        - Considerar o deslocamento manual do útero para a esquerda, ou colocar o tronco da gestante em inclinação de 15 a 30 graus para a esquerda (coxim ou joelhos de um terceiro profissional);
    - Se pulso presente, abrir via aérea (VA) com manobras manuais (hiperextensão da cabeça e elevação do mento) e iniciar suporte ventilatório (Protocolo BC4 - Parada Respiratória).
    - Se não responsivo com movimentos respiratórios: garantir a permeabilidade de via aérea e considerar suporte ventilatório; e
    - Se responsivo, prosseguir avaliação.
2. Avaliar permeabilidade de VA e corrigir situações de risco com: hiperextensão da cabeça e elevação do mento, cânula orofaríngea, aspiração e retirada de próteses, se necessário.
3. Avaliar ventilação:
    - Padrão ventilatório (ritmo – rápido ou lento; e qualidade – silencioso ou ruidoso) e simetria da expansibilidade torácica; e
    - Iniciar a administração de $O_2$ por máscara o mais rápido possível;
4. Avaliar estado circulatório:
    - Considerar o deslocamento manual do útero para a esquerda, ou colocar o tronco da gestante em inclinação de 15 a 30 graus para a esquerda (coxim ou joelhos de um terceiro profissional);
    - Pulsos periféricos ou centrais (ritmo, amplitude, simetria) e tempo de enchimento capilar;
    - Pele: coloração e temperatura;
    - Presença de hemorragias externas de natureza não traumática;
    - Na presença de sangramento ativo considerar compressão direta, se possível; e
    - Na presença de instabilidade hemodinâmica, avaliar necessidade de reposição volêmica.
5. Avaliar estado neurológico:
    - Escala de Coma de Glasgow (Protocolo BP14);
    - Avaliação pupilar (isocóricas, anisocóricas, mióticas, midriáticas) e fotorreatividade (fotorreagentes ou não fotorreagentes).

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3) e a avaliação primária do adulto (Protocolos BC1 e BT1)
- O objetivo da avaliação primária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morte. Considera-se crítico toda gestante que apresentar alterações significativas em qualquer etapa da avaliação.
- Se a gestante for considerada crítica, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Para realizar permeabilidade de VA: considerar o uso de manobras manuais e o uso de dispositivos de abertura de via aérea. A colocação de cânula orofaríngea pode causar náusea e vômito com facilidade, devido ao esvaziamento gástrico retardado;
- A inclinação de 15 a 30 graus para a esquerda previne a bronco aspiração e auxilia na perfusão da gestante e do feto;
- A convulsão na gestante pode se dar por TCE, eclampsia ou por hipoperfusão;
- Repetir avaliação primária durante o transporte

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.
Elaboração: Agosto/2014 Revisão: Outubro/2014

## BGO2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DA GESTANTE (AGRAVO CLÍNICO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico, após a realização da Avaliação Primária e das intervenções específicas dessa fase do atendimento.

**Conduta:**

1. Realizar entrevista **SAMPLA** (com o paciente, familiares ou terceiros):
    - Nome, idade e histórico de paridade (gestações, paridades e abortamentos);
    - Tempo de gestação (última menstruação ou último ultrassom) e provável data do parto;
    - Realizou pré-natal? Procurar relação de alguma informação no cartão com a queixa atual;
    - Queixa atual (buscar por detalhes do início dos sintomas e relação com alguma atividade na ocasião, sem causar constrangimentos);
    - Perda vaginal atual; e
    - Presença de contração uterina, frequência e duração;
    - **S**: verificação dos sinais vitais:
        - Respiração (frequência, ritmo e amplitude) (Protocolo BP12);
        - Pulso (frequência, ritmo e amplitude) (Protocolo BP11);
        - Verificar pressão arterial (Protocolo BP10); e
        - Pele (temperatura, cor, turgor e umidade).
    - **A**: história de alergias;
    - **M**: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso;
    - **P**: passado médico – problemas de saúde nessa gestação ou doença prévia;
    - **L**: hábito alimentar recente e horário da última ingestão de líquidos ou alimentos; e
    - **A**: ambiente do evento.
2. Realizar avaliação complementar:
    - Gestação de 2º e 3º trimestre: posicionar em decúbito lateral esquerdo (DLE);
    - Casos de trauma – protocolo (inclina-se a prancha ou desloca manualmente o útero para a esquerda);
    - Sangramento ou perda de líquido: avaliar cor, volume e odor;
    - Instalar a oximetria de pulso, se disponível; e
    - Mensurar a glicemia capilar, se disponível.
3. Realizar o exame da cabeça aos pés:

    **Cabeça e face:**
    - Inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca; e
    - Observar alterações na coloração e temperatura da pele.

    **Pescoço:**
    - Avaliar região anterior e posterior; e
    - Avaliar, em especial, se há distensão das veias jugulares.

    **Tórax:**
    - Observar, em especial, se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e de fúrcula, movimentos assimétricos.

    **Abdome:**

- Avaliação de alguns parâmetros de envolvimento do feto: altura do útero (presunção do tempo gestacional), útero endurado (DPP) ou com contrações e presença de movimento fetal.

**Membros superiores e inferiores:**

- Observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar);
- Avaliar a força motora, solicitando que a gestante:
  - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.
  - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.

**Dorso** (se possível):

- Inspecionar e palpar processos espinhosos durante o posicionamento na prancha longa ou maca.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nas gestantes críticas ou se sua realização implicar em atraso de transporte.
- Objetivo específico da avaliação secundária: localizar alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias morfológicas, instabilidades hemodinâmicas, ruídos anômalos emitidos pelo paciente, alterações de motricidade e sensibilidade.
- Registrar detalhadamente os achados da avaliação secundária.

Dados complementares referentes aos questionamentos iniciais:

- Contrações dolorosas (início, intensidade, frequência - para prever a proximidade do período expulsivo, e descartar risco de ruptura uterina e deslocamento placentário).
- Perda de Sangue - Intensidade (risco de choque hipovolêmico), com ou sem dor (placenta prévia)
- Perda de líquido:
  - 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.

Considerar também (para efeitos de classificação de risco):

- Idade da paciente (os extremos de idades oferecem maior risco de complicações: abaixo de 14 e acima de 40 anos);
- Gestações pré-termo oferecem maior risco ao recém-nascido;
- Pacientes que não fazem pré-natal têm riscos aumentados de complicações obstétricas;
- Antecedentes de alerta : hipertensão e diabetes.

Outros sintomas relevantes associados a serem investigados:

- Tonturas, Síncopes, Convulsões
- Dispnéia, Escotomas.

Se um toque vaginal é realizado no local, esta tabela permite avaliar o tempo para parto com mais confiança:

| Dilatação | 1 parto | 2 partos | Multípara |
|---|---|---|---|
| **5 cm** | 4 horas | 3 horas | 1 hora e meia |
| **7 cm** | 2 horas | 1 hora | 30 minutos |
| **9 cm** | 1 hora | 30 minutos | a qualquer hora |
| **completa** | parto | parto | parto |

- Tempo < 1 hora: parto no local
- Tempo > 1 hora: transporte em DLE, oxigenioterapia, Soro Glicosado a 10%.

No parto domiciliar:

- Colocar a gestante em DLE e, se possível, em lugar limpo;
- Reservar cobertor limpo para aquecer o RN.

- A gestante deverá ficar em posição genupeitoral para o parto.
- A assistência ao RN deverá se dar conforme Protocolos BPed9 e BPed10.

Escore de Malinas:

| Pontos | Paridade | Duração do Trabalho de Parto | Duração das contrações | Intervalo entre duas contrações | Perda de líquido |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | um | ‹ 3h | ‹ 1 minuto | ‹ 5 minutos | não |
| 1 | dois | entre 3 e 5 h | 1 minuto | entre 3 e 5 minutos | recentemente (‹ 1h) |
| 2 | três ou mais | › 6h | › 1 minuto | ‹ 3 minutos (pelo menos 2 em 5 minutos) | › 1h |

Observações: com um mesmo escore, as multíparas parem mais rapidamente. Levar em conta o prazo de chegada até a maternidade:

- Escore ‹ 5: boa margem de tempo para o parto;
- Escore entre 5 e 7: indicado remoção por Unidade de Suporte Básico (USB)
- Escore › 7: Indicado acionamento de Unidade de Suporte Avançado (USA), principalmente se houver:
  - risco de parto iminente, trabalho de parto prematuro avançado, perdas sanguíneas acentuadas (choque hipovolêmico), eclâmpsia e pré-eclâmpsia (sinais premonitórios) ou (suspeita de) descolamento prematuro de placenta.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Setembro/2015
Revisão: Abril/2018

## BGO3 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO NÃO EXPULSIVO



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Gestação ≥ 37 semanas; e
- Presença de contrações regulares em intervalos de 3 a 5 minutos, com duração maior que 30 segundos; e
- Ausência de partes fetais na vulva.

**Conduta**

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BGO1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BGO2) com ênfase para:
   - Sinais vitais;
   - Entrevista direcionada:
     - Realização de pré-natal;
     - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
     - Histórico de paridade: número de filhos e partos anteriores;
     - Perda vaginal atual: muco, líquido ou sangue;
     - Presença de contração uterina, frequência e duração;
     - Presença de comorbidades: perguntar por doenças em tratamento;
   - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do trabalho de parto não expulsivo, comunicar a paciente e os familiares;
7. Preparar para o transporte, posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo ou posição mais confortável, sob aquecimento;
8. Manter atenção para a evolução do parto e a necessidade de assistência (Protocolo BGO4);
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- O objetivo das avaliações primária e secundária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morbimortalidade materno-fetal.
- Considerar a presença de: apresentações distócicas, síndrome hipertensiva, hemorragia, choque.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BGO4 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO IMINENTE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Idade gestacional ≥ 22 semanas;
- Presença de contrações fortes e frequentes (duas ou mais em 10 minutos);
- Presença de puxos espontâneos;
- Sensação de pressão no períneo;
- Visualização da distensão perineal e/ou da apresentação fetal na vulva.

**Conduta**

AVALIAÇÃO E PREPARAÇÃO PARA O PARTO

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BGO1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BGO2) com ênfase para:
    - Sinais vitais;
    - Entrevista direcionada:
        - Realização de pré-natal;
        - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
        - Histórico de paridade: número de filhos e tipo de partos;
        - Perda vaginal atual;
        - Presença de contração uterina, frequência e duração;
        - Presença de comorbidades.
    - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do parto iminente:
    - Realizar contato imediato com a Regulação Médica para passar as informações de forma sistematizada e receber orientações;
    - Considerar a realização do parto em ambiente domiciliar ou, quando em transporte, estacionar a viatura e realizar os procedimentos de assistência;
7. Reunir material mínimo necessário para a realização do parto:
    - 2 *clamps*
    - 1 lâmina de bisturi ou tesoura estéril
    - 2 pacotes de gaze estéril
    - 5 compressas
    - 2 sacos de plástico
    - 1 par de pulseiras de identificação [mãe e recém-nascido (RN)]
    - 2 mantas aluminizadas
    - 3 campos (mínimo)
    - Equipamentos de proteção individual (EPI): 2 pares de luva estéril; 2 pares de luva de procedimento; 1 avental descartável; máscara facial; luvas descartáveis e óculos de proteção

ASSISTÊNCIA AO PARTO IMINENTE

1. Utilizar EPI, iniciar com luvas de procedimento;
2. Posicionar a paciente adotando a posição que ofereça maior conforto:
    - Posição horizontal: decúbito dorsal horizontal com pernas e joelhos fletidos e afastados;
    - Posições não horizontais: cócoras ou Laborie-Duncan (decúbito dorsal elevado com maca verticalizada ao máximo, flexão e abdução dos membros inferiores);
    - Posição para pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral esquerdo com perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama ou maca (posição de Sims);

3. Higienizar períneo com soro fisiológico (SF) 0,9%, gazes e compressas estéreis se disponíveis;
4. Trocar luvas de procedimento por luvas estéreis;
5. Posicionar os campos sob os glúteos e abdome da paciente;
6. Durante o avanço da apresentação:
   - Proteger o períneo com uma das mãos com ajuda de uma compressa;
   - Controlar o desprendimento súbito do polo cefálico com a outra mão;
7. Avaliar a região do pescoço do RN para detectar a presença de circular de cordão umbilical. Em caso de presença de circular:
   - Se frouxa, liberar e desfazer com o dedo indicador;
   - Se tensa, clampear em dois pontos e cortar entre eles;
8. Acompanhar o desprendimento dos ombros. Na presença de distócia de ombro, considerar Protocolo BGO7;
9. Apoiar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com o campo, inclusive cabeça (exceto face) sem tracionar o cordão umbilical;
10. Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para clampear o cordão, exceto em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades (como HIV positivo), quando a ligadura precoce do cordão umbilical deve ser realizada em até 30 segundos;
11. Realizar o clampeamento do cordão umbilical:
    - 1º *clamp*: 15 a 20 cm a partir do abdome do RN;
    - 2º *clamp*: 3 a 4 cm a frente do 1º *clamp*;
    - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois *clamp* umbilicais;
12. Realizar a assistência ao RN (Protocolo BPed9);
13. Realizar identificação da mãe e do RN com pulseira com nome da mãe, sexo do bebê, hora de nascimento e data;
14. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos e condições do parto e RN no Prontuário de Atendimento. Abrir um Prontuário de Atendimento para a mãe e outro para o RN.
15. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento. Considerar as condições do RN para o transporte;
16. Se houver a dequitação, acondicionar a placenta em saco plástico e encaminhar junto com a paciente.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.
- Os campos podem ser cirúrgicos ou de TNT, de acordo com a disponibilidade do serviço.
- Em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades como HIV positivo, realizar ligadura precoce do cordão umbilical em até 30 segundos.
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em situações de boas condições clínicas do RN.
- Não recomendar amamentação do RN até a chegada ao hospital.
- Considerar a presença de: apresentações distócicas, síndrome hipertensiva, hemorragias, choque.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BGO5 – ASSISTÊNCIA AO PARTO CONSUMADO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Expulsão completa do RN com idade gestacional ≥ 22 semanas.

**Conduta**

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar a avaliação primária da mãe (Protocolo BGO1) e do RN (Protocolo BPed1) com ênfase para:
    - Padrão respiratório;
    - Presença de hemorragias externas;
5. Realizar entrevista direcionada:
    - Pré-natal;
    - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
    - Histórico de paridade;
    - Presença de comorbidades;
    - Tempo decorrido desde o nascimento;
6. Assistência ao parto consumado:
    - Apoiar o RN lateralizado sobre o abdome da mãe, cobrindo-o com o campo, inclusive cabeça (exceto face) sem tracionar o cordão umbilical;
    - Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para clampear o cordão, exceto em caso de sofrimento fetal, isoimunização ou comorbidades (como HIV positivo), quando a ligadura precoce do cordão umbilical deve ser realizada em até 30 segundos;
    - Realizar o clampeamento do cordão umbilical:
        - 1º clamp: 15 a 20 cm a partir do abdome do RN;
        - 2º clamp: 3 a 4 cm à frente do 1º clamp;
        - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois clamp umbilicais;
    - Realizar a assistência ao RN (Protocolos BPed9 ou BPed10);
    - Realizar identificação da mãe e do RN com pulseira com nome da mãe, sexo do bebê, hora de nascimento e data;
    - Observar a dequitação espontânea e a presença de hemorragias vaginais (Protocolo BGO8);
7. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito dorsal ou posição mais confortável sob aquecimento. Considerar as condições do RN para o transporte;
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos e condições do parto e RN no Prontuário de Atendimento. Abrir um Prontuário de Atendimento para a mãe e outro para o RN.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a presença de: síndrome hipertensiva, hemorragia, choque.
- Garantir contato pele a pele imediato e contínuo em situações de boas condições clínicas do RN.
- Não recomendar amamentação do RN até a chegada ao hospital.
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.
- Os campos podem ser cirúrgicos ou de TNT, de acordo com a disponibilidade do serviço

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BGO6 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO PREMATURO



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Idade gestacional a partir de 22 semanas e menor que 37 semanas;
- Presença de contrações regulares com intervalo de pelo menos 5 a 8 min.

**Conduta**

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BGO1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BGO2) com ênfase para:
    - Sinais vitais;
    - Entrevista direcionada:
        - Realização de pré-natal;
        - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
        - Histórico de paridade;
        - Perda vaginal atual;
        - Presença de contração uterina, frequência e duração;
        - Presença de comorbidades.
    - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do trabalho de parto prematuro, comunicar a paciente e os familiares;
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.
8. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo sob aquecimento;
9. Estar atento à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo BGO4).

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a presença de: apresentações distócicas, síndrome hipertensiva, hemorragia, choque.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BGO7 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO DISTÓCICO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Idade gestacional ≥ 22 semanas;
- Presença de contrações fortes e frequentes (duas ou mais em 10 minutos);
- Presença de puxos espontâneos;
- Sensação de pressão no períneo;
- Visualização da distensão perineal ou da apresentação fetal não cefálica (ombro, pelve, cordão umbilical ou membros).

**Conduta**

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BGO1);
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BGO2) com ênfase para:
    - Sinais vitais;
    - Entrevista direcionada:
        - Realização de pré-natal;
        - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
        - Histórico de paridade: número de filhos e tipo de partos;
        - Perda vaginal atual;
        - Presença de contração uterina, frequência e duração;
        - Presença de comorbidades.
    - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
6. Diante da caracterização do trabalho de parto iminente com apresentação distócica (não cefálica) comunicar a paciente e os familiares;
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.
8. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo sob aquecimento;
9. Estar atento à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo BGO4).

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Os serviços podem considerar a disponibilização de kits comerciais contendo materiais para a realização do parto e/ou recepção do RN.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BGO8 – HEMORRAGIA GESTACIONAL

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Gravidez suspeitada;
- Perda sanguínea transvaginal;
- Dor pélvica e/ou sinais de irritação peritoneal;
- Sinais de choque: palidez cutaneomucosa; taquicardia materna; hipotensão materna; rebaixamento do nível de consciência.

**Conduta**

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
5. Realizar avaliação primária (Protocolo BGO1) com ênfase para:
    - Avaliação do nível de consciência;
    - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
    - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se $SatO_2$ < 94%;
    - Avaliação quanto à presença de hemorragias externas (perdas vaginais);
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
    - Sinais vitais;
    - Entrevista direcionada:
        - Realização de pré-natal;
        - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
        - Histórico de paridade;
        - Perda vaginal atual;
        - Presença de contração uterina, frequência e duração;
        - Presença de comorbidades;
    - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
7. Na presença de choque, considerar Protocolo BC11;
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.
9. Preparar para o transporte posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo sob aquecimento;
10. Estar atento à evolução do parto e à necessidade de assistência (Protocolo BGO4).

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de síndromes hipertensivas ou parada cardiorrespiratória (PCR) da gestante, considerar protocolos correspondentes.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Junho/2016

## BGO9 – HEMORRAGIA PUERPERAL

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Perda sanguínea transvaginal excessiva no pós-parto;
- Perda sanguínea transvaginal;
- Dor pélvica e/ou sinais de irritação peritoneal;
- Sinais de choque: palidez cutaneomucosa; taquicardia materna; hipotensão materna; rebaixamento do nível de consciência.

**Conduta**

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal;
5. Realizar avaliação primária (Protocolo BGO1) com ênfase para:
    - Avaliação do nível de consciência;
    - Avaliação e garantia da permeabilidade das vias aéreas;
    - Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se $SatO_2$ < 94%;
    - Avaliação quanto a presença de hemorragias externas (perdas vaginais);
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo BGO2) com ênfase para:
    - Sinais vitais;
    - Entrevista direcionada:
        - Realização de pré-natal;
        - Histórico de paridade;
        - Presença de comorbidades;
        - Tempo decorrido desde o parto;
    - Inspeção da vulva (sangramentos, perdas líquidas e presença de partes fetais);
7. Na presença de choque considerar Protocolo BC11;
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.
9. Preparar para o transporte em posição mais confortável sob aquecimento;

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de síndromes hipertensivas ou parada cardiorrespiratória (PCR) considerar protocolos correspondentes.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BGO10 – SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente com Idade gestacional ≥ 20 semanas associada a:

- Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg; e/ou
- Pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

Podem estar presentes:

- Histórico de proteinúria
- Sinais de gravidade:
  - Cefaleia, tontura, confusão mental;
  - Distúrbios visuais (diplopia, escotomas, visão turva);
  - Epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos;
  - Dispneia e/ou dor torácica retroesternal;
  - Sangramento vaginal;
  - Diminuição do volume urinário diário.

ATENÇÃO: A evolução da pré-eclâmpsia pode levar a convulsão e/ou coma, caracterizando a eclâmpsia

**Conduta**

1. Garantir privacidade para a paciente;
2. Solicitar a presença de um acompanhante autorizado pela paciente, sempre que possível;
3. Informar e solicitar o consentimento da paciente para a realização de todos os procedimentos;
4. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo
5. Realizar avaliação primária (Protocolo BGO1), com ênfase em:
   - Avaliação do nível de consciência;
   - Proteção das vias aéreas: considerar intubação orotraqueal, quando houver rebaixamento do nível de consciência;
   - Presença de hemorragias externas e perdas vaginais.
6. Realizar avaliação secundária (Protocolo BGO2), com ênfase em:
   - Sinais vitais;
   - Monitorar respiração, oximetria de pulso e pressão arterial.
   - Anamnese obstétrica:
     - Realização de pré-natal;
     - Idade gestacional e/ou data provável do parto;
     - Histórico de paridade;
     - Perda vaginal atual;
     - Presença de contração uterina, frequência e duração;
     - Comorbidades;
     - Exames laboratoriais anteriores, se disponíveis;
   - Inspeção da vulva (presença de hemorragias, perdas líquidas e partes fetais).
7. Oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante se $SatO_2$ < 94%.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3"S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Na presença de Choque, ver Protocolo BC11.
- Na presença de crise convulsiva, ver Protocolo BC16.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016
Revisão: Julho/2016

## BGO11 – TRAUMA NA GESTANTE (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- 

**Conduta**

1. 

**OBSERVAÇÕES:**

- 

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## BGO12 – PCR: RCP NA GESTANTE (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- 

**Conduta**

1. 

**OBSERVAÇÕES:**

- 

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

## BGO13 – HEMORRAGIAS GINECOLÓGICAS (EM FINALIZAÇÃO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- 

**Conduta**

1. 

**OBSERVAÇÕES:**

- 

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Junho/2016

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS PEDIÁTRICOS DE SBV

## BPed0 – PARÂMETROS PEDIÁTRICOS

**Parâmetros de Idade**

| DEFINIÇÃO | IDADE |
|---|---|
| **Período neonatal** | De 0 até 28 dias de vida |
| **Bebê** | De 29 dias até 11 meses e 29 dias (‹ 1 ano) |
| **Criança** | 1 ano até início da puberdade (meninas: broto mamário; meninos: pelos axilares) |
| **Adolescente** | 10 a 19 anos (Organização Mundial da Saúde): reportar-se aos protocolos de adultos se iniciada a puberdade |

**Parâmetros de peso**

Quando não houver informação sobre o peso atual do paciente pediátrico, podem ser utilizados os seguintes critérios para um cálculo rápido e aproximado do peso:

| DEFINIÇÃO | IDADE |
|---|---|
| **Primeiros dias de vida** | Perda de 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida, que deve ser recuperado até o 10º dia de vida |
| **Peso de nascimento** | Dobra no 4º mês de vida; triplica com 1 ano; quadruplica com 2 anos |
| **Dos 3 aos 12 meses** | Peso = (0,5 x idade em meses) + 4,5 |
| **Dos 2 aos 8 anos** | Peso = (2 x idade em anos) + 8 |

**Frequência Respiratória (incursões por minuto)**

| IDADE | Frequência |
|---|---|
| **‹ 1 ano** | 30 a 80 |
| **De 1 a 3 anos** | 24 a 40 |
| **Pré-escolar (4 a 5 anos)** | 22 a 34 |
| **Escolar (6 a 12 anos)** | 18 a 30 |
| **Adolescente (13 a 18 anos)** | 12 a 16 |

**Frequência Cardíaca (batimentos por minuto)**

| IDADE | ACORDADO | MÉDIA | DURANTE O SONO |
|---|---|---|---|
| **Recém-nascido (RN) até 3 meses** | 85 a 205 | 140 | 80 a 160 |
| **3 meses a 2 anos** | 100 a 190 | 130 | 75 a 180 |
| **2 a 10 anos** | 60 a 140 | 80 | 60 a 90 |
| **› 10 anos** | 60 a 100 | 75 | 50 a 90 |

**Definição de hipotensão arterial sistólica e idade**

| IDADE | PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg) |
|---|---|
| **Período neonatal (0 a 28 dias)** | ‹ 60 |
| **Bebê (1 a 12 meses)** | ‹ 70 |
| **Criança (1 a 10 anos)** | ‹ 70 + (idade em anos x 2) |
| **Criança › 10 anos** | ‹ 90 |

**Escala de Coma de Glasgow**

| PARÂMETRO | RESPOSTA OBSERVADA | RESPOSTA OBSERVADA | RESPOSTA OBSERVADA | PONTUAÇÃO |
|---|---|---|---|---|
| **Abertura ocular** | Espontânea | Espontânea | Espontânea | 4 |
| | Ao estímulo verbal | Ao estímulo verbal | Ao estímulo verbal | 3 |
| | Ao estímulo doloroso | Ao estímulo doloroso | Ao estímulo doloroso | 2 |
| | Ausência de resposta | Ausência de resposta | Ausência de resposta | 1 |
| **Melhor resposta verbal** | Orientada | Orientada | Orientada | 5 |
| | Confusa | Confusa | Confusa | 4 |
| | Palavras inapropriadas | Palavras inapropriadas | Palavras inapropriadas | 3 |
| | Sons incompreensíveis | Sons incompreensíveis | Sons incompreensíveis | 2 |
| | Ausência de resposta | Ausência de resposta | Ausência de resposta | 1 |
| **Melhor resposta motora** | Obedece a comandos | Obedece a comandos | Obedece a comandos | 6 |
| | Localiza estímulos dolorosos | Localiza estímulos dolorosos | Localiza estímulos dolorosos | 5 |
| | Retira o membro ao estímulo doloroso | Retira o membro ao estímulo doloroso | Retira o membro ao estímulo doloroso | 4 |
| | Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso | Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso | Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso | 3 |
| | Extensão dos braços e das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso | Extensão dos braços e das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso | Extensão dos braços e das pernas (descerebração) ao estímulo doloroso | 2 |
| | Ausência de resposta | Ausência de resposta | Ausência de resposta | 1 |

**Escore de Trauma Pediátrico**

| CARATERÍSTICAS | PONTOS | | |
|---|---|---|---|
| | **+ 2** | **+ 1** | **- 1** |
| **Peso (kg)** | › 20 | 10 a 20 | ‹ 10 |
| **Vias aéreas** | Normal | Assistida por máscara ou cateter de oxigênio ($O_2$) | Via aérea avançada (intubação orotraqueal ou cricotireoidostomia) |
| **Pressão artéria sistólica (mmHg)** | › 90 ou pulsos periféricos bons, boa perfusão | 60 a 90 ou pulsos centrais palpáveis (carotídeo e femural) | ‹ 50 ou pulsos fracos ou ausentes |
| **Consciência** | Acordado | Obnubilado, perda de consciência | Coma, irresponsivo |
| **Pele** | Nenhuma lesão visível | Contusão, abrasão, laceração ‹ 7 cm, sem atingir fáscia | Perda tecidual, lesão por armas de fogo ou branca, atinge a fáscia |
| **Fratura** | Nenhuma | Fratura fechada única, em qualquer local | Fraturas expostas ou múltiplas |

*O maior escore possível é + 12 e o menor possível é - 6 (mais grave).*
*ESCORE ‹ 8: transportar para hospital terciário*

**Parâmetros dos Equipamentos Pediátricos**

| | BVM | Máscara de $O_2$ | Sonda de Aspiração | Jelco |
|---|---|---|---|---|
| **RN/Bebê (3-5kg)** | Neonatal/bebê | Neonatal | 8 | 22-24 |
| **‹ 1 ano (6-9kg)** | Infantil | Pediátrica | 8 | 22-24 |
| **1-2 anos (10-11kg)** | Infantil | Pediátrica | 10 | 20-24 |
| **3-4 anos (12-14kg)** | Infantil | Pediátrica | 10 | 18-22 |
| **5-6 anos (15-18kg)** | Infantil | Pediátrica | 10 | 18-22 |
| **7-8 anos (19-23kg)** | Infantil | Pediátrica | 10 | 18-20 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **9-10 anos (24-29kg)** | Infantil | Pediátrica | 10 | 18-20 |
| **› 10 anos (30-36kg)** | Adulto | Pediátrica/Adulto | 12 | 18-20 |

*Fonte: Adaptado de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Professional Manual. Edição em português, 2012, pg. 111 (adaptado da Fita de Ressuscitação Pediátrica de Broselow, 2007)*

*(1) BVM - dispositivo bolsa-valva-máscara*

**Queimadura térmica (calor): regra dos nove para estimativa da Superfície Corporal Queimada**

| ÁREA CORPORAL | % NO ADULTO | % NA CRIANÇA |
|---|---|---|
| Cabeça e pescoço | 9 | 18 |
| Membros superiores | 9 (cada) | 9 (cada) |
| Membros inferiores | 18 (cada) | 13,5 (cada) |
| Tronco anterior | 18 | 18 |
| Tronco posterior | 18 | 18 |
| Genitais | 1 | 1 |

# BPed1 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO (AGRAVO CLÍNICO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes pediátrico com agravo clínico.

**Conduta:**

1. Realizar impressão inicial: observação rápida (avaliação visual e auditiva do paciente pediátrico nos primeiros segundos de atendimento), considerando:
    - Consciência: alerta, irritável ou não responde;
    - Respiração: esforço respiratório, sons anormais (estridor, chiado, gemência) ou ausência de movimentos respiratórios;
    - Coloração anormal da pele: palidez, cianose ou aspecto de mármore.
2. Se o paciente não responde: um membro da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do Suporte Avançado de Vida (SAV), enquanto o outro profissional continua avaliando o paciente.
3. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta *gasping*, checar pulso simultaneamente e:
    - Se pulso ausente: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed6);
    - Se pulso presente, mas que permanece com frequência ≤ 60 batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed6);
    - Se pulso presente e > 60 bpm: reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (BPed5).
4. Se o paciente não responde, mas respira: solicitar apoio do SAV e realizar a avaliação primária.
5. Se o paciente responde: realizar a avaliação primária.
6. ABCDE da Avaliação Primária:
    - **A** – Avaliar permeabilidade de Via Aérea (VA) e, se indicado, corrigir situações de risco com as seguintes ações:
        - Permitir que o paciente adote uma posição confortável espontaneamente;
        - Se VA não estiver aberta:
            - História de trauma: executar manobra de anteriorização da mandíbula;
            - Sem história de trauma: executar inclinação da cabeça e elevação do mento;
        - Inspecionar a cavidade oral, aspirar secreções e retirar corpos estranhos;
        - Considerar uso de cânula orofaríngea para a manutenção da abertura das vias aéreas (somente em paciente inconsciente);
        - Se houver obstrução alta de vias aéreas (estridor) considerar Protocolo BPed3 ou BPed4;
    - **B** – Avaliar ventilação e considerar a administração de $O_2$ através:
        - **Frequência respiratória** (taquipneia, bradipneia ou apneia): frequência menor do que 10 ou maior do que 60 incursões por minuto (rpm), em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
        - **Sinais de esforço respiratório**: batimento de asa de nariz, retrações no tórax (intercostais e outras), balancim toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), balanço da cabeça ao respirar, gemência;
        - **Expansão e simetria torácica**;
        - **Oximetria de pulso**: considerar a administração de oxigênio ($O_2$) se saturação de $O_2$ < 94%;
        - **Considerar suporte ventilatório**: máscara com reservatório ou ventilação assistida com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) (se orientado pela Regulação Médica);
        - **Se for necessária ventilação assistida com BVM**: ventilar com volume suficiente apenas para garantir a elevação visível do tórax, monitorizando oximetria de pulso (manter saturação de $O_2$ entre 94 e 99%); cuidado para não hiperventilar (ver Protocolo BP30 – Técnica de ventilação com BVM).
    - **C** – Avaliar estado circulatório:

- Verificar o pulso:
  - Frequência cardíaca;
  - Pulso periférico ou central: amplitude e simetria;
- Verificar pele:
  - Tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos;
  - Coloração , umidade e temperatura;
- Verificar a função cardíaca – ritmo cardíaco e pressão arterial;
- Na presença de sangramento ativo visível, considerar compressão direta, se possível.
- Na presença de sinais de choque, realizar contato com a Regulação Médica imediatamente (Protocolo BPed11).

○ **D** – Avaliar estado neurológico:
- Escala de Resposta Pediátrica AVDN:
  - A – Alerta: acordado, ativo e responde a estímulos;
  - V – Voz: responde a estímulo verbal;
  - D – Dor: responde à dor;
  - N – Não responde: não reage a nenhum estímulo.
- Escala de Coma de Glasgow (Protocolo BPed0);
- Avaliação pupilar: tamanho, fotorreatividade e simetria.

○ **E** – Exposição da criança prevenindo hipotermia (mantê-la confortável e aquecida).
- Procurar por:
  - Lesões ou ferimentos sangrantes, sufusões hemorrágicas (petéquias, púrpura), distensão abdominal, deformidades;
  - Evidências de trauma ou sinais de maus tratos

**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- O objetivo da avaliação primária é identificar e corrigir situações de risco imediato de morte. Considera-se crítico todo paciente que apresentar alterações significativas em qualquer etapa da avaliação.
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Para manter a permeabilidade da via aérea: considerar o uso de manobras manuais e de dispositivos de abertura de via aérea, com atenção para a técnica adequada de inserção da cânula orofaríngea em pediatria (Protocolo BP32).
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por pelo menos 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Lembrar que a ventilação do paciente pediátrico deve ser realizada com técnica e equipamento adequados à idade e peso (BPed0).
- Cuidado ao ventilar o paciente pediátrico: a ventilação muito agressiva ou com grandes volumes correntes pode causar hiperinsuflação e barotrauma, além de levar à distensão gástrica, resultando em regurgitação, aspiração e impedimento da ventilação adequada pela limitação da movimentação do diafragma.
- Repetir avaliação primária durante o transporte.
- Intervir imediatamente nas situações com risco à vida perceptíveis na avaliação primária:
  - **A.** Obstrução completa ou grave da via aérea;
  - **B.** Apnéia, bradipnéia, grande esforço respiratório;
  - **C.** Ausência de pulso, má perfusão, hipotensão, bradicardia;
  - **D.** Não responsivo, rebaixamento do nível de consciência;
  - **E.** Hipotermia, sangramento, petéquias/púrpura compatível com choque séptico, distensão abdominal.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2015
Revisão: Julho/2016

## BPed2 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO (AGRAVO CLÍNICO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico, após a realização da Avaliação Primária e das intervenções específicas dessa fase do atendimento.

**Conduta:**

1. Realizar entrevista **SAMPLE** (com o paciente, familiares ou terceiros):
   - Nome e idade;
   - Queixa principal;
     - **S**: verificação dos sinais vitais:
       - Respiração (frequência, ritmo e amplitude);
       - Pulso (frequência, ritmo e amplitude);
       - Pressão arterial; e
       - Pele (temperatura, cor, turgor e umidade).
     - **A**: história de alergias;
     - **M**: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso, horário da última dose;
     - **P**: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
     - **L**: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos; e
     - **E**: eventos que levem à doença ou lesão atual.

   **ATENÇÃO**: Em pacientes inconscientes ou impossibilitados de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.

2. Realizar avaliação complementar:
   - Instalar a oximetria de pulso, se disponível; e
   - Mensurar a glicemia capilar, se indicado.

3. Realizar o exame físico da cabeça aos pés:
   - **Cabeça e face**:
     - Inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca;
     - Identificar abaulamento e tensão de fontanela anterior (fechamento entre 9 e 18 meses);
     - Identificar presença de secreções, sangue e/ou líquido em cavidades naturais;
     - Identificar presença de corpos estranhos;
     - Identificar sinais de esforço respiratório: batimento de asa de nariz, balanço da cabeça ao respirar;
     - Observar alterações na coloração e temperatura da pele e mucosas.
   - **Pescoço**:
     - Inspecionar região anterior e posterior: procurar por contusões, ferimentos, crepitações, deformidades;
     - Observar se há distensão das veias.
   - **Tórax**:
     - Identificar sinais de esforço respiratório: retrações no tórax (intercostais e outras), balancim toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), gemência;
     - Observar lesões e cicatrizes na pele;
     - Realizar a palpação cuidadosa em busca de crepitações subcutâneas e/ou ósseas.
   - **Abdome**:
     - Observar distensão, contusões, abrasões, ferimentos, equimoses, cicatrizes;
     - Pesquisar à palpação: dor, rigidez, presença de massas palpáveis.
   - **Pelve:**

- Observar formato da região, realizar palpação das cristas ilíacas em busca de dor, realizando os dois testes de pressão (laterolateral e anteroposterior) uma única vez;
- Inspecionar a região genital na presença de história de trauma local e/ou de sangramentos evidentes na região;
- Inspecionar, nos bebês e crianças, a região sob as fraldas/roupas, incluindo a região glútea, em busca de lesões sugestivas de maus tratos.

○ **Membros superiores e inferiores**:
- Observar à inspeção: deformidades, desvios, coloração e ferimentos;
- Pesquisar sensibilidade, crepitações, pulsos distais (descrever simetria e amplitude) e perfusão dos membros;
- Avaliar a força motora (exceto no membro com suspeita de fratura), solicitando que o paciente (se possível para a idade):
  - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez;
  - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez;
- Realizar a avaliação sempre comparando um membro com o outro.

○ **Dorso** (se possível):
- Inspecionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, cicatrizes, ferimentos;
- Palpar caixa torácica posterior e a coluna vertebral em busca de dor.

4. Realizar avaliações seriadas dos sinais vitais, reenchimento capilar e nível de consciência.

**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se a sua realização implicar em atraso de transporte.
- O objetivo da avaliação secundária é detectar problemas que não foram identificados na avaliação primária e cuidar das condições que não ameaçam a vida.
- Registrar detalhadamente os achados da avaliação secundária.
- No paciente pediátrico, estar sempre atento à presença de lesões e sinais de maus tratos, **mesmo quando a história não sugerir essa hipótese**. Procurar por lesões em áreas não expostas; reportar-se aos Protocolos: Avaliação Primária e Secundária no Trauma (BPed23 e BPed24) e Maus Tratos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Setembro/2015
Revisão: Julho/2016

## BPed3 – OVACE NA CRIANÇA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ou sinais de sufocação.

**Conduta**

1. Avaliar a gravidade:
   - Obstrução leve: paciente capaz de responder se está engasgado.
   - Consegue tossir, emitir alguns sons e respirar;
   - Obstrução grave: paciente apresenta início súbito de grave dificuldade respiratória; não consegue tossir ou emitir qualquer som (tosse silenciosa); pode apresentar o sinal de angústia (sinal universal de asfixia).
2. Considerar abordagem específica:
   - OBSTRUÇÃO LEVE EM CRIANÇA RESPONSIVA
     - Não realizar manobras de desobstrução;
     - Acalmar o paciente;
     - Incentivar tosse vigorosa;
     - Observar atenta e constantemente;
     - Se evoluir para obstrução grave: ver item Obstrução Grave.
   - OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA RESPONSIVA
     - Executar a manobra de *Heimlich*, conforme descrito a seguir:




AHA. AAP. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para provedores, 2003

| |
|---|
| Abaixar-se, posicionando-se atrás do paciente com os braços à altura da crista ilíaca; |
| Fechar uma das mãos em punho e posicioná-la no abdome do paciente, na linha média, acima do umbigo, com o polegar voltado para o abdome; |
| Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (em J); |
| Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se irresponsivo |
| Após a expulsão do corpo estranho, realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio por máscara, se necessário. |



Fonte: AHA. SBV para profissionais da saúde. Manual do aluno, 2006, p. 61

Obs.: Lembrar-se de dosar a força aplicada no paciente pediátrico.

   - OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA IRRESPONSIVA
     - Se a criança tornar-se irresponsiva, o profissional deve interromper a manobra de *Heimlich* e iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
     - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
     - Iniciar manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas com o objetivo de expelir o corpo estranho;
     - Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e facilmente alcançável (com os dedos ou pinça);
     - Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM); se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
     - Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar cavidade oral;
     - Na ausência de sucesso, repetir ciclos de compressões e ventilações;

- Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação;
- Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio;
- Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios, palpar pulso.

3. Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória (BPed6).
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Lembrar sempre de inspecionar a cavidade oral antes de cada ventilação, durante as manobras básicas.
- Não realizar a varredura digital às cegas para a localização e retirada de corpo estranho

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed4 – OVACE NO BEBÊ

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ou sinais de sufocação em paciente < 1 ano de idade.

**Conduta**

1. Avaliar a gravidade:
   - Obstrução leve: paciente consegue tossir, emitir alguns sons e respirar;
   - Obstrução grave: paciente apresenta início súbito de grave dificuldade respiratória; não consegue tossir ou emitir qualquer som (choro ou tosse silenciosos).
2. Considerar abordagem específica:
   - OBSTRUÇÃO LEVE EM BEBÊ RESPONSIVO
     - Não realizar manobras de desobstrução;
     - Acalmar o paciente;
     - Permitir tosse vigorosa;
     - Observar atenta e constantemente;
     - Se evoluir para obstrução grave: ver abaixo:
   - OBSTRUÇÃO GRAVE EM BEBÊ RESPONSIVO
     - Executar as manobras de desobstrução, conforme descrito a seguir:

| | |
|---|---|
| O profissional deve sentar-se para realizar a manobra |  |
| Posicionar o bebê em decúbito ventral sobre o antebraço do profissional, que deve apoiar a região mentoniana do bebê com os dedos em fúrcula; | |
| Apoiar o antebraço que suporta o bebê sobre sua coxa, mantendo a cabeça em nível discretamente inferior ao tórax; |  |
| Aplicar ciclos repetidos de cinco golpes no dorso (entre as escápulas e com o calcanhar da mão), seguidos de cinco compressões torácicas logo abaixo da linha intermamilar, até que o objeto seja expelido ou o bebê torne-se irresponsivo | Fonte: AHA. SBV para profissionais da saúde. Manual do aluno, 2006, p. 65 |

Obs.: Lembrar-se de dosar a força aplicada no paciente pediátrico.

   - OBSTRUÇÃO GRAVE EM BEBÊ IRRESPONSIVO
     - Se o bebê tornar-se irresponsivo, um dos profissionais da equipe deve entrar em contato com a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida;
     - Assim que o bebê tornar-se irresponsivo, o profissional que realiza as manobras deve parar de aplicar golpes no dorso e, imediatamente, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
     - Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
     - Iniciar as manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas sobre o esterno, logo abaixo da linha intermamilar, com o objetivo de expelir o corpo estranho;
     - Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover (com os dedos) o corpo estranho, se visível e facilmente alcançável;
     - Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM); se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
     - Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar a cavidade oral;

- Repetir ciclos de compressões e ventilações até que o objeto seja expelido;
- Considerar o transporte imediato, sob orientação da Regulação Médica, mantendo as manobras básicas de reanimação, com ciclos de 30 compressões torácicas (com um profissional) ou 15 compressões (com dois profissionais) e duas ventilações após inspecionar a cavidade oral;
- Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio;
- Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios, palpar pulso.

3. Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória (BPed6).
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Lembrar sempre de inspecionar a cavidade oral antes de cada ventilação.
- Não realizar a varredura digital às cegas para a localização e retirada de corpo estranho.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BPed5 – PARADA RESPIRATÓRIA (PR) NO PACIENTE PEDIÁTRICO



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável e com frequência maior do que 60 batimentos por minuto (bpm).

**Conduta**

1. Checar responsividade:
   - No bebê: estímulo plantar;
   - Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.
2. Se paciente não responsivo:
   - Um dos profissionais da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV), além de providenciar o desfibrilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;
   - Outro(s) profissional(is) da equipe deve(m):
     - Permanecer com o paciente;
     - Checar respiração e pulso simultaneamente.

   ATENÇÃO: checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:

     - No bebê: pulso braquial;
     - Na criança: pulso carotídeo ou femoral.
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
4. Se respiração ausente ou agônica *(gasping)* e pulso presente e com frequência maior do que 60 bpm:
   - Abrir via aérea e administrar insuflações com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) (a insuflação de boa qualidade deve ter duração de 1 segundo e promover visível elevação do tórax);
   - Administrar uma insuflação de boa qualidade a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/minuto) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos;
   - Lembrar da proteção cervical na presença de trauma;
   - Instalar rapidamente suprimento de oxigênio 100% em alto fluxo (10 a 15 l/min) na bolsa-valva-máscara (BVM);
   - Considerar a instalação da cânula orofaríngea – Protocolo BP32;
   - Confirmar constantemente a efetiva insuflação (visível elevação do tórax).
5. Instalar oxímetro de pulso.
6. Manter constante atenção para a ocorrência de parada cardiorrespiratória.
7. Se, a qualquer momento, ocorrer ausência de pulso, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas, conforme Protocolo BPed6, e instalar o DEA;
8. Se, a qualquer momento, ocorrer pulso com frequência ≤ 60 bpm, com sinais de perfusão inadequada apesar da ventilação e oxigenação adequadas: iniciar manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas), rechecando o pulso a cada 2 minutos, conforme Protocolo BPed6, e instalar o DEA.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Manter a reanimação ventilatória ininterruptamente até a chegada do SAV ou até chegar ao hospital, ou se paciente apresentar ventilação espontânea (respiração, tosse e/ou movimento).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

## BPed6 – PCR: RCP NO BEBÊ E NA CRIANÇA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Identificar parada cardiorrespiratória (PCR) quando o paciente pediátrico estiver irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente e sem pulso central palpável. Critérios de inclusão para a necessidade de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pediatria:

- Paciente que apresente PCR;
- Paciente irresponsivo e com respiração agônica ou ausente, que apresente pulso central palpável mas com frequência ≤ 60 batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas.

**Conduta**

1. Checar responsividade:
   - No bebê: estímulo plantar;
   - Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.
2. Se paciente não responsivo:
   - Um dos profissionais da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do Suporte Avançado de Vida (SAV), além de providenciar o desfibrilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;
   - Outro(s) profissional(is) da equipe deve(m):
     - Permanecer com o paciente;
     - Checar respiração e pulso simultaneamente.

     ATENÇÃO: checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:

     - No bebê: pulso braquial;
     - Na criança: pulso carotídeo ou femoral
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
4. Se respiração ausente ou agônica *(gasping)*, considerar:
   - SE PULSO PRESENTE E MAIOR DO QUE 60 BPM (Protocolo BPed5 – Parada respiratória)
     - Abrir via aérea e aplicar uma insuflação efetiva com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) e oxigênio ($O_2$) suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min);
     - Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.
   - SE PULSO PRESENTE, MAS QUE PERMANECE COM FREQUÊNCIA MENOR OU IGUAL A 60 BPM E COM SINAIS DE PERFUSÃO INADEQUADA, APESAR DE VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO ADEQUADAS
     - Iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas) e checar pulso a cada 2 minutos.
   - SE PULSO AUSENTE
     - Iniciar imediatamente as manobras de RCP, começando pelas compressões torácicas, enquanto é instalado o DEA:
     - Após 30 compressões torácicas (se um profissional realiza as manobras), abrir manualmente as vias aéreas e aplicar duas insuflações com dispositivo BVM com $O_2$ suplementar a 100% (10 a 15 l/min).
     - A relação compressão e insuflação deve ser de:
       - 30:2 se houver apenas um profissional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;
       - 15:2 se houver dois profissionais realizando a RCP (um para compressões e um para insuflações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
     - Assim que o DEA estiver disponível e sem interrupção dos ciclos de RCP, posicionar os eletrodos no tórax desnudo e seco do paciente. Se o DEA for equipado com atenuador de carga, utilizar da seguinte forma:

- No bebê (< 1 ano): se disponível, usar DEA com sistema eletrodos-cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia);
- Na criança entre 1 e 8 anos ou < 25 kg de peso: se disponível, usar DEA com sistema eletrodos/cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia);
- Na criança > 8 anos ou > 25 kg: usar DEA com sistema eletrodos-cabos adulto.

IMPORTANTE: caso não disponha de sistema eletrodos-cabos pediátricos, podem ser utilizadas pás de adulto em qualquer idade pediátrica, devendo assegurar-se de que as pás não se toquem ou se superponham quando posicionadas no tórax do paciente; se necessário, pode ser colocada uma pá na parede anterior do tórax e a outra no dorso (na região interescapular).

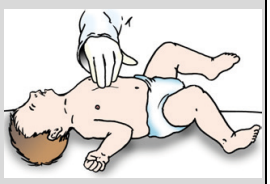
- Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo.
- Seguir as orientações do DEA e aplicar choque se indicado pelo aparelho.
- Reiniciar ciclos de RCP (sempre começando pelas compressões torácicas) imediatamente após:
  - A aplicação do choque; ou
  - Na ausência de pulso após o aparelho não ter indicado choque.
- Se, a qualquer momento após a análise do ritmo pelo DEA, o aparelho não indicar choque, deve-se checar o pulso e:
  - Se pulso não palpável: reiniciar imediatamente os ciclos de RCP (começando pelas compressões torácicas);
  - Se pulso palpável mas com frequência ≤ 60 bpm e sinais de perfusão inadequada (apesar de ventilação e oxigenação adequadas) e respiração ausente, reiniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas);
  - Se pulso palpável (e com frequência > 60 bpm) e respiração ausente: seguir o Protocolo BPed5 (Parada Respiratória);
  - Se pulso palpável e respiração presente ou paciente apresentando sinais de circulação (respiração espontânea, tosse e/ou movimento): interromper as manobras de RCP e instituir Cuidados Pós Ressuscitação (Protocolo BPed7).

5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

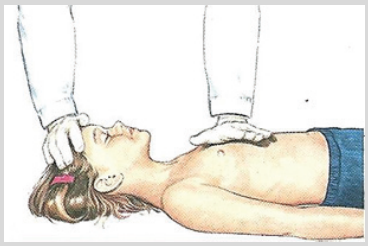
**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:
  - Paciente pediátrico posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;
  - No bebê: comprimir o esterno com dois dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;

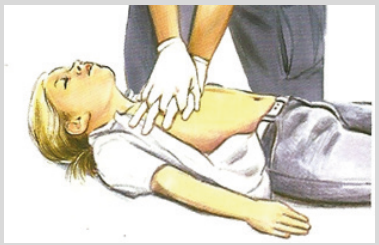
- Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;

Fonte: PMSP. Manual de Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros nas Escolas, 2007.



Fonte: AAP/AHA. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para Provedores, 2003, p 62.





- Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;
- Minimizar ao máximo as interrupções nas compressões torácicas (limitar as interrupções a menos de 10 segundos);
- Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/min;
- Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.

- Insuflações de boa qualidade compreendem:
  - Insuflação com duração de 1 segundo, com volume suficiente apenas para promover a elevação do tórax; e
  - Visível elevação do tórax.

- Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até a chegada do apoio (SAV) ou até chegar à unidade de saúde, conforme orientação da Regulação Médica, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração espontânea, tosse e/ou movimento).

NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE REANIMAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed7 – CUIDADOS PÓS-RESSUCITAÇÃO EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente com retorno da circulação espontânea após manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

**Conduta**

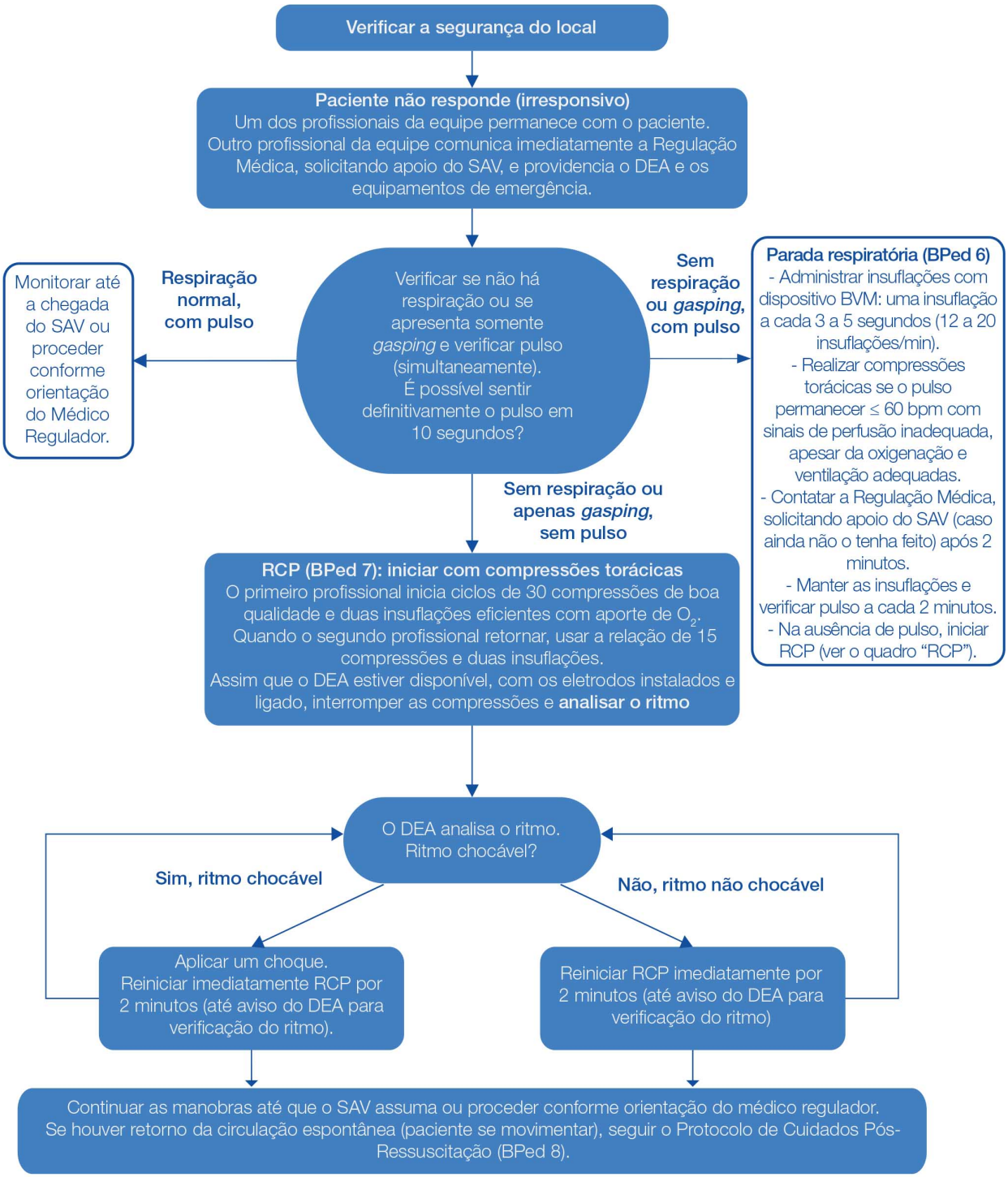
1. Manter os eletrodos do desfibrilador externo automático (DEA) instalados no tórax do paciente.
2. Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:
   - Manter permeabilidade da via aérea: aspirar secreções e instalar cânula orofaríngea (Guedel) se necessário;
   - Se respiração espontânea, oferecer oxigênio ($O_2$) por máscara não reinalante 10 a 15 l/min, o suficiente para:
     - Manter saturação de $O_2$ ≥ 94% e < 100% (entre 94 e 99%);
     - Se saturação de $O_2$ < 90% após receber $O_2$ 100% por máscara não reinalante, considerar suporte ventilatório com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório, sob orientação da Regulação Médica;
   - Se respiração ausente ou *gasping* e com pulso, considerar:
     - Se pulso presente e > 60 batimentos por minuto (bpm): aplicar uma insuflação efetiva com bolsa-valva-máscara (BVM) e $O_2$ suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Seguir o Protocolo BPed5 (Parada respiratória);
     - Se, a qualquer momento, pulso presente mas ≤ 60 bpm com sinais de perfusão inadequada apesar de ventilação e oxigenação adequadas: reiniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas) e checar pulso a cada 2 minutos. Seguir o Protocolo BPed6 (PCR e RCP).
3. Avaliar sinais vitais.
4. Na presença de sinais de choque, realizar contato com a Regulação Médica imediatamente (Protocolo BPed11);
5. Monitorar glicemia capilar: se hipoglicemia, comunicar imediatamente a Regulação Médica e reportar-se ao Protocolo BPed17.
6. Atentar para a recorrência de parada cardiorrespiratória e a necessidade de reiniciar RCP, seguindo as orientações do DEA.
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.
8. Preparar para o transporte, conforme orientação da Regulação Médica.

**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed8 – ALGORITMO GERAL DE RCP PEDIÁTRICA – SUPORTE BÁSICO




*Fonte: Adaptado de AHA Guidelines 2015. Part 11. Pediatric BLS. Circulation 2015;132(suppl 2):p. S522.*

## BPed9 – ASSISTÊNCIA AO RN QUE NASCE BEM

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Para todo recém-nascido que, imediatamente após a saída da cavidade uterina, receber TODAS as respostas SIM para as seguintes perguntas:

- A gestação foi a termo?
- O RN está respirando (considerar respiração regular) ou chorando ao nascer?
- O RN apresenta bom tônus muscular (tônus muscular em flexão e movimentos ativos)?

Se todas as respostas forem "**SIM**": o RN a termo está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação.

**Conduta**

Realizar a avaliação e a estabilização inicial do RN na seguinte sequência:

1. Clampeamento do cordão umbilical no RN ≥ 34 semanas:
    - Posicionar o RN sobre o abdome materno, sem tracionar o cordão umbilical ou, se isso não for possível, apoiá-lo na cama ou maca sobre campo estéril, entre as pernas da mãe; cobrir o RN com campo estéril, inclusive a cabeça (exceto a face), independente da posição em que for colocado;
    - Aguardar 1 a 3 minutos para clampear o cordão;
    - Medir cerca de 10 a 15 cm a partir do abdome do RN e colocar o 1º *cord clamp*; medir mais 3 a 4 cm e colocar o 2º *cord clamp*;
    - Cortar o cordão umbilical com lâmina de bisturi estéril entre os dois *cord clamp*.
2. Após o clampeamento do cordão, iniciar a assistência ao RN > 34 semanas realizando rapidamente os seguintes cuidados:
    - Ainda envolvido em campo estéril, retirar o RN do abdome materno ou do espaço entre as pernas da mãe e colocá-lo sobre superfície plana;
    - Posicionar a cabeça do RN em leve extensão;
    - Aspirar boca e nariz (sonda nº 8 ou 10), somente se tiver secreção;
    - Secar o corpo e a cabeça, em especial a região das fontanelas, e desprezar os campos (ou compressas) úmidos;
    - Colocar touca de lã ou de algodão;
    - Envolver em outro campo estéril limpo e seco, mantendo abertura frontal suficiente para terminar a avaliação;
    - Se necessário, reposicionar a cabeça em leve extensão;
    - Avaliar inicialmente a frequência cardíaca (FC) com o estetoscópio no precórdio, o tônus muscular e a respiração/choro;
    - Depois, observar continuamente a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro;
    - Avaliar a temperatura axilar: temperatura ideal entre 36,5 e 37,5°C;
    - Avaliar o Escore de Apgar no primeiro minuto ou à chegada da equipe (registrando o tempo decorrido do nascimento);
    - Após esses cuidados iniciais e estabilização do RN: apresentá-lo para mãe e pai e identificar mãe e RN com pulseiras; envolver o RN em campo estéril seco;
    - Avaliar o Escore de Apgar no quinto minuto ou 4 minutos após o primeiro Apgar;
    - Preparar o RN para o transporte:
        - Se temperatura axilar normal (entre 36,5 e 37,5°C), envolver o RN em campo estéril e manta metálica sobre o campo (sem tocar a pele do RN);
        - Se temperatura axilar < 36,5°C, envolver o RN em campo estéril, colocar sobre esse campo um cobertor e, sobre o cobertor, a manta metálica;
        - Se temperatura axilar > 37,5°C, envolver o RN somente em campo estéril.

**Escore de Apgar**

| SINAL | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| Frequência cardíaca (bpm) | ausente | lenta (< 100) | maior que 100 |
| Movimentos respiratórios | ausente | lentos, irregulares | bons, choro |
| Tônus muscular | Flácido | alguma flexão | movimentação ativa |
| Irritabilidade reflexa (cateter nasal) | sem resposta | careta | tosse reflexa, espirros, choro |
| Cor | azul ou pálido | corpo róseo, extremidades azuis | completamente róseo |

3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte do binômio Mãe e RN para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Temperatura ambiente ideal para o nascimento: 23 a 26°C, inclusive na ambulância. Nesse caso, manter portas e janelas fechadas, sem corrente de ar e sem ventiladores ou ar condicionado ligados.
- Considerar as definições:
  - RN a termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas;
  - RN pré-termo (prematuro): idade gestacional < 37 semanas;
  - RN pré-termo tardio: entre 34 e 36 semanas;
  - RN pós-termo: idade gestacional ≥ 42 semanas.
- ATENÇÃO: Realizar IMEDIATAMENTE o clampeamento do cordão umbilical do RN **de qualquer idade** gestacional que não inicia a respiração ou não apresenta tônus muscular em flexão e movimentos ativos; também deve ser clampeado imediatamente se ocorrer sangramento vaginal abundante durante o parto ou a presença de nó verdadeiro de cordão. **Nesses casos reportar-se rapidamente à Regulação Médica!**
- O contato pele-a-pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação e aumenta a chance do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros meses de vida. Por isso, sempre que possível, o RN deve ser posicionado sobre o abdome materno até a finalização do clampeamento do cordão, sempre provendo calor (cobrindo-o), mantendo as vias aéreas pérvias e avaliando continuamente sua vitalidade.
- É importante reavaliar continua e simultaneamente a frequência cardíaca (FC) e a respiração, pois a indicação de reanimação depende dessa avaliação para detecção de alterações da respiração (irregular ou apneia) e/ou da FC (< 100 bpm).
- Para melhor realização do atendimento, é recomendável que todos mantenham na viatura um Kit Parto (campos estéreis, *cord clamp*, touca, pulseiras de identificação, lâmina de bisturi, sacos plásticos e manta aluminizada).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed10 – REANIMAÇÃO NEONATAL

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Para todo recém-nascido que, imediatamente após a saída da cavidade uterina, receber pelo menos uma resposta NÃO para as seguintes perguntas:

- A gestação foi a termo?
- O RN está respirando (considerar respiração regular) ou chorando ao nascer?
- O RN apresenta bom tônus muscular (tônus muscular em flexão e movimentos ativos)?

Se pelo menos uma das respostas for "**NÃO**": avaliar se o RN necessita de manobras de reanimação, de acordo com a situação encontrada.

**Conduta**

1. Realizar clampeamento do cordão umbilical:
   - EM 30 A 60 SEGUNDOS, se o RN for pré-termo (‹ 34 semanas) e apresentar respiração regular e movimentação ativa e com tônus em flexão;
     - O RN pode ser colocado sobre o abdome materno durante esse período, sem tracionar o cordão umbilical; tomando o cuidado de envolver a região das fontanelas e o corpo em campo estéril para evitar hipotermia; se isso não for possível, apoiá-lo na cama ou maca sobre campo estéril, entre as pernas da mãe, cobrindo-o com o campo estéril.
   - IMEDIATAMENTE se o RN, de qualquer idade gestacional, não iniciar a respiração ou estiver hipotônico (não apresentar tônus muscular em flexão e movimentos ativos). Nesses casos reportar-se rapidamente à Regulação Médica.
2. Realizar estabilização inicial após o clampeamento do cordão (em até 30 segundos), obedecendo à sequência abaixo:
   - Prover calor:
     - Ainda envolvido em campo estéril, retirar o RN do abdome materno ou do espaço entre as pernas da mãe e colocá-lo sobre superfície plana;
     - Atenção para envolver todo o corpo e a cabeça (em especial a região das fontanelas) do RN no campo estéril, exceto a face;
     - Conduta para o **prematuro com idade gestacional menor que 34 semanas**:
       - sem secá-lo, introduzir seu corpo, exceto a face, dentro de um saco plástico transparente (saco de polietileno de 30x50cm), cobrindo também o couro cabeludo com triângulo plástico (principalmente sobre as fontanelas);
       - por cima, colocar touca de lã ou algodão; realizar todas as manobras de reanimação com o RN envolvido em plástico. O saco plástico só será retirado no hospital.
   - Colocar o RN em decúbito dorsal com leve extensão do pescoço, para manter a permeabilidade das vias aéreas.

     ATENÇÃO: pode ser necessário colocar um coxim sob os ombros para facilitar o posicionamento adequado da cabeça, especialmente no RN pré-termo.
   - Somente se tiver secreção, aspirar delicadamente as vias aéreas, com sonda nº 8 ou 10, com pressão negativa máxima de 100 mmHg:
     - aspirar primeiro a boca e, a seguir, as narinas;
     - evitar introduzir a sonda de aspiração de forma brusca ou na faringe posterior, para evitar resposta vagal e espasmo laríngeo, com apneia e bradicardia.

     **ATENÇÃO: no caso do RN não ser a termo ou não estar com respiração regular ou apresentar hipotonia, se líquido amniótico for meconial, é prudente, durante a realização dos passos iniciais, aspirar boca e narinas com sonda nº 10.**
   - Secar o corpo e a cabeça, em especial a região das fontanelas, e desprezar os campos (ou compressas) úmidos; exceto o RN ‹ 34 semanas, que estará dentro do saco plástico.

- Colocar touca de lã ou algodão.
- Envolver em outro campo estéril limpo e seco, mantendo abertura frontal suficiente para terminar a avaliação.
- Se necessário, reposicionar a cabeça em leve extensão.

3. Avaliação simultânea da respiração e a frequência cardíaca (FC):

ATENÇÃO: Os passos iniciais da estabilização atuam como um estímulo sensorial importante para o início da respiração.

- Se há respiração espontânea e regular ou choro e FC › 100 bpm (verificada inicialmente pela ausculta do precórdio com estetoscópio, contando por 6 segundos e multiplicando por 10), finalizar os cuidados de rotina e observar continuamente a atividade, tônus muscular e respiração/choro (ver Protocolo BPed10 – Assistência ao RN que nasce bem);
- Se o RN apresentar apneia, respiração irregular e/ou FC ‹ 100 bpm: enquanto um profissional da equipe inicia ventilação com pressão positiva (VPP), o outro instala o sensor do oxímetro de pulso. Nesses RN, é preciso iniciar a VPP nos primeiros 60 segundos de vida (Golden minute) e acompanhar a FC e a saturação de oxigênio ($SatO_2$) pelo oxímetro de pulso. Nesse caso, reportar-se à Regulação Médica e relatar a situação.
  - Técnica de Ventilação com pressão positiva (VPP):
    Realizar com bolsa-valva-máscara (BVM) no ritmo de 40 a 60 insuflações por minuto (regra mnemônica: "aperta...solta...solta...aperta...solta... solta... aperta... solta...solta...");
  - Técnica para instalação do sensor do oxímetro:
    - Instalar o sensor neonatal no pulso radial direito do RN (localização pré-ductal), cuidando para que sensor que emite luz fique na posição diretamente oposta ao que recebe a luz e envolvendo-os com uma faixa ou bandagem elástica;
    - Avaliar a $SatO_2$ de acordo com o tempo de vida, conforme quadro a seguir:

| Valores de $SatO_2$ pré-ductal desejáveis após o nascimento: |
|---|
| ○ até 5 minutos de vida: 70 - 80%<br>○ 5 a 10 minutos de vida: 80 - 90%<br>○ › 10 minutos de vida: 85 - 95%<br>○ a leitura confiável da $SatO_2$ demora cerca de 1 a 2 minutos após nascimento, desde que haja débito cardíaco suficiente, com perfusão periférica. |

4. Conduta no RN que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC ‹ 100 bpm:

- Mais importante para o paciente recém-nascido é a aplicação da VPP com balão e máscara com a técnica correta do que o uso do oxigênio suplementar;
- **Iniciar VPP** com balão e máscara facial em ar ambiente nos primeiros 60 minutos de vida (Golden minute); se o RN for prematuro ‹ 34 semanas, iniciar VPP com $O_2$ 30% se o *blender* estiver disponível ou VPP com $O_2$ a 100% se não houver *blender*;
- O outro profissional da equipe instala o sensor do oxímetro de pulso enquanto entra em contato com a Regulação Médica para relatar a situação; deve controlar FC e a $SatO_2$;
- Se após 30 segundos de VPP com ar ambiente o RN apresentar FC › 100 bpm e respiração espontânea e regular, suspender o procedimento e reportar-se ao Protocolo BPed10 (Assistência ao RN que nasce bem);
- Se após 30 segundos de VPP com ar ambiente o RN não melhorar, reavaliar e corrigir a técnica da VPP (ajuste da máscara, permeabilidade de vias aéreas, pressão inspiratória) e ventilar por mais 30 segundos;
- Se após a correção da técnica da VPP em ar ambiente o RN não melhorar (mantiver FC ‹100 bpm ou respiração irregular ou a $SatO_2$ é baixa), manter a VPP enquanto o outro profissional da equipe reporta-se à Regulação Médica para receber orientações; nesse momento, aumentar em 20% a concentração de $O_2$ se *blender* disponível ou para 100% se não houver *blender* e, após 30 segundos, avaliar a FC, a $SatO_2$ e retorno da respiração espontânea e regular.
- Se, após 30 segundos de VPP com balão e máscara com a técnica correta e $O_2$ 100%, a FC for ‹ 60 bpm: além da ventilação, iniciar compressões torácicas, preferencialmente com a técnica dos polegares sobrepostos sobre o terço inferior do esterno (logo abaixo da linha intermamilar) e as mãos envolvendo

o tórax do RN, sincronizando compressão e ventilação, na proporção de 3 (três) compressões para 1 (uma) ventilação (3:1) com $O_2$ 100%; comprimir na profundidade de 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax, permitindo a reexpansão plena do tórax após cada compressão;

ATENÇÃO: a técnica com os polegares justapostos para realização das compressões torácicas aumenta a chance de lesões dos pulmões e do fígado; por isso, é mais segura a técnica com os polegares sobrepostos, a qual também gera maior pico de pressão.

- Se após 60 segundos de insuflações com $O_2$ 100% e compressões torácicas a FC for › 60 bpm: interromper a compressão torácica e manter insuflações (40 a 60 rpm) até que FC › 100 bpm e respiração regular, controlando a $SatO_2$;
- Se após 60 segundos de insuflações com $O_2$ 100% coordenadas com compressões torácicas o RN mantiver FC ‹ 60 bpm: verificar as técnicas da ventilação e compressão torácica e corrigir se necessário;
- Se todas as técnicas estiverem corretas e a FC permanecer ‹ 60 bpm: manter as manobras de ressuscitação com ritmo de 3:1 e seguir as orientações da Regulação Médica.

5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte do binômio Mãe e RN para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**Escore de Apgar**

Avaliar no primeiro e no quinto minuto de vida. Se no quinto minuto for menor do que 7, avaliar a cada 5 minutos, até o total de 20 minutos.

| SINAL | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| Frequência cardíaca (bpm) | ausente | lenta (‹ 100) | maior que 100 |
| Movimentos respiratórios | ausente | lentos, irregulares | bons, choro |
| Tônus muscular | Flácido | alguma flexão | movimentação ativa |
| Irritabilidade reflexa (cateter nasal) | sem resposta | careta | tosse reflexa, espirros, choro |
| Cor | azul ou pálido | corpo róseo, extremidades azuis | completamente róseo |

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3)
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro);
- Temperatura ambiente ideal para o nascimento: 23 a 26°C , inclusive na ambulância. Nesse caso, manter portas e janelas fechadas, sem corrente de ar e sem ventiladores ou ar condicionado ligados.
- Considerar as definições:
  - RN a termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas;
  - RN pré-termo (prematuro): idade gestacional ‹ 37 semanas;
  - RN pré-termo tardio: entre 34 e 36 semanas;
  - RN pós-termo: idade gestacional ≥ 42 semanas.

  ATENÇÃO: em caso de suspeita de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, rotura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão, o clampeamento do cordão deve ser imediato.
- A temperatura axilar dever ser mantida entre 36,5 e 37,5°C (normotermia) durante os procedimentos de reanimação.
- Lembrar: no RN, o procedimento mais importante para corrigir a bradicardia é a ventilação adequada.
- Técnica correta de VPP: o ajuste correto da máscara neonatal à face do RN (a máscara é aplicada no sentido do queixo para o nariz e deve cobrir a ponta do queixo, boca e nariz; os dedos indicador e polegar, formam a letra "C", exercendo leve pressão, e os demais dedos formam a letra "E"), com manutenção da permeabilidade das vias aéreas (posição da cabeça em leve extensão, aspiração de secreções se necessário e manutenção da boca do RN aberta) e pressão adequada no balão;
- O balão autoinflável fornece concentração de oxigênio de 21% (ar ambiente, quando não está conectado ao oxigênio e ao reservatório) ou de 90-100% (conectado à fonte de oxigênio a 5l/minuto e ao reservatório). Concentrações intermediárias de oxigênio só podem ser administradas se houver o misturador de oxigênio

e ar comprimido (*blender*) pronto para uso;

- Cuidado com a pressão (inspiratória) aplicada no balão durante a VPP: ela deve produzir visível movimento torácico leve e ausculta da entrada de ar, sem levar à superdistensão, sendo individualizada para que o RN alcance e mantenha FC >100bpm.

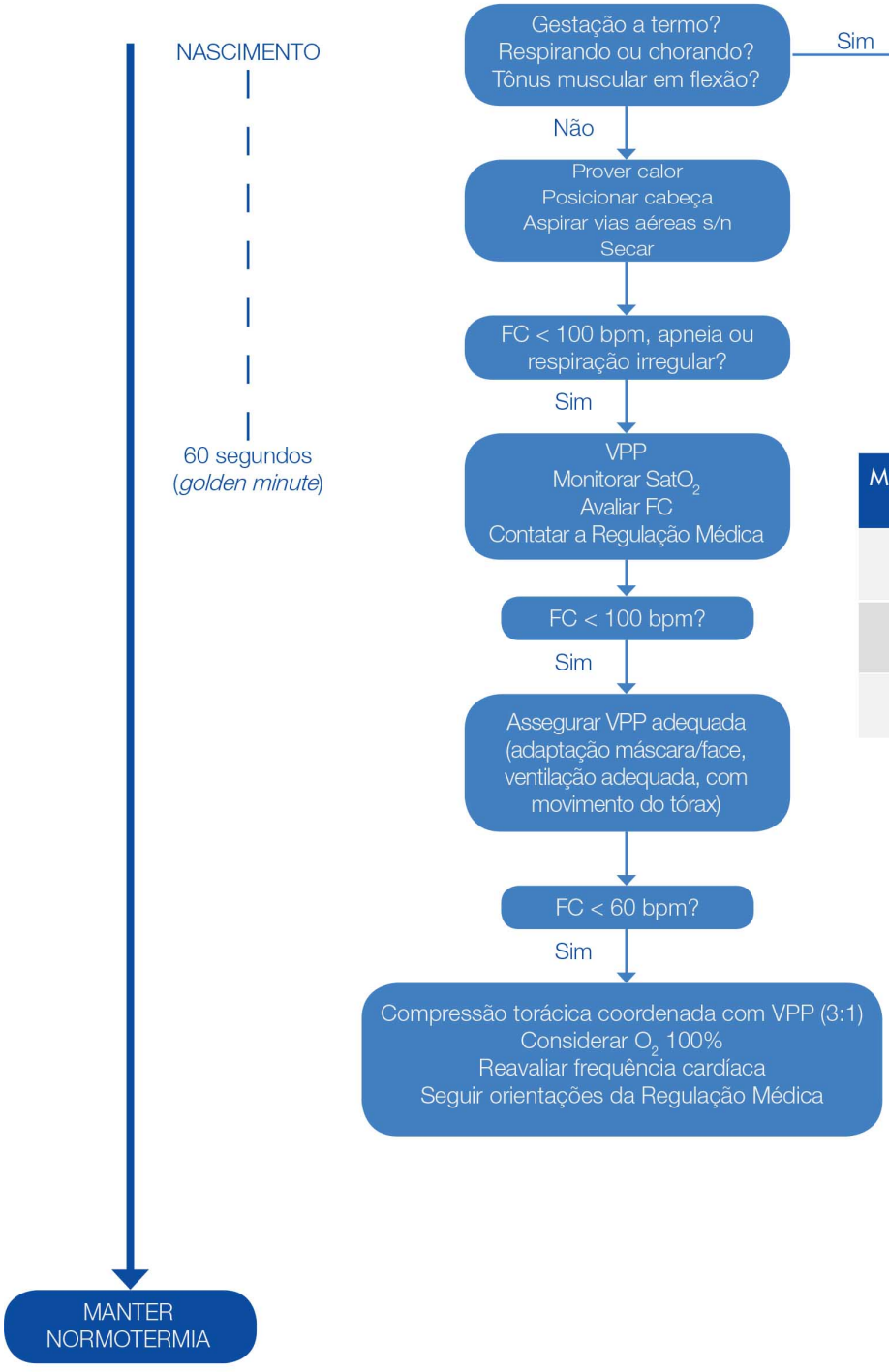
  ATENÇÃO: a verificação contínua da técnica de ventilação, com ênfase no ajuste adequado da máscara à face, na permeabilidade das vias aéreas e no uso de pressão adequada (não insuficiente nem excessiva) no balão é fundamental para o sucesso da reanimação. O indicador mais importante de que a VPP está sendo efetiva é o aumento da FC; depois, o estabelecimento da respiração espontânea.

- Atenção especial à extrema fragilidade do recém-nascido prematuro, o que indica a necessidade de delicadeza adicional na execução das manobras.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

# FLUXOGRAMA DA REANIMAÇÃO NEONATAL – SUPORTE BÁSICO DE VIDA




| MINUTOS DE VIDA | $SATO_2$ PRÉ-DUCTAL |
|---|---|
| Até 5 | 70 – 80% |
| 5 - 10 | 80 – 90% |
| > 10 | 85 – 95% |

*Fonte: Adaptado de Programa de Reanimação Neonatal - Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.*

## BPed11 – CHOQUE EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Reconhecimento dos sinais clínicos de choque.

| SINAIS CLÍNICOS DE CHOQUE (CONSIDERANDO OS PARÂMETROS PARA CADA IDADE) | |
|---|---|
| Frequência respiratória | Aumentada |
| Esforço respiratório | Presente ou ausente |
| Frequência cardíaca | Aumentada |
| Pulso periférico | Fraco |
| Temperatura de pele | Fria, úmida, pegajosa |
| Coloração da pele | Pálida, moteada (aspecto de mármore) |
| Tempo de enchimento capilar | › 2 segundos |
| Pressão arterial | Normal ou diminuída |
| Nível de consciência | Alterado: irritável (precoce) → diminuído |

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial e a avaliação primária (Protocolo BPed1), com ênfase para:
   - Avaliar responsividade: se paciente não responsivo, informar imediatamente à Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida;
   - Assegurar permeabilidade das vias aéreas: instalar cânula orofaríngea se indicado;
   - Considerar suporte ventilatório (com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório), se orientado pela Regulação Médica;
   - Avaliar pulsos (amplitude e simetria), tempo de enchimento capilar, pele (coloração e temperatura), pressão arterial;
   - Avaliar nível de consciência: se escala de Glasgow ≤ 8, informar imediatamente à Regulação Médica;
   - Realizar a prevenção da hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância, remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
   - Entrevista SAMPLE e sinais vitais;
   - Avaliar oximetria de pulso e administrar oxigênio ($O_2$) 100% por máscara não reinalante se a saturação de $O_2$ ‹ 94%;
   - Avaliar glicemia capilar e, se glicemia ‹ 60 mg/dl (ou ‹ 50 mg/dl no neonato), informar imediatamente à Regulação Médica;
   - Monitorar sinais vitais, oximetria de pulso, tempo de enchimento capilar, glicemia capilar, nível de consciência;
   - Realizar exame físico detalhado.
3. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo BPed5) ou parada cardiorrespiratória (Protocolo BPed6).
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**
- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Se presença de sinais de choque associado a trauma, ver Protocolo BPed25.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BPed12 – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA EM PEDIATRIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente com dificuldade respiratória ou alteração de ritmo e/ou frequência ventilatória, de início súbito ou como evolução de um desconforto respiratório, e de gravidade variável. Sinais e sintomas de gravidade:

- Alteração do nível de consciência (agitação, confusão, sonolência, inconsciência);
- Cianose;
- Uso de musculatura acessória: batimento de asa de nariz, retrações subcostais e/ou de fúrcula esternal;
- Dificuldade na fala (frases curtas e monossilábicas);
- Alteração na frequência cardíaca (bradicardia ou taquicardia > 140 batimentos por minuto); e
- Saturação de oxigênio ($SatO_2$) < 90%.

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial: nível de consciência, respiração e coloração da pele (Protocolo BPed1);
2. Realizar a avaliação primária (Protocolo BPed1) com ênfase para:
    - Manter a permeabilidade da via aérea; aspirar secreções se necessário;
    - Considerar a possibilidade de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (Protocolo BPed3 e BPed4);
    - Manter o paciente em decúbito elevado, em graus variáveis, de acordo com a intensidade do desconforto respiratório, permitindo que assuma uma posição de conforto;
    - Avaliar parâmetros da ventilação:
        - Frequência respiratória: lembrar que frequência menor do que 10 ou maior do que 60 incursões por minuto, em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
        - Sinais de esforço respiratório: batimento de asa nariz; retração subcostal, subesternal, intercostal, supraclavicular e supraesternal; respiração em balancim; meneios da cabeça; gemência;
        - Expansão e simetria torácica;
        - Avaliar oximetria de pulso e administrar oxigênio suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/ min. se $SatO_2$ < 94%;
    - Avaliar o nível de consciência: se Escala de Glasgow ≤ 8, informar à Regulação Médica.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2) com ênfase para:
    - Monitorar o padrão respiratório (frequência, amplitude e assimetria) e ruídos respiratórios;
    - Monitorar oximetria, frequência cardíaca, pressão arterial;
    - Realizar entrevista **S**inais vitais, **A**lergias, **M**edicamentos em uso, **P**assado médico, **L**íquidos e alimentos, **E**ventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE) .
4. Estar atento à possibilidade de parada respiratória (Protocolo BPed5) ou parada cardiorrespiratória (Protocolo BPed6).
5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Tentar evitar, por meio de medidas apropriadas, que um desconforto respiratório evolua para insuficiência respiratória aguda.
- Definições:
    - Desconforto respiratório: caracterizado por frequência respiratória anormal e esforço, que podem

variar em intensidade. Os sinais clínicos são: taquipneia, esforço respiratório elevado (batimento de asa de nariz, retrações), esforço respiratório inadequado (bradipneia), sons anormais nas vias aéreas (estridor, gemido), taquicardia, pele pálida e fria, alterações do nível de consciência.

- Insuficiência respiratória: estado de oxigenação e/ou ventilação inadequada, podendo ser o estágio final do desconforto respiratório. Sinais clínicos: taquipneia nítida (precoce); bradipneia/apneia (tardias); esforço respiratório elevado, reduzido ou ausente; taquicardia (precoce), bradicardia (tardia); cianose; estupor/coma (tardio).

- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BPed13 – REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA EM PEDIATRIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente pediátrico não reativo/irresponsivo aos estímulos externos (verbais, táteis e/ou dolorosos).

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial (BPed1), com ênfase para responsividade e padrão respiratório.
2. Se o paciente não responde, informar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV) e avaliar a expansibilidade torácica.
3. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta gasping, checar pulso central.
   - Se pulso presente, considerar a possibilidade de obstrução de via aérea (Protocolo BPed3 ou BPed4) ou reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (BPed5);
   - Se pulso ausente ou < 60bpm, reportar-se ao Protocolo de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (BPed6).
4. Se o paciente não responde e respira, proceder a Avaliação Primária (A, B, C, D, E – Protocolo BPed1), com ênfase para:
   - Manter a permeabilidade das vias áreas, realizando aspiração se necessário;
   - Avaliar o padrão respiratório;
   - Avaliar oximetria e instalar oxigênio sob máscara não reinalante, se saturação de oxigênio ($SatO_2$) < 94%;
   - Manter ventilação adequada; considerar suporte ventilatório se necessário;
   - Avaliar glicemia capilar precocemente e tratar hipoglicemia, se presente;
   - Avaliar tempo de enchimento capilar e coloração da pele;
   - Avaliar sinais vitais;
   - Instalar acesso vascular intravenoso (IV) ou intraósseo (IO) e repor volume, se indicado;
   - Avaliar pela Escala de Coma de Glasgow (Protocolo BPed0);
   - Avaliar pupilas.
5. Realizar a avaliação secundária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
   - **S**inais vitais, **A**lergias, **M**edicamentos em uso, **P**assado médico, **L**íquidos e alimentos, **E**ventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE), complementando com dados de história que possam indicar intoxicação, trauma, crise convulsiva e maus tratos;
   - Realizar exame físico detalhado, com atenção para a presença de abaulamento de fontanela e/ou de sinais meníngeos, além de lesões petequiais ou púrpuras em pele;
   - Sempre buscar por possíveis lesões sugestivas de maus tratos;
   - Monitorar oximetria, frequência e ritmo cardíacos, sinais vitais, glicemia capilar.
6. Reconhecer e tratar causas reversíveis, conforme protocolos específicos.
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Conceitualmente a inconsciência é o estado de desconhecimento de si próprio e do ambiente, caracterizado pela ausência de alerta/responsividade após estímulos externos.
- Principais causas de alteração do estado mental no paciente pediátrico: lesão cerebral difusa decorrente de trauma, alterações metabólicas (hipóxia, hipoglicemia, distúrbio hidroeletrolítico e/ou do equilíbrio ácido-base), infecções (meningite, meningoencefalite, infecção sistêmica), crise convulsiva, intoxicações, perfusão cerebral deficiente.

- A presença de ferimentos em lábios e/ou língua ou de liberação de esfíncteres podem sugerir estado pós-convulsivo.
- Considerar a possibilidade de intoxicação na presença de alterações pupilares simétricas.
- Obter informações com acompanhantes ou outras testemunhas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed14 – CRISE CONVULSIVA EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados;
- Eventual liberação esfincteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária;
- Na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfincteriana, informação de pessoa que presenciou o evento.

**Conduta**

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed1), com ênfase para:
    - Avaliar responsividade;
    - Aspirar secreções, se necessário;
    - Manter permeabilidade de vias aéreas;
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
    - Monitorizar oximetria de pulso de pulso e oferecer oxigênio ($O_2$) suplementar sob máscara não reinalante, se saturação de $O_2$ < 94%.
    - Aferir sinais vitais;
    - Avaliar glicemia capilar: comunicar a Regulação Médica se glicemia < 60 mg/dl;
    - Realizar entrevista SAMPLE e sinais vitais;
    - Proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça;
    - Prevenir hipotermia.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Solicitar apoio do suporte avançado de vida, se persistirem as crises convulsivas.
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A crise convulsiva ou epiléptica pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao sistema nervoso central.
- O estado de mal epiléptico é a ocorrência de crises epilépticas prolongadas (acima de 5 minutos) ou repetitivas, persistindo por 30 minutos ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- Anotar sempre a frequência, a duração e as características da crise, quando presenciadas, ou obter informações junto aos circundantes e/ou testemunhas quando a crise não for presenciada pela equipe.
- Cuidado com medidas intempestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, com consequente hemorragia potencialmente perigosa.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, condutas adicionais de SIV podem incluir:

- Oferecer oxigênio ($O_2$) suplementar sob máscara não reinalante, se saturação de $O_2$ < 94%;
- Deve ser iniciado o uso de medicamentos apenas nas crises com duração superior a 5 minutos;
- Na crise com duração superior a 5 minutos, administrar **diazepam**:
    - Dose por via intravenosa (IV)/intraóssea (IO): 0,3 a 0,5 mg/kg/dose (0,06 a 0,1 ml/kg/dose), máximo de 10 mg/dose; não exceder velocidade de infusão de 1 mg/kg/min;
    - Dose por via retal (se acesso vascular não obtido): 0,5 a 1 mg/kg/dose (0,1 a 0,2 ml/kg/dose), máximo de 10 mg/dose;
    - Interromper a administração se cessar a crise;
    - Repetir por duas vezes, intervalos de 5 a 15 minutos, se necessário;

- Início de ação: 1 a 3 minutos (via retal: 2 a 6 minutos);
- Apresentação: uma ampola = 2 ml = 10 mg (0,1 ml = 0,5 mg).

- 2ª escolha: **midazolam**. Dependendo da via de administração:
  - IV/IO: 0,15 a 0,3 mg/kg/dose (0,03 a 0,06 ml/kg/dose), máximo de 5 mg/dose;
  - Intramuscular (IM): 0,2 mg/kg/dose (0,04 ml/kg/dose), máximo de 5 mg/dose, se acesso venoso não obtido;
  - Intranasal: 0,3 mg/kg/dose (0,06 ml/kg/dose), máximo de 7,5 mg/dose; usar metade em cada narina (aumenta a superfície de absorção) e usar a apresentação mais concentrada disponível (5 mg/ml );
  - Repetir por duas vezes se necessário;
  - Apresentação: uma ampola = 3 ml = 15 mg (1 ml = 5 mg).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
1ª Revisão: Julho/2016
2ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BPed15 – HIPOTERMIA EM PEDIATRIA (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- 

**Conduta**

1. 

**OBSERVAÇÕES:**

- 

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed16 – HIPERGLICEMIA EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Glicemia capilar › 200 mg/dl associada a um ou mais dos seguintes sinais clínicos: fadiga, náuseas, vômitos, hálito cetônico, polidipsia, poliúria, sinais clínicos de desidratação, taquicardia, taquipneia, dor abdominal (frequente) e alteração do nível de consciência.
- Paciente sabidamente diabético com glicemia › 600 mg/dl, com história de uso irregular de medicação e/ou transgressão de dieta com sintomas menos exuberantes, com predomínio de poliúria e polidipsia, podendo apresentar alteração variável do nível de consciência (confusão a coma).

**Conduta**

2. Realizar impressão inicial (Protocolo BPed1): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
3. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed1), com ênfase para:
    - Avaliar responsividade;
    - Avaliar o padrão respiratório (taquipneia);
    - Avaliar circulação (sinais clínicos de choque);
    - Avaliar sinais vitais;
    - Avaliar consciência (progressiva redução do nível de consciência).
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
    - Realizar entrevista **S**inais vitais, **A**lergias, **M**edicamentos em uso, **P**assado médico, **L**íquidos e alimentos, **E**ventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
    - Mensurar glicemia capilar;
    - Monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
    - Detectar sinais clínicos de desidratação.
5. Oferecer oxigênio ($O_2$) suplementar por máscara não reinalante com fluxo de 10 a 15 l/min se saturação de $O_2$ ‹ 94%.
6. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Sinais de desidratação no paciente pediátrico: mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele (turgor pastoso), extremidades frias e pulsos finos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed17 – HIPOGLICEMIA EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Em pacientes pediátricos com idade ≥ 1 mês (bebês e crianças) com glicemia capilar < 60 mg/dl. Reconhecer, para essa faixa etária, sinais e sintomas de hipoglicemia como: sudorese, ansiedade, taquicardia, fraqueza, cefaleia, confusão mental, fadiga, alteração de comportamento e sinais de hipoglicemia grave, como crises convulsivas e coma.
- Em pacientes no período neonatal (< 1 mês) e sintomáticos com glicemia capilar < 50 mg/dl. Reconhecer sintomas e sinais de hipoglicemia: letargia, apatia, hipotonia, irritabilidade ou tremores, reflexo de Moro exagerado, choro estridente, convulsões e mioclonia, cianose, apneia e irregularidade respiratória, taquipneia, hipotermia, instabilidade vasomotora, sucção débil, recusa alimentar, coma.

**Conduta**

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed1), com ênfase para:
   - Avaliar responsividade: se paciente não responsivo, comunicar imediatamente ao médico regulador;
   - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
   - Avaliar respiração e pulso;
   - Avaliar nível de consciência.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
   - Realizar entrevista SAMPLE;
   - Avaliar oximetria de pulso;
   - Avaliar glicemia capilar: se hipoglicemia, comunicar imediatamente ao Médico Regulador.

     ATENÇÃO: sempre que o paciente estiver inconsciente, avaliar glicemia capilar o mais rápido possível.
3. Oferecer oxigênio ($O_2$) por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se saturação de $O_2$ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, condutas adicionais de SIV podem incluir:

- Pacientes pediátricos ≥ 1 mês de idade: administrar glicose na dose de 0,5 a 1,0 g/kg, na forma de:
  - Glicose 25% na dose de 2 a 4 ml/kg, em *bolus*, IV (velocidade de infusão de 1 ml/min);
  - Reavaliar glicemia capilar em 10 minutos:
    - Se persistir < 60 mg/dl: repetir o bolus de glicose 25% e reavaliar glicemia 10 minutos após cada administração de bolus de glicose;
    - Considerar, especialmente nos casos de necessidade de repetição do *bolus* e/ou de transporte prolongado, quando atingir glicemia > 60 mg/dl: instituir infusão contínua de glicose, na dose de 2 a 5 mg/kg/min (na forma de glicose 10%: 1,2 a 3,0 ml/kg/hora).

      Observação: alternativa para obtenção da concentração aproximada de glicose 10%: diluir 10 ml de glicose 50% em 100 ml de soro glicosado 5%;

    - Alvo do tratamento: atingir níveis glicêmicos de 100 mg/dl.
- Pacientes com idade inferior a 1 mês (período neonatal) sintomáticos:
  - Administrar glicose 10% na dose de: 200 mg/kg ou 2 ml/kg, IV, em bolus;
  - Manutenção: infusão contínua de glicose 10% na velocidade de 8 mg/kg/min (5 ml/kg/hora);

- Em crises hipoglicêmicas (sintomas e glicemia < 50 mg/dl): repetir glicose 10% na dose de 2 ml/kg, em bolus;
- Alvo do tratamento: atingir níveis glicêmicos entre 65 e 110 mg/dl;
- Reavaliar glicemia capilar a cada 30 minutos, até sua estabilização, ou antes, se houver presença de sintomas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed18 – REAÇÃO ALÉRGICA - ANAFILAXIA EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Anafilaxia é altamente provável quando preencher qualquer um dos três critérios a seguir.

- 1º critério (presente em 80% dos casos)

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

  - Acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); ou
  - Redução da pressão arterial (PA) ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência).

- 2º critério

Dois ou mais dos seguintes fatores, que ocorrem agudamente (minutos a horas) após exposição a um provável alérgeno:

  - Envolvimento de pele e/ou mucosas;
  - Comprometimento respiratório;
  - Redução da PA ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência);
  - Sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

- 3º critério

Redução da PA com início agudo (minutos a horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente:

  - Bebê e criança: pressão sistólica baixa (idade específica – ver Protocolo de Parâmetros Pediátricos BPed0) ou queda maior que 30% na pressão sistólica basal;
  - Adolescente: pressão sistólica < 90 mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.

**Conduta**

1. Observar impressão inicial e realizar avaliação primária (Protocolo BPed1), com ênfase para:
   - Reconhecer precocemente o quadro, identificando um dos três critérios de inclusão;
   - Suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
   - Avaliar rapidamente o paciente: vias aéreas, respiração, circulação, estado mental, pele/mucosas.
2. Se anafilaxia for fortemente suspeitada, realizar, SIMULTÂNEA E IMEDIATAMENTE, os dois passos a seguir:
   - Posicionar o paciente: colocá-lo em decúbito dorsal e elevar os membros inferiores;
   - Se o paciente apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto (com leve inclinação da cabeceira), mantendo os membros inferiores elevados;
   - Não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita;
   - Entrar em contato com a Regulação Médica, passando os dados de forma sistematizada, para obtenção de apoio e/ou orientações.
3. Prosseguir na avaliação primária, com ênfase para:
   - Garantir a permeabilidade das vias aéreas;
   - Monitorar oximetria de pulso e oferecer oxigênio suplementar a 100%, 10 a 15 l/min., por mascara não reinalante, se saturação de oxigênio ($SatO_2$) < 94%;
   - Avaliar sinais vitais;
   - Detectar sinais de choque;
   - Ocorrência de parada respiratória e/ou parada cardiorrespiratória (PCR).
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2) com ênfase para:
   - Entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE) , procurando identificar o agente alergênico e história pregressa de alergias;

- Exame físico detalhado, assim que a condição clínica do paciente permitir;
- Monitorar: frequência cardíaca, pressão arterial, oximetria de pulso, condição respiratória.
- Atenção para a ocorrência de PCR: se ocorrer PCR, seguir o Protocolo BPed6.

5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
   - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
   - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Sinais de choque no paciente pediátrico (Protocolo BPed11): taquicardia (sinal precoce); taquipneia; pele fria, pálida, úmida, rendilhada; tempo de reenchimento capilar › 2 segundos; pulsos periféricos fracos; diminuição do nível de consciência; hipotensão arterial.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, condutas adicionais de SIV podem incluir:

- **Administrar epinefrina 1:1000 (1 mg/ml ),** na dose de 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg), máximo de 0,3 mg (0,3 ml ), via intramuscular (na região anterolateral do terço médio da coxa); pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos, com base na gravidade e na resposta à aplicação anterior; anotar o horário da aplicação;

  ATENÇÂO PARA O PREPARO DA EPINEFRINA: Preparar em seringa de 1 ml e injetar na coxa utilizando agulha 25x7 (ou 30x7 se musculatura hipertrófica ou obesidade no local).

- **Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo** e instalar SF 0,9% 500ml para manutenção (lento)
  - na presença de choque, **repor volemia com 1 a 2 litros de solução salina 0,9%, IV/IO** rapidamente, ou seja, 5 a 10ml/kg nos primeiros 5 a 10 minutos (em adulto); e

- Na presença de broncoespasmo associar:
  - Hidrocortisona, via IV/IO, na dose de 5 a 10 mg/kg, máximo de 250 mg; e
  - Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: quatro a oito jatos (400 a 800 mcg); pode ser repetido a cada 20 minutos, até três vezes, se houver broncoespasmo.
    - Alternativa ao Salbutamol: nebulização com fenoterol, na dose de uma gota para cada 3 kg de peso, máximo de 10 gotas, diluídas em 3-5 ml de soro fisiológico sob inalação por máscara com $O_2$ 6 l/min; pode ser repetida a cada 20 minutos, até três nebulizações.

  ASPECTOS GERAIS SOBRE OS EFEITOS ADVERSOS DA EPINEFRINA:

- Efeitos transitórios esperados após aplicação da dose recomendada de epinefrina, por qualquer via de administração incluem: palidez, tremores, ansiedade, palpitação, tontura e cefaleia; esses sinais indicam que a dose terapêutica foi ofertada;
- Efeitos adversos graves (arritmias ventriculares, crise hipertensiva, edema pulmonar) ocorrem potencialmente após dose excessiva de epinefrina, por qualquer via de administração; entretanto ocorrem principalmente após infusão IV, secundariamente a problemas na administração (como infusão IV rápida ou em bolo, infusão da droga sem a correta diluição).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
1ª Revisão: Julho/2016
2ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BPed19 – FEBRE EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Evidência de elevação da temperatura corporal em resposta a uma variedade de estímulos.
- Paciente pediátrico apresentando temperatura axilar › 37,8 °C, temperatura retal ≥ 38,3 °C, ou temperatura oral › 38 °C.
- Sinais clínicos de febre: extremidades frias, tremores e/ou calafrios, alteração do humor e/ou do nível de consciência, ocorrência de desidratação.

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial (Protocolo BPed1): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed1), com ênfase para:
    - Avaliar responsividade, respiração, pulso;
    - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
    - Instituir medidas físicas para redução da temperatura corpórea: remover excesso de roupas, exposição corpórea;
    - Manter o paciente em posição confortável.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
    - Realizar entrevista **S**inais vitais, **A**lergias, **M**edicamentos em uso, **P**assado médico, **L**íquidos e alimentos, **E**ventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
    - Verificar temperatura corpórea (axilar, oral ou retal);
    - Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Utilização de medidas físicas para redução da temperatura corpórea:
    - exposição corpórea;
    - considerar a utilização de compressas mornas ou frias, nunca geladas;
    - não utilizar compressas com álcool devido ao risco de absorção transcutânea.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, condutas adicionais de SIV podem incluir:

- Antitérmicos: geralmente estão indicados quando a temperatura ultrapassa 38,5 °C, mas esse limite pode não ser considerado quando:
    - Paciente já apresentou convulsão febril (nesse caso é válido medicar com 37,5 a 37,8 °C) ou se há risco de ocorrer esse quadro;
    - Paciente está incomodado por dor ou astenia;
    - Existe desidratação ou taquipneia (é evidente a importância de corrigir o déficit de líquidos e eletrólitos);
- **Paracetamol**: dose de 10-15 mg/kg/dose via oral (VO) de 6/6 h ou até de 4/4 h; administrar uma gota/kg/dose (da apresentação de 200 mg/ml ), máximo de 35 gotas/dose;
- **Ibuprofeno**: dose de 5-10 mg/kg/dose, VO de 6/6 h; usar uma a duas gotas/kg/dose (da solução 50 mg/ml ; uma gota = 5 mg) ou uma gota/kg/dose (da solução 100 mg/ml ; uma gota = 10 mg); máximo de 200 mg/dose;
- **Dipirona**: dose de 10 – 15 mg/kg/dose, de 6/6 h, por via:
    - Oral: 0,5 gota/kg/dose, máximo de 40 gotas/dose (20 gotas = 500 mg; uma gota = 25 mg);

- Intramuscular (IM) ou intravenosa (IV): 0,02 a 0,03 ml/kg/dose, máximo de 1 g/dose (2 ml ).
- Não repetir o mesmo antitérmico caso o paciente tenha recebido a última dose há menos de 4 a 6 horas (dependendo do intervalo mínimo exigido entre as doses para aquele medicamento).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
1ª Revisão: Julho/2016
2ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BPed20 – VÔMITOS EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Evidência de eliminação de conteúdo digestivo pela boca em decorrência de condições patológicas agudas ou crônicas.
- Evidência de comprometimento de outros sistemas (neurológico, gastrointestinal, respiratório, endocrinológico, genitourinário) e/ou outros fatores desencadeantes (intoxicações, rádio e quimioterapia).

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial (Protocolo BPed1): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed1) com ênfase para:
    - Avaliar responsividade, respiração, pulso;
    - Assegurar permeabilidade de vias aéreas;
    - Instituir medidas posturais para proteção de vias aéreas.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2) com ênfase para:
    - Realizar entrevista **S**inais vitais, **A**lergias, **M**edicamentos em uso, **P**assado médico, **L**íquidos e alimentos, **E**ventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE) e identificar possíveis causas;
    - Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar;
    - Caracterizar aparência do vômito (resíduo alimentar, bilioso, borra de café, fecalóide, presença de sangue), incidência e duração do quadro;
    - Detecção de sinais de desidratação.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2 e PE3).
- Sinais de desidratação no paciente pediátrico: mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele (turgor pastoso), extremidades frias e pulsos finos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed21 – EPISTAXE EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Sangramento nasal ativo, espontâneo ou associado às seguintes situações:

- História de trauma de face;
- Introdução de corpo estranho em cavidade nasal;
- Uso de medicações anticoagulantes ou história de alterações sanguíneas.

**Conduta**

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed1), com ênfase para:
    - Garantir permeabilidade das vias aéreas;
    - Manter cabeceira elevada;
    - Controlar sangramento por meio de compressão digital por 5 a 10 min;
    - Aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2) com ênfase para:
    - Entrevista Sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente (SAMPLE).
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Se o paciente for considerado crítico, o tempo de permanência na cena deve ser o mínimo possível.
- Não retardar o transporte na impossibilidade de obtenção de gelo.
- No caso de sangramento incoercível, com instabilidade hemodinâmica, considerar Protocolo de Choque (Protocolo BPed11).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão Julho/2016

## BPed22 – MANEJO DA DOR EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- A experiência de dor no paciente pediátrico envolve a interação de fatores físicos, psicológicos e comportamentais; além disso, depende do seu grau de desenvolvimento e do ambiente.
- Caracterização da intensidade da dor por meio de aplicação das seguintes escalas:

ESCALA FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability): utilizada na faixa etária de 0 a 6 anos

| PONTUAÇÃO | | | |
|---|---|---|---|
| **Categorias** | 0 | 1 | 2 |
| **Face** | Nenhuma expressão facial ou sorriso | Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse | Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas |
| **Pernas** | Normais ou relaxadas | Inquietas, agitadas, tensas | Chutando ou esticadas |
| **Atividade** | Quieto, na posição normal, movendo-se facilmente | Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tenso | Curvada, rígida ou com movimentos bruscos |
| **Choro** | Sem choro (acordado ou dormindo) | Gemidos ou choramingos; queixa ocasional | Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência |
| **Consolabilidade** | Satisfeito, relaxado | Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído | Difícil de consolar ou confortar |

ESCORE: dor leve = 1 a 3; moderada = 4 a 6; intensa = 7 a 9; insuportável = 10.

ESCALA NUMÉRICA DE DOR: utilizada a partir dos 7 anos de idade.

- Solicitar ao paciente que caracterize uma nota para qualificar a intensidade da dor referida.
- Escore: dor leve = 1 a 3; moderada = 4 a 6; intensa = 7 a 9; insuportável = 10.

**Conduta**

1. Realizar a impressão inicial (Protocolo BPed1): nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BPed1).
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed2), com ênfase para:
    - Realizar entrevista **S**inais vitais, **A**lergias, **M**edicamentos em uso, **P**assado médico, **L**íquidos e alimentos, **E**ventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);
    - Caracterizar a dor;
    - Obter dados sobre fatores associados à dor;
    - Avaliar a intensidade da dor de acordo com a escala adequada à faixa etária;
    - Remover o agente causal da dor, se possível.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- A caracterização da dor inclui (quando possível no paciente pediátrico):
    - Localização
    - Intensidade
    - Tempo de duração (início)
    - Periodicidade
    - Tipologia: cólica, peso, choque, queimação, etc.
    - Presença de irradiação
    - Características de instalação
    - Fatores de melhora e piora

- Os fatores associados com a dor de interesse na avaliação são, dentre outros:
  - Febre
  - Vômitos; alteração do ritmo intestinal
  - Alterações urinárias e ginecológicas
- Considerar a abordagem de cada tipo de agravo conforme protocolo específico.

**CONDUTA ADICIONAL EM SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA (SIV)**

Sob orientação médica, condutas adicionais de SIV podem incluir:

| FÁRMACOS PARA CONTROLE DA DOR | DOR LEVE (1 – 4) | DOR MODERADA (5 – 7) | DOR INTENSA (8 – 10) |
|---|---|---|---|
| **Analgésico simples – Opções e dose**<br>• Dipirona Sódica: 10-15 mg/kg/dose, 6/6 h; via oral (VO), intravenosa (IV), intramuscular (IM)<br>• VO: 0,5 gota/kg/dose (uma gota = 25 mg)<br>• IM ou IV: 0,02 a 0,03 ml/kg/dose<br>• Máximo de 1 g/dose (40 gotas ou 2 ml )<br>• Paracetamol*: 10-15 mg/kg/dose, 4/4 ou 6/6 h; VO; administrar uma gota/kg/dose, máximo de 35 gotas/dose (apresentação 200 mg/ml ); não ultrapassar 75 mg/kg/dia | SIM | SIM | SIM |
| **AINH – Opções e dose**<br>• Ibuprofeno*: 5-10 mg/kg/dose, 6/6 ou 8/8 h; VO; máximo de 200 mg/dose; uma a duas gotas/kg/dose (da solução 50 mg/ml ; uma gota = 5 mg) ou uma gota/kg/dose (da solução 100 mg/ml ; uma gota = 10 mg)<br>• Cetorolaco de trometamina*: 0,2 a 1 mg/kg/dose (0,007 a 0,03 ml/kg), 6/6 h; IM ou IV; máximo de 30 mg/dose. Via IV: infundir em no mínimo 15 segundos. | SIM | - | - |
| **Opióide fraco – Opções e dose**<br>• Tramadol*: 1 mg/kg/dose (0,02 ml/kg/dose), 6/6 h; IM ou IV; máximo 100 mg/dose (ou 2 ml/dose). Via IV: diluir em soro fisiológico e infundir em 20-30 minutos. | - | SIM | - |
| **Opióide forte – Opções e dose**<br>• Sulfato de Morfina: 0,1-0,15 mg/kg/dose (0,01 a 0,015 ml/kg/dose), 2/2 ou 4/4 h; IV, IM ou VO; máximo de 10 mg/dose.<br>• Fentanil : 1 - 2 mcg/Kg/dose (0,02 a 0,04 ml/kg/dose) em infusão lenta (mínimo 1 minuto); 2/2 h; IV; máximo de 100 mcg. | - | - | SIM |

**Este medicamento não integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2013*

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
1ª Revisão: Julho/2016
2ª Revisão: Setembro/2016 (inclusão SIV)

## BPed23 – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Na abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada (onde não é possível excluir a possibilidade de trauma).

**Conduta**

1. Garantir a segurança do local (Protocolo PE1).
2. Realizar impressão inicial: observação rápida (avaliação visual e auditiva do paciente nos primeiros segundos de atendimento), considerando:
    - Consciência: alerta, irritável ou não responde;
    - Respiração: esforço respiratório, sons anormais (estridor, chiado, gemência) ou ausência de movimentos respiratórios;
    - Coloração anormal da pele: palidez, cianose ou aspecto de mármore.
3. Ao avaliar a responsividade, executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical.
4. Se o paciente não responde:
    - 1º profissional: comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV);
    - 2º profissional: avaliar o paciente.
5. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta gasping, checar pulso simultaneamente e:
    - SE PULSO AUSENTE: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed6);
    - SE PULSO PRESENTE, MAS QUE PERMANECE COM FREQUÊNCIA ≤ 60 BATIMENTOS POR MINUTO (BPM) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas: reportar-se ao Protocolo de PCR (BPed6);
    - SE PULSO PRESENTE E > 60 BPM: reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória (BPed5).
6. Se o paciente não responde, mas respira:
    - Solicitar apoio do SAV e em seguida prosseguir com a avaliação primária.
7. Se o paciente responde, realizar a avaliação primária.

Avaliação primária (A, B, C, D, E)

- Avaliar a permeabilidade da via aérea e, se indicado, corrigir situações de risco com as seguintes ações:
    - Manter a permeabilidade das vias aéreas (Protocolo BP29);
    - Inspecionar a cavidade oral e, se necessário, aspirar secreções e retirar corpos estranhos (Protocolo BP31);
    - Considerar as manobras manuais de abertura de vias aéreas para o trauma (Protocolo BP28);
    - Considerar a utilização de cânula orofaríngea (Guedel) nos pacientes inconscientes, conforme Protocolo BP32;
    - Assim que possível, colocar o colar cervical e um coxim (2 a 3 cm de espessura), na região dorsal, das escápulas até o quadril, para manter a posição neutra da cabeça (Protocolo BP36 – Imobilização em prancha rígida).
- Ventilação: avaliar a presença de boa respiração e oxigenação
    - Ofertar oxigênio suplementar por máscara, independentemente da oximetria de pulso;
    - Observar se há distensão das veias do pescoço;
    - Frequência respiratória (taquipneia, bradipneia ou apneia): frequência < 10 ou > 60 incursões por minuto, em qualquer idade pediátrica, sugere problema potencialmente grave;
    - Expor o tórax e avaliar: ventilação, simetria na expansão torácica, presença de sinais de esforço respiratório;
    - Avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;

- Avaliar constantemente a oximetria de pulso;
- Considerar suporte ventilatório: ventilação assistida com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM), se orientado pela Regulação Médica, conforme BP30 (ventilar com volume suficiente apenas para garantir a elevação visível do tórax, monitorizando oximetria de pulso (no trauma, manter saturação de oxigênio entre 95 e 99%); cuidado para não hiperventilar.
- Na presença de lesões abertas no tórax, realizar curativo de três pontas.

- Circulação:
  - Controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado no Protocolo BP8 ou BP9);
  - Considerar os parâmetros vitais de acordo com a faixa etária (BPed0);
  - Avaliar frequência cardíaca;
  - Avaliar o reenchimento capilar (normal até 2 segundos);
  - Avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);
  - Avaliar pulsos periféricos: amplitude e simetria;
  - Verificar pressão arterial;
  - Observar distensão abdominal, que pode indicar a presença de sangramento intra-abdominal importante, além de poder ser causada por distensão gástrica (por deglutição de ar, choro ou ventilação com dispositivo BVM);
  - Na presença de sinais de choque, realizar contato com a Regulação Médica imediatamente (Protocolo BPed11).
- Avaliar o estado neurológico:
  - AVDI (alerta, verbal, dor e irresponsivo);
  - Escala de Coma de Glasgow (BPed0);
  - Exame pupilar: tamanho, fotorreatividade e simetria.
- Expor com prevenção da hipotermia:
  - Cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva;
  - Proteger o paciente da hipotermia com auxílio de cobertor ou manta aluminizada;
  - Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex. desligar o ar condicionado da ambulância);
  - Procurar por manchas e lesões em pele, deformidades, etc.;
  - Buscar evidências de sinais de maus tratos.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Para determinar a frequência respiratória no paciente pediátrico, deve-se contar por pelo menos 30 segundos e multiplicar por dois, para evitar imprecisões.
- Sinais de esforço respiratório: batimento de asa de nariz, retrações no tórax (intercostais e outras), balancim toracoabdominal (tórax retrai e abdome expande durante a inspiração), balanço da cabeça ao respirar, gemência.
- Lembrar que a ventilação do paciente pediátrico deve ser realizada com técnica e equipamento adequados à idade e peso (BPed0).
- Cuidado ao ventilar o paciente pediátrico; a ventilação muito agressiva ou com grandes volumes correntes pode causar hiperinsuflação e barotrauma, além de levar à distensão gástrica, resultando em regurgitação, aspiração e impedimento da ventilação adequada pela limitação da movimentação do diafragma.
- Atenção para a técnica adequada de inserção da cânula orofaríngea em pediatria (Protocolo BP32).
- Considerar e registrar no prontuário de atendimento a suspeita de sinais de maus tratos, quando:
  - Os pais demoram muito para chamar ajuda após o trauma;
  - Existe comportamento esquivo dos pais ou desinteresse dos mesmos quanto ao estado da criança;
  - As histórias da mãe, do pai e da criança e/ou de outras pessoas são incongruentes;
  - Houver discrepância entre a história e a intensidade das lesões;
  - Houver lesões em crânio, face (inclusive orais e periorais), genitais ou perianais;

- Na presença de cicatrizes antigas múltiplas ou lesões hemorrágicas em pele em diferentes estágios de evolução;
- Houver suspeita de fraturas de ossos longos em crianças menores de 3 anos de idade;
- Na presença de lesões bizarras, como queimaduras de cigarro, mordidas, marcas de cordas ou cintos, especialmente em áreas habitualmente não expostas;
- Sempre informar a suspeita de maus tratos ao profissional da unidade de destino.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BPed24 – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Na abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada, após a realização da avaliação primária e estabilização do paciente (Protocolo BPed23).

**Conduta**

1. Realizar entrevista SAMPLE (com o paciente, familiares ou terceiros):
    - Nome e idade;
    - Queixa principal;
    - Entrevista SAMPLE:
        - **S**: sinais e sintomas;
        - **A**: história de alergias;
        - **M**: medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso; horário da última dose;
        - **P**: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
        - **L**: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos;
        - **E**: eventos que levem à doença ou lesão atual; riscos no local.

    Obs.: Em pacientes inconscientes ou impossibilitados de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.

2. Realizar a avaliação complementar
    - Monitorizar oximetria de pulso;
    - Glicemia capilar: se < 60 mg/dl (ou < 50 mg/dl no neonato), informar imediatamente ao médico regulador.

3. Realizar o exame físico da cabeça aos pés, frente e dorso
    - Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade;
    - Técnicas a serem utilizadas: inspeção seguida de palpação.

    **Cabeça (crânio e face)**

    - Inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar), nariz, boca;
    - Identificar presença de secreções, sangue e/ou líquidos em cavidades naturais;
    - Identificar presença de corpos estranhos;
    - Identificar contusões, ferimentos abertos, deformidades ósseas, crepitações;
    - Observar alterações na coloração e temperatura da pele.

    **Pescoço**

    - Avaliar região anterior e posterior: procurar por contusões, ferimentos, crepitações, deformidades;
    - Observar em especial se há distensão das veias;
    - Palpar com muito cuidado a coluna cervical.

    **Tórax**

    - Inspeção: identificar sinais de esforço respiratório (batimento de asa de nariz; retração costal; balancim toracoabdominal, gemência), movimentos assimétricos, contusões, abrasões, ferimentos abertos e fechados; afundamentos, "sinal do cinto de segurança", cicatrizes;
    - Realizar a palpação cuidadosa em busca de crepitações subcutâneas e/ou ósseas.

**Abdome**

- Inspeção: observar contusões, lesões abertas e evisceração, abrasões, equimoses, distensão abdominal, "sinal do cinto de segurança";
- Palpação: pesquisar dor à palpação e rigidez.

**Pelve**

- Inspeção: observar formato da região, sangramentos, contusões, abrasões, equimoses, lacerações, fraturas expostas;
- Realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade, realizando compressão laterolateral e anteroposterior – **palpar uma única vez**;
- Inspecionar a região genital na presença de história de trauma local e/ou de sangramentos evidentes na região;
- Inspecionar, nos bebês e crianças, a região sob as fraldas/roupas, incluindo a região glútea, em busca de lesões sugestivas de maus tratos.

**Membros**

- Inspeção: observar deformidades, desvios, ferimentos, equimoses, hematomas, hemorragias, lesões cicatriciais, coloração, fraturas expostas;
- Palpar pulsos distais bilateralmente, descrevendo simetria e amplitude;
- Avaliar perfusão dos membros (reenchimento capilar);
- Avaliar a força motora (exceto no membro com suspeita de fratura), solicitando que o paciente (se possível para a idade):
  - Movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez;
  - Aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez;
- Realizar a avaliação sempre comparando um membro com o outro.

**Dorso**

- Inspecionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, ferimentos;
- Palpar caixa torácica posterior e a coluna durante o posicionamento na prancha longa em busca de dor.

4. Realizar avaliações seriadas dos sinais vitais, reenchimento capilar e nível de consciência.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma na busca das lesões.
- A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se sua realização implicar em atraso de transporte.
- Retomar a avaliação primária a qualquer momento se houver deterioração do quadro clínico do paciente.
- No paciente pediátrico, estar sempre atento à presença de lesões e sinais de maus tratos, **mesmo quando a história não sugerir essa hipótese**. Procurar por lesões em áreas não expostas.
- Considerar e registrar no prontuário de atendimento a suspeita de sinais de maus tratos, quando:
  - Os pais demoram muito para chamar ajuda após o trauma;
  - Existe comportamento esquivo dos pais ou desinteresse dos mesmos quanto ao estado da criança;
  - As histórias da mãe, do pai e da criança e/ou de outras pessoas são incongruentes;
  - Houver discrepância entre a história e a intensidade das lesões;
  - Houver lesões em crânio, face (inclusive orais e periorais), genitais ou perianais;
  - Na presença de cicatrizes antigas múltiplas ou lesões hemorrágicas de pele em diferentes estágios de evolução;
  - Houver suspeita de fraturas de ossos longos em crianças menores de 3 anos de idade;
  - Na presença de lesões bizarras, como queimaduras de cigarro, mordidas, marcas de cordas ou cintos, especialmente em áreas habitualmente não expostas;
  - Sempre informar a suspeita de maus tratos ao profissional da unidade de destino.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

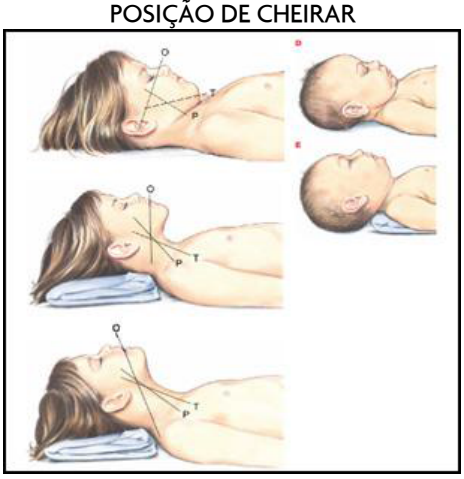
## BPed25 – ESPECIFICIDADES DA CRIANÇA VÍTIMA DE TRAUMA

**Características anatômicas e fisiológicas da criança a serem consideradas no atendimento inicial do paciente pediátrico**

Via aérea

- Cavidade oral pequena e língua e amígdalas relativamente grandes em relação à orofaringe predispõem à obstrução de vias aéreas, especialmente nos pacientes com rebaixamento do nível de consciência. Na intubação traqueal, há menos espaço para comprimir a língua anteriormente, o que dificulta o posicionamento com a lâmina do laringoscópio.
- A laringe em bebês e crianças tem posição mais cefálica e anteriorizada, o que dificulta a visualização durante a intubação, além de a epiglote ser longa e flexível. O uso de lâminas retas no laringoscópio pode criar um plano visual direto da boca até a glote, especialmente nos bebês, auxiliando a intubação.
- Nas crianças menores de 10 anos, a parte mais estreita das vias aéreas encontra-se abaixo das cordas vocais, na altura da cartilagem cricoide, e a laringe tem forma de funil.
- No bebê e na criança pequena, as vias aéreas subglóticas são menores e mais complacentes, e a cartilagem de suporte é pouco desenvolvida, tendendo a colapsar ou estreitar se ocorrer obstrução das vias aéreas superiores (por crupe, presença de corpo estranho ou epiglotite).
- Como a traqueia é curta (5 cm no bebê e 7 cm em criança de 18 meses), há maior risco de intubação seletiva ou de deslocamento acidental do tubo traqueal com qualquer movimentação da cabeça; por esse motivo, é importante a fixação adequada do tubo e a vigilância constante durante o transporte.
- Pequenas obstruções ou edemas das vias aéreas causam reduções relativamente grandes do seu diâmetro, levando a uma acentuada resistência ao fluxo de ar e, consequentemente, ao aumento do trabalho respiratório. Quando o fluxo aéreo é turbulento (por exemplo, durante o choro), a resistência a ele é ainda maior; por isso, deve-se tentar manter a criança o mais calma possível.
- O bebê e a criança necessitam de alta demanda de oxigênio por quilo de peso, pois sua taxa metabólica é elevada. Quando ocorre ventilação inadequada, a hipóxia se desenvolve muito rapidamente.
- O melhor posicionamento da cabeça para obtenção da permeabilidade da via aérea para ventilação com bolsa-valva-máscara ou para intubação traqueal é a chamada “posição de cheirar”, obtida pela flexão do pescoço para frente e pela extensão da cabeça sobre o pescoço, mas evitando a hiperextensão, que pode levar à obstrução das vias aéreas, especialmente em bebês. No bebê, essa posição pode ser obtida com a colocação de um coxim sob o tronco e, na criança maior de 2 anos, um coxim sob o occipício. Em ambas as situações, o orifício do conduto auditivo externo deve estar posicionado anteriormente ao ombro do paciente. Com isso, consegue-se o alinhamento dos eixos oral, faríngeo e traqueal, e, consequentemente, a permeabilidade das vias aéreas.

POSIÇÃO DE CHEIRAR



- Na "posição de cheirar" (extensão da articulação atlantoccipital), a coluna cervical fica em hiperextensão ao nível de C1-C2 e em hiperflexão ao nível de C5-C6. Por isso, ela não deve ser usada nos pacientes com possível trauma na coluna; nesses, a colocação do coxim deve manter a cabeça e o pescoço em posição neutra.
- No diafragma da criança, há predomínio de fibras musculares do tipo II, que são fibras de contração rápida, porém menos resistentes à fadiga. Assim, o aumento do trabalho respiratório provoca mais precocemente a fadiga da musculatura respiratória.
- O occipício relativamente grande no bebê e na criança ‹ 8 anos naturalmente flete o pescoço quando em posição supina e superfície plana, causando obstrução da via aérea.
- Todos esses fatores somados tornam o paciente pediátrico mais predisposto ao desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda do que o adulto.

Cabeça e pescoço

- Na criança ‹ 8 anos, a cabeça é proporcionalmente maior em relação ao corpo; como resultado, o trauma de crânio está frequentemente associado a outros traumas e é importante causa de mortalidade.
- A cabeça proporcionalmente grande e mais pesada torna o impacto do movimento da cabeça sobre o pescoço maior na criança; assim, as lesões na altura de C1 e C2 (até C4) são mais comuns em crianças menores de 8 anos do que as lesões de cervical inferior.
- A vértebra da criança é menos rígida, mais cartilaginosa do que óssea e, portanto, menos sujeita a fraturas. Os músculos paravertebrais, ligamentos e tecidos moles circundantes são elásticos e menos resistentes.
- Como os ligamentos não são fortes e as vértebras são menos rígidas, podem ocorrer lesões ligamentares e na medula nervosa, sem que haja lesões ósseas das vértebras visíveis radiograficamente – *spinal cord injury without radiographic abnormalities* (SCIWORA) –, especialmente nos traumas com mecanismo de aceleração-desaceleração e nas quedas.
- A proeminência da região occipital na criança menor de 8 anos pode exacerbar uma instabilidade de lesão na coluna cervical, daí a importância da colocação de um coxim sob o tronco durante a imobilização em prancha longa.

Tórax

- Crianças têm parede torácica mais complacente, de forma que as fraturas de costela são menos comuns e a lesão do parênquima pulmonar (contusão) está frequentemente presente sem lesões ósseas; além disso, devido à mobilidade das estruturas mediastinais, a criança tem maior probabilidade de desenvolver pneumotórax hipertensivo do que o adulto.
- A presença de fratura de uma única costela deve ser entendida como trauma grave, com risco de morte; se houver duas ou mais costelas fraturadas, especialmente as posteriores, deve-se considerar como situação altamente sugestiva de maus-tratos.

Abdome:

- Nos bebês e nas crianças pequenas, o fígado e baço estão menos protegidos pelas costelas, estando mais suscetíveis à lesão direta.

Sistema musculoesquelético:

- O esqueleto da criança não é completamente calcificado e contém vários centros cartilaginosos de crescimento, sendo mais elástico e menos capaz de absorver as forças cinéticas aplicadas sobre ele do que o esqueleto do adulto, o que leva à ocorrência de lesões internas significativas, com presença de lesões externas mínimas.
- As crianças são mais suscetíveis às fraturas das fises (placas de crescimento) do que das diáfises.
- As perdas sanguíneas associadas à fratura isolada (mesmo de fêmur) são menores do que no adulto e, em geral, não causam, por si só, instabilidade hemodinâmica.

Constituição corporal

- A criança apresenta menor quantidade de gordura corporal, maior elasticidade do tecido conjuntivo e maior proximidade dos órgãos internos, o que faz com que as forças exercidas sobre o corpo infantil não se dissipem tão bem quanto no adulto e espalhem energia para vários órgãos, causando lesões múltiplas em diferentes órgãos e tecidos. O padrão do trauma infantil é o traumatismo multissistêmico.
- A criança apresenta, proporcionalmente, maior superfície corporal do que o adulto, além de ter menor quantidade de tecido adiposo, sendo, portanto, mais suscetível à hipotermia.

Equipamentos

- O atendimento pediátrico exige equipamentos e insumos adequados para os diferentes tamanhos de criança, e esse material deve estar sempre disponível.

Ambiência

- A equipe do atendimento pré-hospitalar (APH) deve dedicar atenção especial aos responsáveis pelo paciente pediátrico, que poderão estar aflitos e ansiosos. Isso exige paciência, compreensão e boa comunicação por parte dos profissionais. A presença de membros da família durante o atendimento da criança, com o devido esclarecimento dos mesmos quanto à avaliação e aos procedimentos realizados, reduz tanto a ansiedade do paciente quanto dos familiares.
- No caso de paciente pediátrico desacompanhado, é importante seguir as orientações do Protocolo PE11.
- É importante que os profissionais do APH redobrem sua atenção e seu grau de suspeição quando tratar-se de vítima pediátrica de trauma. Estar sempre atento à presença de lesões e sinais sugestivos de maus tratos, mesmo quando a história não sugerir essa hipótese. Procurar por lesões em áreas não expostas.

Elaboração: Junho/2016

## BPed26 – AFOGAMENTO EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando houver tosse, dificuldade respiratória ou parada respiratória decorrente de imersão/submersão em líquido.

**Conduta**

1. Realizar impressão inicial e avaliação primária (BPed23), com ênfase em:
    - Permeabilidade da via aérea: aspirar em caso de presença de espuma ou líquido em grande quantidade em cavidade nasal e oral;
    - Avaliar padrão respiratório: taquipneia ou bradipneia, desconforto respiratório (dispneia, retrações no tórax), respiração superficial, apneia;
    - Avaliar oximetria e administrar $O_2$ 100% por máscara facial ou, se necessário, ventilação assistida com bolsa-valva-máscara (BVM), em caso de $SatO_2$ < 94% ou na presença de desconforto respiratório;
    - Avaliar a presença de sinais de choque;
    - Avaliar nível de consciência.
2. Realizar avaliação secundária (BPed24), com ênfase em:
    - Monitorar oximetria de pulso;
    - Exame físico detalhado, em busca de lesões traumáticas;
    - História SAMPLE.
3. Tranquilizar o paciente consciente.
4. Se o paciente estiver em parada respiratória, atender conforme protocolo específico de parada respiratória em suporte básico de vida (SBV) (BPed5).
5. Se o paciente estiver em parada cardiorrespiratória (PCR), atender conforme protocolo de parada cardiorrespiratória em SBV (BPed6), lembrando que, na vítima de submersão, as manobras devem seguir padrão A-B-C, com prioridade para a abordagem da via aérea (permeabilidade e ventilação).
6. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, do tronco e dos membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Na ausência de trauma associado ou diante da demora do transporte, providenciar repouso em posição de recuperação, pelo risco de vômitos, se indicado.
8. Controlar hipotermia: retirada das roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- Atenção para a possibilidade de lesão de coluna cervical.
- ATENÇÃO: todos os pacientes pediátricos vítimas de submersão, mesmo que assintomáticos, devem ser transportados para o hospital, devido à possibilidade de aparecimento tardio de sintomas respiratórios.
- Os pacientes em PCR devem ser transportados para o hospital, pois deverão receber esforços de ressuscitação por período mais prolongado.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

## BPed27 – QUEIMADURAS EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

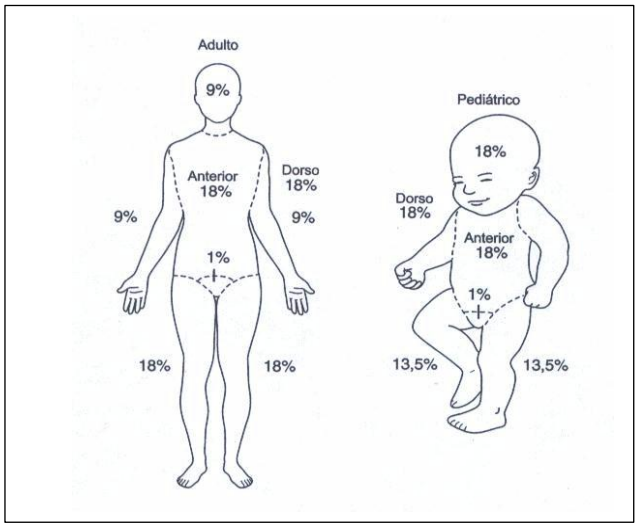
Na presença de lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou do contato com chamas, líquidos ou superfícies quentes.

**Conduta**

1. Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente.
2. Realizar impressão inicial e avaliação primária (Protocolo BPed23), tratando as condições que ameacem a vida.
3. No politraumatizado grave, tratar primeiro o trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura, e depois a queimadura.
4. Manter a permeabilidade da via aérea com especial atenção para o aspecto geral da face do paciente: observar presença de sinais que sugiram possível queimadura de vias aéreas (queimaduras em cílios, sobrancelhas, pelos do nariz) e condições respiratórias; nesses casos, entrar em contato imediatamente com a Regulação Médica.
5. Monitorizar a oximetria de pulso.
6. Administrar oxigênio em alto fluxo.
7. Estimar a porcentagem de superfície corpórea queimada (SCQ) utilizando a regra dos nove:

Queimadura térmica (calor): regra dos nove para estimativa da SCQ

| ÁREA CORPORAL | % NO ADULTO | % NA CRIANÇA |
|---|---|---|
| Cabeça e pescoço | 9 | 18 |
| Membros superiores | 9 (cada) | 9 (cada) |
| Membros inferiores | 18 (cada) | 13,5 (cada) |
| Tronco anterior | 18 | 18 |
| Tronco posterior | 18 | 18 |
| Genitais | 1 | 1 |




(Fonte: Atendimento Pré-Hospitalar ao Politraumatizado. Tradução da 6ª edição, 2007, pg. 337)

8. Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas.
9. Irrigar com soro fisiológico (SF) em abundância (em temperatura ambiente), objetivando o resfriamento da área queimada; em seguida, cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes.
10. Realizar avaliação secundária (Protocolo BPed24), procurando identificar outras lesões ou condições clínicas que não coloquem em risco imediato a vida do paciente.
11. Avaliar glicemia capilar e, na presença de hipoglicemia, comunicar o médico regulador (Protocolo BPed17).
12. Retirar objetos como anéis, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele.
13. Prevenir a hipotermia, preferencialmente com manta metálica.

14. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, do tronco e dos membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
15. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
    - Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde de destino;
    - Registrar achados e procedimentos no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas, como: outras lesões traumáticas, queimaduras de vias aéreas, inalação de fumaça e resíduos tóxicos.
- Não romper ou perfurar bolhas no atendimento pré-hospitalar (APH).
- O uso de água gelada ou gelo é contraindicado para o resfriamento da queimadura.

CUIDADO: o resfriamento de queimaduras extensas pode provocar hipotermia, especialmente no paciente pediátrico.

- Na presença de queimaduras que envolvam toda a circunferência do pescoço, do tórax ou dos membros, informar imediatamente o médico regulador.
- ATENÇÃO para a possibilidade de MAUS-TRATOS. Sempre remover o paciente para um hospital quando houver essa possibilidade, mesmo que a queimadura seja de primeiro grau e em pequena superfície corpórea. Anotar detalhadamente no prontuário de atendimento (registrar inclusive que há suspeita de maus-tratos) e informar essa suspeita ao médico que receber o caso no hospital. Deixar cópia do prontuário de atendimento (com o registro dessa situação) no hospital, que deverá desencadear o processo de notificação compulsória do caso.
- Lesões que indicam maus-tratos: queimaduras com pontas de cigarro, marcas de ferro de passar roupas ou contato com outras superfícies quentes, queimaduras com líquido escaldante por imersão (limites bem definidos nas extremidades e nádegas), lesões envolvendo períneo, ou quando as informações da história são conflitantes com os achados clínicos.
- • Lembrar que maus-tratos serão informados pelos familiares ou cuidadores como "acidentes". O grau de suspeição de quem presta atendimento pode salvar a vida de uma criança. A notificação é compulsória.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SBV

# BP1 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: MANOBRAS MANUAIS DE ABERTURA



**Indicação**

Paciente inconsciente em decorrência de agravo clínico ou traumático, com possível obstrução da via aérea pela flacidez da língua.

**Conduta**

1. Material
   - EPI obrigatório.
2. Procedimentos
   - Utilizar EPI.
   - Realizar manobra conforme indicado:
     - AGRAVOS CLÍNICOS: Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento; e
     - AGRAVOS TRAUMÁTICOS: Manobra de tração da mandíbula no trauma e suas variações.

**Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento**



Indicada para pacientes de agravos clínicos nas quais não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma.

- Posicionar uma das mãos sobre a testa e a outra com os dedos indicador e médio tocando o mento da vítima.
- Realizar movimento de elevação do mento da vítima.
- Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.
- Manter a boca do paciente aberta.

**Manobra de tração da mandíbula no trauma *(Jaw Thrust)***

Indicada para vítimas de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.



- Posicionar-se à cabeceira do paciente.
- Realizar o controle manual da coluna cervical para alinhamento e estabilização em posição neutra, colocando as mãos espalmadas uma de cada lado da face do paciente. Os dedos indicadores do profissional devem inicialmente apontar para a direção dos pés.



- Posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar força simétrica para elevar a mandíbula anteriormente (para frente), enquanto promove a abertura da boca com os polegares.

**Manobra de tração da mandíbula no trauma (Jaw Thrust) - Alternativa**

Indicada para vítimas de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.

- Posicionar-se ao lado do paciente;
- Manter a imobilização da cabeça e do pescoço em posição neutra a partir da colocação das mãos uma de cada lado do paciente. Os dedos devem inicialmente apontar para a direção da cabeça;
- Posicionar os dedos polegares na face e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente;

- Com os dedos posicionados, aplicar pressão simétrica na mandíbula para move-la anteriormente (para a frente) e levemente para baixo (em direção aos pés).



**Manobra de elevação do mento no trauma *(Chin Lift* no trauma)**

Indicada para vítimas de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.

- São necessários 2 profissionais (ideal).
- O primeiro profissional se posiciona à cabeceira do paciente e executa o alinhamento manual da cabeça em posição neutra, estabilizando a coluna.
- O segundo profissional se posiciona ao lado do paciente e com a mão pinça a arcada dentária inferior usando como base o mento do paciente.
- Com os dedos posicionados, o profissional traciona o mento anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.



**OBSERVAÇÕES:**

- Retirar manualmente, com espátulas ou pinças de Maguill, quaisquer corpos estranhos que possam ser observados na cavidade bucal.
- Aspirar secreções preferencialmente com sonda de aspiração de ponta rígida.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Março/2015

# BP2 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: ASPIRAÇÃO

**Indicação**

Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreções, sangue ou corpos estranhos das vias aéreas superiores.

**Conduta:**

1. Material e equipamentos
    - EPIs obrigatórios.
    - 2 pacotes de gazes estéreis.
    - Luva estéril.
    - Soro fisiológico 0,9% - ampola de 10 ml .
    - Fonte de vácuo ou aspirador portátil.
    - Cateter de aspiração de tamanho apropriado ou cânula de ponta rígida para uso no caso de suspeita de trauma.
    - Oxímetro de pulso.
2. Procedimento
    - Utilizar EPIs.
    - Comunicar ao paciente sobre o procedimento necessário.
    - Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador, mantendo-a dentro do invólucro.
    - Calçar as luvas de procedimentos ou estéreis, de acordo tipo de procedimento.
    - Retirar a sonda do pacote.
    - Segurar a extremidade da sonda com uma gaze.
    - Ligar o aspirador.
    - Pinçar o látex de aspiração.
    - Considerar a técnica de introdução da sonda de acordo com o tipo de agravo do paciente:
        - Aspiração oral e nasotraqueal
            a. Agravos clínicos:
                i. Introduzir sonda flexível na cavidade nasotraqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando lentamente em movimentos circulares; e
                ii. introduzir a sonda flexível na cavidade oral com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.
            b. Agravos traumáticos:
                i. introduzir sonda de ponta rígida (se disponível), posicionando-a lateralmente na cavidade oral e, com o látex pinçado, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimento único; e
                ii. não realizar movimentos circulares na retirada.
            c. Aspiração do tubo traqueal
                i. Pré-oxigenar o paciente com 100% de $O_2$.
                ii. Calçar luva estéril.
                iii. Desacoplar o ventilador mecânico ou BVM com reservatório do tubo traqueal.
                iv. Inserir a sonda flexível estéril no tubo traqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.
                v. Manter aspiração por 15 segundos no máximo.
                vi. Ventilar o paciente com BVM, com reservatório acoplado à fonte de oxigênio.
    - Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se ponta rígida metálica).

- Retirar as luvas.
- Registrar o procedimento no Prontuário de Atendimento, incluindo aspecto e quantidade de secreções e resposta do paciente.

**OBSERVAÇÕES:**

- Para determinar a profundidade de inserção da sonda nasotraqueal, mensurar o cateter do lóbulo da orelha até a comissura labial do paciente.
- Em casos de aspiração nasotraqueal, manter monitorização cardíaca e de saturação.
- Analisar durante todo o procedimento o risco de comprometimento da função cardiopulmonar, náusea e vômito.
- Realizar o procedimento quantas vezes for necessário.
- Interromper e oxigenar imediatamente, caso haja queda brusca da saturação.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Considerar a posição semi-fowler ou fowler para a aspiração, (contraindicada nos casos de trauma).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: agosto/2014
Revisão: abril/2015

# BP3 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: CÂNULA OROFARÍNGEA (COF)



**Indicação**

- Paciente inconsciente sem reflexo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.
- Para prevenir a mordedura do tubo traqueal em pacientes intubados.

**Conduta:**

1. Material e equipamentos
    - EPIs obrigatórios.
    - COF de tamanhos variados para adultos.
2. Procedimento
    - Utilizar EPIs.
    - Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica.
        i. Posicionar a COF próxima à face do paciente e realizar a medida da distância entre a comissura labial e o lóbulo inferior da orelha do mesmo lado. É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.



3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.
4. Inserir a COF conforme técnica.





    - No adulto, inserir a COF com a concavidade voltada para o palato duro, até atingir a parede posterior da faringe, quando deve sofrer uma rotação de 180° e ser acomodada.
5. Registrar o procedimento no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmo e vômitos.
- Se ocorrer reflexo de tosse ou vômito suspenda o procedimento.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

# BP4 – DISPOSITIVOS PARA OXIGENIOTERAPIA: CATÉTER DE OXIGÊNIO



**Indicação**

Pacientes conscientes, com respiração espontânea e leve desconforto respiratório, que necessitam de baixo fluxo de oxigênio.

**Conduta:**

1. Materiais e equipamentos
    - EPIs.
    - Cateter nasal tipo óculos.
    - Fluxômetro.
    - Fonte de oxigênio.
    - Extensão / látex.
    - Opção para: umidificador e água destilada.
2. Procedimento
    - Utilizar EPIs.
    - Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
    - Adaptar o extensor ao fluxômetro.
    - Introduzir cada uma das extremidades do cateter em cada narina.
    - Passar cada um dos ramos dos óculos por trás dos pavilhões auriculares à D e à E e ajustá-los na região submaxilar, sem apertar.
    - Conectar o cateter nasal ao extensor/látex, abrir e regular o fluxômetro, conforme prescrição médica com limite de 6l/min.
    - Registrar o procedimento e seus resultados no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- Considerar a velocidade do fluxo de acordo com a concentração de $O_2$ desejada ($FiO_2$):

**Tabela de concentração de oxigênio do cateter nasal tipo óculos**

| DISPOSITIVO | VELOCIDADE DE FLUXO | $FIO_2$ |
|---|---|---|
| Cateter Nasal | 1 l/min | 21 % a 24 % |
| | 2 l/min | 25 % a 28 % |
| | 3 l/min | 29 % a 32 % |
| | 4 l/min | 33 % a 36 % |
| | 5 l/min | 37 % a 40 % |
| | 6 l/min | 41 % a 44 % |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Março/2015

# BP5 – DISPOSITIVOS PARA OXIGENIOTERAPIA: MÁSCARA FACIAL NÃO REINALANTE COM RESERVATÓRIO



**Indicação**

Pacientes com importante desconforto respiratório, que necessitam de altas concentrações de $O_2$, mas que se mantêm responsivos e com ventilação espontânea. Inclui a presença de:

- Sinais de hipoxemia/hipóxia tissular;
- sinais de desconforto respiratório; e
- $SatO_2 \leq 94\%$.

**Conduta:**

1. Materiais e equipamentos
   - EPIs.
   - Máscara facial não-reinalante, com reservatório de oxigênio tamanho adulto.
   - Fluxômetro.
   - Fonte de oxigênio.
   - Extensor/ látex.
   - Opção para: umidificador e água destilada 50 ml .
2. Procedimento
   - Utilizar EPIs.
   - Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
   - Adaptar o extensor/látex da máscara ao fluxômetro.
   - Selecionar e regular a velocidade do fluxo de $O_2$, de acordo com a $FiO_2$ prevista na prescrição médica, sendo o mínimo 6l/min e o máximo 10l/min.
   - Colocar a máscara sobre o nariz e boca do paciente e adaptar o elástico na região occipital, ajustando suas extremidades.
   - Registrar o procedimento e seus resultados no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- Considerar a velocidade do fluxo de acordo com a concentração de $O_2$ desejada ($FiO_2$).
- No transporte prolongado, proteger pavilhão auricular, posicionando uma compressa de gaze sob o elástico de fixação.

**Tabela de concentração de oxigênio da máscara facial com reservatório**

| DISPOSITIVO | FREQUÊNCIA DE FLUXO | $FIO_2$ |
|---|---|---|
| Máscara facial não-reinalante com reservatório de $O_2$ | 6 l/min | 60% |
| | 7 l/min | 70% |
| | 8 l/min | 80% |
| | 9 l/min | 90% |
| | 10 a 15 l/min | 95 a 100% |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Março/2015

# BP6 – DISPOSITIVOS PARA OXIGENIOTERAPIA: MÁSCARA DE VENTURI



**Indicação**

Pacientes com hipoxemia moderada a grave, sugestiva de DPOC, que necessitam de controle rigoroso da oferta de $O_2$. Inclui:

- sinais de desconforto respiratório; e
- $SatO_2 \leq 94\%$.

**Conduta:**

1. Materiais e equipamento
    - EPI.
    - Máscara de Venturi e conectores diversos (diluidores codificados de concentração).
    - Látex.
    - Fluxômetro.
    - Fonte de oxigênio.
    - Opção para: umidificador e água destilada
2. Procedimento
    - Utilizar EPIs.
    - Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
    - Adaptar o extensor/látex ao fluxômetro;
    - Selecionar máscara e diluidor codificado de concentração de oxigênio, de acordo com prescrição médica.
    - Colocar a máscara sobre o nariz e a boca do paciente e ajustar o elástico;
    - Regular o fluxo de oxigênio de acordo com o "diluidor codificado de concentração" indicado e adaptar o extensor/látex à máscara.
    - Registrar o procedimento e seus resultados no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.
- No transporte prolongado proteger pavilhão auricular, posicionando uma compressa de gaze sob o elástico de fixação.
- Considerar a tabela abaixo para relacionar os diluidores codificados, sua concentração permitida e o fluxo necessário para promovê-la.

| TABELA DE DILUIDOR CODIFICADO DE CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO | | |
|---|---|---|
| DILUIDOR CODIFICADO | CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO | FLUXO DE OXIGÊNIO |
| AZUL | 24% | 4 l/min |
| AMARELO | 28% | 4 l/min |
| BRANCO | 31% | 6 l/min |
| VERDE | 35% | 8 l/min |
| VERMELHO | 40% | 8 l/min |
| LARANJA | 50% | 12 l/min |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BP7 – OXIMETRIA

**Indicação**

Pacientes que necessitem de avaliação do funcionamento/comprometimento ventilatório e/ou cardiovascular.

**Conduta:**

1. Materiais e equipamento
   - EPI.
   - Oxímetro portátil com sensor adequado.
2. Procedimento
   - Utilizar EPIs.
   - Comunicar e orientar o paciente sobre o procedimento prescrito.
   - Escolher e preparar a região em que será colocado o sensor (em adultos, preferir MMSS, dedo indicador).
   - Ligar o dispositivo.
   - Aguardar o medidor fornecer a leitura digital do valor (cerca de 30 segundos).
   - Registrar dados no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- É importante que a fonte de luz e o detector estejam alinhados, secos e limpos.
- Se a leitura dos resultados for suspeita por incompatibilidade com o quadro, verifique a condição clínica e os sinais vitais do paciente e, em seguida, inspecione o oxímetro para verificar seu funcionamento.
- Fatores de interferência na medida da saturação:
  - baixa saturação de oxigênio - inferior a 70%;
  - movimentação excessiva do paciente;
  - luminosidade excessiva;
  - baixa perfusão periférica (hipotensão, hipotermia, etc.);
  - hipóxia local;
  - suspeita de anemia;
  - hiperpigmentação da pele;
  - edema local;
  - convulsão;
  - interferência (esmalte de unhas);
  - utilização incorreta do sensor;
  - oclusão arterial próxima ao sensor (oclusão patológica, mecânica e/ou traumática);
  - pacientes em PCR ou choque; e
- Nos casos em que há dificuldade de detecção nas extremidades (má perfusão?), optar pelo lóbulo da orelha.
- Informar ao médico regulador a evolução/comportamento dos valores da oximetria.
- Nos casos em que não há detecção de leitura, checar o cabo de energia elétrica e o cabo intermediário. Sendo o oxímetro portátil, checar as pilhas/baterias.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

# BP8 – CONTROLE DE HEMORRAGIAS: COMPRESSÃO DIRETA

**Indicação**

Ferimentos ou lesões com sangramentos externos visíveis observados durante a avaliação inicial.

**Conduta:**

1. Material
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Gaze ou compressa estéril
   - Atadura de crepe ou bandagem triangular
   - Tesoura de ponta romba
2. Procedimentos
   - Utilizar EPI;
   - Identificar o local do sangramento;
   - Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário;
   - Expor a ferida (cortar as roupas, se necessário);
   - Verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal;
   - Aplicar gazes ou compressa estéril diretamente sobre o ferimento;
   - Aplicar compressão manual direta sobre o ferimento (a pressão deve ser mantida até que o sangramento pare);
   - Realizar curativo compressivo utilizando bandagem triangular, atadura de crepe ou outro material disponível para fixação:
     - Ferimentos nas extremidades podem receber enfaixamento circular;
     - Sangramentos no pescoço podem receber enfaixamento circular sob a axila contralateral;
   - Após a aplicação do curativo compressivo, verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
   - Na persistência do sangramento externo em membros superiores ou inferiores, considerar o uso do torniquete (Protocolo BP9);
   - Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- A compressão direta deve ser a primeira opção técnica no controle das hemorragias externas.
- Caso haja indícios de sangramento sob o curativo, não remover a atadura ou bandagem encharcada, aplicar um novo curativo sobre o primeiro exercendo maior pressão manual. Caso não haja controle da hemorragia com essa técnica, considerar o uso do torniquete.
- Não remover objetos encravados. Nesse caso, a pressão deve ser aplicada em um dos lados do objeto.
- Lesões no couro cabeludo requerem compressão ao longo das bordas do ferimento. Na presença de fraturas abertas ou afundamento craniano, a compressão deve ser realizada com cuidado, seguida de enfaixamento apropriado.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BP9 – CONTROLE DE HEMORRAGIAS: TORNIQUETE

**Indicação**

Ferimento em membros superiores ou inferiores com hemorragia externa incontrolável mesmo após compressão direta.

**Conduta:**

1. Material
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Compressa e/ou gazes
   - Dispositivo específico comercial ou esfigmomanômetro ou outro recurso com pelo menos 10cm de largura que possa ser adaptado para garroteamento.
2. Procedimentos
   - Utilizar EPI;
   - Expor o ferimento (cortar as vestes se necessário);
   - Verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
   - Instalar o dispositivo escolhido imediatamente acima do ferimento (sentido proximal);
   - Aplicar força de compressão suficiente até produzir uma pressão que cesse completamente o sangramento e o fluxo arterial distal:
     - Com esfigmomanômetro: insuflar o manguito;
     - Com recurso adaptado com pelo menos 10 cm de largura: promover compressão por garroteamento;
     - Com dispositivo específico comercial: seguir as orientações do fabricante para o correto manuseio e alcance dos objetivos;
   - Manter o ferimento coberto, com atenção especial à reavaliação do local, monitorando a presença de novos sangramentos.
3. Registrar a realização do procedimento e a hora do início da aplicação do torniquete no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Não remover objetos encravados.
- A identificação do horário da aplicação do procedimento pode ser realizada com um pedaço de esparadrapo sobre o dispositivo. Seu objetivo é favorecer o monitoramento do tempo de aplicação.
- O profissional deverá manter observação contínua sobre o membro durante todo o atendimento. Idealmente o torniquete não deve ficar por mais de duas horas.
- Torniquetes frouxos podem aumentar o sangramento pela inibição do retorno venoso e manutenção do fluxo sanguíneo arterial.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BP10 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL

**Indicação**

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, logo após a avaliação primária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

**Conduta:**

1. Material
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Álcool a 70 %
   - Algodão
   - Esfigmomanômetro com manguito específico (pediátrico, adulto e obeso)
   - Estetoscópio
2. Procedimentos
   1. Utilizar EPI;
   2. Para o preparo do paciente:
      - Explicar o procedimento ao paciente;
      - Sempre que possível, colocar o paciente em posição confortável;
      - Posicionar o braço apoiado com a palma das mãos para cima, os cotovelos levemente fletidos e à altura
      - do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal);
   3. Para a instalação do esfigmomanômetro:
      - Expor o membro a ser utilizado para a aferição, evitando compressão pelas vestes, que preferencialmente devem ser retiradas;
      - Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (adulto, pediátrico, obeso);
      - Localizar a artéria braquial por palpação para determinar o local correto do manguito;
      - Instalar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem deixar folga, centralizando-o sobre a artéria braquial;
   4. Para determinar o nível máximo de insuflação (estimativa da pressão sistólica):
      - Método palpatório:
        - Palpar o pulso radial;
        - Insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso radial;
        - Registrar mentalmente o valor;
        - Desinflar rapidamente o manguito, aguardando 10 a 15 segundos para iniciar nova insuflação.
      - Método auscultatório:
        - Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial (sem compressão excessiva);
        - Insuflar o manguito até o momento em que há o desaparecimento do pulso;
        - Registrar mentalmente o valor;
        - Desinflar rapidamente o manguito, aguardando 10 a 15 segundos para iniciar nova insuflação.
   5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
   6. Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica.
   7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
   8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e em seguida aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
   9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
   10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
   11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.

12. Limpar o estetoscópio e as olivas com algodão embebido em álcool a 70%.
13. Registrar no Prontuário de Atendimento os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço no qual a pressão arterial foi medida.

**OBSERVAÇÕES:**

- Durante a checagem dos materiais é importante certificar-se que o esfigmomanômetro registra corretamente o zero da escala;
- Os serviços devem desenvolver estratégias para a calibragem frequente do esfigmomanômetro;
- Evitar conversar com o paciente durante a realização do procedimento;
- Não aplicar o manguito sobre braço que estiver com cateter endovenoso;
- Tabela de referência para escolha do manguito adequado:

| DIMENSÕES DA BOLSA DE BORRACHA PARA DIFERENTES CIRCUNFERÊNCIAS DE BRAÇO EM CRIANÇAS E ADULTOS | | | |
|---|---|---|---|
| **Denominação de manguito** | Circunferência do braço (cm) | Bolsa de borracha (cm) | |
| | | Largura | Comprimento |
| Recém-nascido | ≤ 10 | 4 | 8 |
| Criança | 11 – 15 | 6 | 12 |
| Infantil | 16 – 22 | 9 | 18 |
| Adulto pequeno | 20 – 26 | 10 | 17 |
| Adulto | 27 – 34 | 12 | 23 |
| Adulto grande | 35 - 45 | 16 | 32 |

*Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão;17(1):11-17, 2010.*

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BP11 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA CARDÍACA

**Indicação**

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

**Conduta:**

1. Materiais
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Relógio
2. Procedimento
   1. Utilizar EPI;
   2. Explicar o procedimento ao paciente;
   3. Colocar o paciente em posição confortável, se possível, e com o braço apoiado;
   4. Posicionar a polpa digital dos dedos indicador e médio sobre a artéria radial, fazendo leve pressão, suficiente para sentir a pulsação.

   Obs.: Considerando a idade, o agravo e a condição na cena, são opções para essa avaliação: artéria carótida, braquial, femoral, poplítea ou pediosa;

   5. Realizar a contagem dos batimentos durante 1 minuto;
   6. Observar também ritmo (regularidade dos intervalos - regular ou irregular) e volume (forte e cheio ou fraco e fino);
   7. Registrar no Prontuário de Atendimento os valores da frequência cardíaca (FC) obtida e as características de ritmo e volume.

**OBSERVAÇÕES:**

- Se oximetria estiver disponível, considerar a medida da frequência cardíaca realizada pelo dispositivo.
- Alterações de ritmo podem dificultar a aferição de pulso em área periférica.
- A avaliação de pulsos rítmicos pode ser realizada por 30 segundos e multiplicada por 2.
- Na suspeita de parada cardíaca ou parada cardiorrespiratória, ou na presença de instabilidade do quadro do paciente, optar pela avaliação em pulsos centrais: carotídeo ou femoral nos adultos e braquial ou femoral nos menores de 1 ano e crianças.
- Valores normais de FC para simples referência:

| IDADE | FREQUÊNCIA CARDÍACA | MÉDIA APROXIMADA |
|---|---|---|
| **Neonato** | 120 a 160 bpm | 140 bpm |
| **1 a 12 meses** | 80 a 140 bpm | 120 bpm |
| **1 a 2 anos** | 80 a 130 bpm | 110 bpm |
| **3 a 6 anos** | 75 a 120 bpm | 100 bpm |
| **7 a 12 anos** | 75 a 110 bpm | 95 bpm |
| **Adolescentes e adultos** | 60 a 100 bpm | 80 bpm |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BP12 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA



**Indicação**

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

**Conduta:**

1. Materiais e equipamento
    - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
    - Relógio
2. Procedimento
    1. Utilizar EPI;
    2. Explicar o procedimento ao paciente;
    3. Colocar o paciente em posição confortável, se possível;
    4. Observar os movimentos torácicos de expansão e retração (incursões respiratórias);
    5. Realizar a contagem dos movimentos torácicos de expansão por 1 minuto (incursões respiratórias por minuto – rpm);
    6. Registrar no Prontuário de Atendimento os valores da frequência respiratória (FR) obtida.

**OBSERVAÇÕES:**

- Complementar com a avaliação da regularidade, ritmo e profundidade da ventilação, e com a avaliação da utilização de musculatura acessória.
- É importante que o paciente não perceba que está sendo avaliado, para não ocorrer a indução da ventilação e a medida incorreta dos valores.
- Valores normais de FR para simples referência

| IDADE | FERQUÊNCIA RESPIRATÓRIA |
|---|---|
| Neonato | 30 a 60 rpm |
| Lactente | 30 a 50 rpm |
| Pré-escolar (2 anos) | 25 a 32 rpm |
| Criança | 20 a 30 rpm |
| Adolescente | 16 a 19 rpm |
| Adulto | 12 a 20 rpm |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BP13 – AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS: TEMPERATURA

**Indicação**

Todos os pacientes em atendimento por equipes do SAMU, como parte da avaliação secundária e sempre que necessário para a avaliação e monitoramento do resultado das intervenções realizadas e da evolução do quadro clínico.

**Conduta:**

1. Material
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Material para desinfecção: algodão e álcool a 70%
   - Termômetro
   - Relógio
2. Procedimento
   1. Utilizar EPI;
   2. Explicar o procedimento ao paciente;
   3. Colocar o paciente em posição confortável, preferencialmente;
   4. Realizar desinfecção do termômetro;
   5. Considerar a necessidade de enxugar a axila do paciente antes da aferição;
   6. Certificar-se que o termômetro esteja pronto para a aferição;
   7. Colocar o termômetro na axila, mantendo-o com o braço bem encostado ao tórax.

   Obs.: O paciente pode ser orientado a comprimir o braço contra o tórax;

   8. Retirar o termômetro após 5 minutos;
   9. Ler a temperatura apontada;
   10. Realizar a desinfecção do termômetro antes de guardá-lo;
   11. Registrar no Prontuário de Atendimento o valor obtido.

**OBSERVAÇÕES:**

- Após a desinfecção, o termômetro de coluna de mercúrio está pronto para uso se a temperatura apontada for menor que 35ºC.
- Não se afere a temperatura em vítimas de queimaduras no tórax, processos inflamatórios na axila ou fratura de membros superiores.
- Valores normais de temperatura corporal para simples referência:

| VARIAÇÃO DE TEMPERATURA DO CORPO | |
|---|---|
| **Estado térmico** | **Temperatura (ºC)** |
| Subnormal | 34-36 |
| Normal | 36-37 |
| Estado febril | 37-38 |
| Febre | 38-39 |
| Febre alta (pirexia) | 39-40 |
| Febre muito alta (hiperpirexia) | 40-42 |

- Na suspeita de hipotermia, considerar os valores de temperatura corporal de referência apontados no Protocolo BC17 ou BPed15.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BP14 – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

**Indicação**

Instrumento utilizado na avaliação neurológica para determinar o nível de consciência e detectar precocemente alterações. Permite avaliação objetiva da função cerebral principalmente em avaliações neurológicas seriadas.

**Conduta:**

1. Materiais
    - Equipamento de proteção individual obrigatório
2. Procedimento:
    1. Iniciar a avaliação pela abertura ocular e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida:
        - Se a abertura ocular é espontânea: **4 pontos;**
        - Na ausência de abertura ocular espontânea, utilizar um estímulo verbal solicitando a abertura dos olhos ou simplesmente chamando o paciente. Se o paciente atender ao estímulo verbal: **3 pontos;**
        - Na ausência de abertura ocular ao estímulo verbal, utilizar um estímulo doloroso, preferencialmente compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidomastoideo. Se o paciente abrir os olhos após o estímulo doloroso: **2 pontos;**
        - Na ausência de abertura ocular mesmo após estímulo doloroso: **1 ponto.**

        Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se pontuar 1 e apresentar justificativa. Exemplo: AO: 1 (edema periorbitário bilateral).

    2. Avaliar a resposta verbal e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Utilizar perguntas simples para avaliação da orientação em tempo, espaço e pessoa: "Como é seu nome?" ou "O que aconteceu com você?".
        - Considerar "orientado" o paciente que responde coerentemente às perguntas: **5 pontos;**
        - Considerar "confuso" o paciente que embora responda às perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: **4 pontos;**
        - Considerar o uso de palavras inapropriadas: **3 pontos;**
        - Considerar o uso de sons incompreensíveis: **2 pontos;**
        - Na ausência de resposta verbal: **1 ponto.**

        Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se pontuar 1 e apresentar justificativa. Exemplo: MRV: 1 (intubação) ou MRV:1 (T).

    3. Avaliar a resposta motora e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Dar um comando claro e simples para uma ação motora: "Mostre o dedo", "Abra as mãos", etc.
        - Se o paciente obedece ao comando: **6 pontos.**
            - Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo doloroso para avaliação da resposta. Preferir os seguintes estímulos: compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidomastoideo.
        - Considerar resposta de "localização" se o paciente localiza e tenta afastar o estímulo doloroso: **5 pontos.**
        - Considerar resposta de "retirada" se o paciente tentar afastar o estímulo doloroso mediante flexão do membro estimulado: **4 pontos.**
        - Considerar resposta de "flexão anormal (postura de decorticação)" se o paciente responder com adução do ombro e flexão do cotovelo, acompanhadas de flexão de punho e dedos associada a hiperextensão, flexão plantar e rotação interna do membro inferior (uni ou bilateral): **3 pontos.**
        - Considerar resposta de "extensão anormal (postura de descerebração)" se o paciente responder com hiperextensão dos membros, rotação de membro superior e flexão de punhos: **2 pontos.**
        - Considerar "resposta ausente" se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo doloroso: **1 ponto.**

4. Registrar no Prontuário de Atendimento o valor obtido.

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW EM ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DE 4 ANOS | | |
|---|---|---|
| Parâmetro | Resposta Observada | Pontuação |
| Abertura ocular | Abertura ocular espontânea | 4 |
| | Abertura ocular sob comando verbal | 3 |
| | Abertura ocular sob estímulo doloroso | 2 |
| | Sem abertura ocular | 1 |
| Melhor resposta verbal | Resposta adequada (orientada) | 5 |
| | Resposta confusa | 4 |
| | Respostas inapropriadas | 3 |
| | Sons incompreensíveis | 2 |
| | Sem resposta verbal | 1 |
| Melhor resposta motora | Obedece a comandos | 6 |
| | Localiza estímulos dolorosos | 5 |
| | Retira ao estímulo doloroso | 4 |
| | Flexão anormal (decorticação) | 3 |
| | Extensão anormal (descerebração) | 2 |
| | Sem resposta motora | 1 |

**OBSERVAÇÕES:**

- Cada indicador deve ser avaliado de forma independente dos demais.
- A pontuação varia de 3 (ausência de reatividade) a 15 (responsivo e alerta), somando-se os três itens avaliados (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora).
- É importante afastar causas clínicas e estados mórbidos prévios que alterem a função neurológica e possam afetar a sua avaliação.
- De acordo com a pontuação obtida na escala de Coma de Glasgow, os traumas cranioencefálicos (TCE) podem ser classificados em TCE leve: 13 a 15 pontos; TCE moderado: 9 a 12 pontos; TCE grave: 3 a 8 pontos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BP15 – ESCALA DE AVC DE CINCINNATI

**Indicação**

Em todas as situações de suspeita clínica de acidente vascular cerebral (AVC):

1. Sinais de alerta de AVC isquêmico:
    - Início súbito de déficits neurológicos focais: plegia ou paresia facial súbita (desvio da rima labial e alteração da expressão facial); plegia ou paresia em membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII) ou em dimidio; parestesia ou hipoestesia em face, MMSS ou MMII
    - Disfasia ou afasia súbita
    - Distúrbio visual súbito, uni ou bilateral
    - Alteração da marcha, coordenação e equilíbrio
    - Perda súbita de memória
    - Vertigem, síncope ou convulsão
    - Cefaleia de causa desconhecida
2. AVC hemorrágico: Geralmente sem sinais de alerta, suspeitar quando presentes:
    - Cefaleia súbita e intensa, sem causa conhecida
    - Náuseas e vômitos
    - Diplopia
    - Alteração do nível de consciência (de confusão mental a irresponsividade)

**Conduta:**

1. Materiais
    - Equipamento de proteção individual obrigatório
2. Procedimentos
    - Aplicar a Escala de Cincinnati – avaliação rápida de três parâmetros:

| PARÂMETROS | COMO TESTAR | COMO AVALIAR | |
|---|---|---|---|
| | | NORMAL | ALTERADO |
| Presença de plegia, paresia ou assimetria facial súbita | Pedir ao paciente para sorrir ou mostrar os dentes | Movimentação simétrica da face | Movimentação assimétrica da face |
| Presença de debilidade dos MMSS | Pede-se ao paciente para fechar os olhos e elevar os MMSS, mantendo-os na posição por 10 segundos | Ambos os membros são sustentados igualmente | Ausência de movimento ou extensão parcial de um membro |
| Presença de alteração da fala | Pede-se ao paciente para dizer uma frase. Pode-se perguntar o nome e o endereço completo | Fala correta, com pronúncia clara | Fala incompreensível ou inadequada, ou o paciente é incapaz de falar |

**OBSERVAÇÕES:**

- Diante da suspeita de AVC, realizar avaliação primária (Protocolo BC1) e avaliação secundária (Protocolo BC2) e implementar medidas básicas de suporte conforme Protocolo BC14.
- Existem muitas sugestões de frase para avaliação da presença de alterações da fala. O Manual de Rotinas para Atenção ao AVC do Ministério da Saúde sugere a frase "O Brasil é o país do futebol".

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro /2016
Revisão: Julho/2016

# BP16 – AVALIAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

**Indicação**

Avaliação do nível glicêmico do paciente com:

- Alteração do nível de consciência (Protocolos BC14, BC15, BTox3)
- Convulsão (Protocolo BC16 e BPed14)
- Outros sinais de hipo ou hiperglicemia (Protocolos BC18 e BC19; BPed16 e BPed17)
- História pregressa de patologia metabólica (diabete, hipoglicemia, hiperglicemia) com ou sem uso de insulina
- Quaisquer outras situações conforme indicação do protocolo e/ou sob ordem do médico regulador ou médico na cena

**Conduta:**

1. Materiais e equipamento
    - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
    - Material para antissepsia: algodão/gaze e almotolia de álcool 70%
    - Glicosímetro (conforme modelo padronizado no serviço)
    - Lancetas estéreis e/ou lancetador apropriado
    - Fitas reagentes compatíveis com o modelo de glicosímetro disponível
    - Coletor de resíduos perfurocortantes
2. Procedimento
    1. Utilizar EPI;
    2. Separar o material adequado;
    3. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento se possível;
    4. Escolher o sítio para punção; dar preferência à lateral da extremidade das polpas digitais;
    5. Limpar a área com algodão umedecido com álcool 70% e aguardar secagem;
    6. Ligar o aparelho e posicionar a fita reagente no aparelho;
    7. Realizar leve pressão na ponta do dedo para favorecer o enchimento capilar;
    8. Realizar punção com a lanceta e/ou lancetador no bordo lateral da polpa digital;
    9. Obter volume de sangue sufi ciente para preencher o campo reagente da fita (superfície absorvente da fita reagente);
    10. Após absorção da gota, pressionar o local da punção com algodão embebido em álcool 70%;
    11. Aguardar a leitura digital do valor da glicose sanguínea;
    12. Comunicar o resultado ao paciente e à equipe;
    13. Desprezar a lanceta no coletor de resíduos perfurocortantes e demais materiais no lixo contaminado;
    14. Realizar a desinfecção do glicosímetro de acordo com as orientações do fabricante s/n;
    15. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
    16. Registrar os valores mensurados no Prontuário de Atendimento;
    17. Comunicar o resultado e seguir orientação da Regulação Medica ou do médico na cena.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3S (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem podem realizar este procedimento, desde que capacitados. Os serviços devem garantir que seus profissionais sejam capacitados para o uso do glicosímetro disponível.
- Considerar:
    - a realização de teste ou calibração do glicosímetro conforme recomendação do fabricante
    - a verificação da compatibilidade do código do glicosímetro e da fita reagente.
- A secagem pós-antissepsia (antes da punção) é fundamental para evitar alteração no resultado.
- Alguns modelos de glicosímetro ligam automaticamente ao se inserir a tira.
- Devido ao posicionamento anatômico das terminações nervosas, a punção na lateral da extremidade das polpas digitais pode reduzir a percepção da dor.

- A quantidade de material sanguíneo deve ser suficiente para o preenchimento da área capilar, caso não seja adequado, realizar nova punção.
- Pacientes com baixa perfusão podem requerer aquecimento da extremidade ou seu posicionamento abaixo da linha do coração.
- Na necessidade de repetir o procedimento, atentar para a importância do rodízio do local.
- Recomenda-se repetir a avaliação em caso de valores alterados: glicemia elevada (ou HI- high) e abaixo de 60 mg/dl e após a abordagem medicamentosa (se indicado).
- Mantenha a caixa de fitas reagentes em local seco e fresco (<40 °C).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BP17 – COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL

**Indicação**

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna cervical.

**Conduta:**

1. Material
   - EPI obrigatório
   - Colar cervical de tamanho apropriado
2. Procedimento
   - Utilizar EPI.
   - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
   - Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 realiza a estabilização manual da cabeça com a duas mãos e com a ajuda de uma leve tensão no sentido axial, realiza o alinhamento em posição neutra.

Atenção: O alinhamento deve ser evitado ou interrompido se houver resistência ou dor ao movimento, piora da condição ventilatória ou ocorrência de espasmos musculares do pescoço e parestesia.

- O profissional 2 realiza a avaliação do pescoço e região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Devem ser avaliados rapidamente: face, pescoço, traqueia, condições de jugulares, clavículas, coluna cervical e pulso carotídeo.
- Em seguida, o profissional 2 utiliza seus dedos para medir o pescoço do paciente, (distância entre a mandíbula e o ombro).



- Usando esta medida aproximada, o profissional 2 seleciona o tamanho adequado do colar. No caso de colares ajustáveis, deve-se realizar o ajuste o tamanho indicado, certificando-se que este está travado no tamanho selecionado.



- Enquanto a estabilização e alinhamento da cabeça são mantidos, o profissional 2 instala o colar.
- Pode haver variação da técnica de instalação a depender da posição do paciente:
  - paciente em DDH (imagem ao lado) a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície, complementando-se pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento;
  - paciente sentado ou em pé a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento complementando-se com a passagem por trás do pescoço.



- O ajuste do colar é complementado pela checagem do correto posicionamento:
  - do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula de um ângulo ao outro;
  - do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do paciente; e
  - dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e trapézio.
- Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral de cabeça.

3. Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A instalação do colar não é prioridade máxima no atendimento ao politraumatizado enquanto a estabilização manual da cabeça puder ser realizada de forma eficiente por um profissional. No entanto esse dispositivo é importante para a imobilização, pois limita os movimentos da coluna cervical e ajuda

a sustentar o pescoço, protegendo a coluna de compressão.

- O paciente que apresenta comprometimento das vias aéreas, respiração ou circulação deve receber as intervenções de correção desses problemas antes da instalação do colar cervical, enquanto um profissional executa a estabilização manual da cabeça. Assim que for possível, o colar deverá ser instalado.
- No paciente consciente, com boa ventilação e circulação e na vítima inconsciente sem comprometimento das vias aéreas, o colar cervical pode ser aplicado concomitantemente ao controle manual da coluna.
- É contra indicado o uso do colar cervical:
  - em situações onde o alinhamento não possa ser obtido. Nesses casos, o posicionamento da cabeça deve ser mantido com controle manual e outras estratégias de imobilização para evitar movimentação.
  - na presença de objeto encravado no pescoço ou região, nesses casos o objeto deve ser fixado e o controle manual mantido em associação a outras estratégias de fixação para evitar a movimentação da cabeça.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Março/2015

# BP18 – IMOBILIZAÇÃO SENTADA: DISPOSITIVO TIPO COLETE (KED)

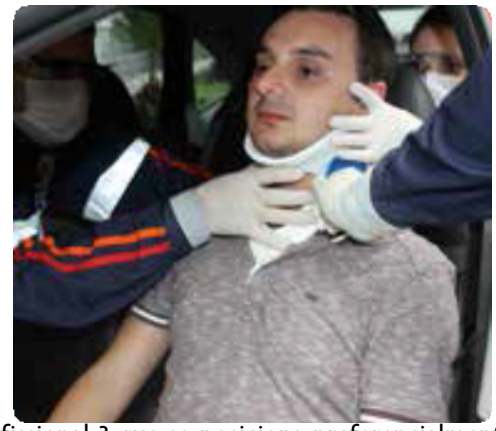


**Indicação**

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado (no carro ou em outra situação) e que não é portador de risco de vida imediato.

**Conduta:**

1. Material
    - EPI obrigatório .
    - Colete de imobilização dorsal *(Kendrick Extrication Device* – KED ou similar).
    - Colar cervical.
    - Prancha longa.
    - Bandagem triangular ou similar.
    - Maca.
2. Procedimento
    - Utilizar EPI.
    - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
    - Realizar manobra conforme indicado:
        - O profissional 1 deve se posicionar por trás do paciente e realizar a estabilização manual da cabeça, posicionando os dedos médios de ambas as mãos na região do zigomático, polegares na nuca e os dedos mínimos e anulares na mandíbula do paciente.



        - O profissional 2 deve abordar o paciente pela lateral mais adequada e avaliar as vias aéreas, respiração e circulação (pulso, hemorragias e perfusão distal) para certificar-se que o paciente não corre risco à vida imediato.
        - Em seguida, o profissional 2 mensura e aplica o colar cervical no paciente com o auxilio do profissional 3 que se posiciona preferencialmente pela lateral oposta.



        - Para posicionar o colete imobilizador no paciente enquanto a estabilização da cabeça é mantida, o profissional 3 deve apoiar uma das mãos sobre o tronco anterior e a outra na região dorsal (tronco posterior).
        - Sob comando verbal, o paciente é movimentado em bloco para frente pelos profissionais 1 e 3, apenas o suficiente para que o colete imobilizador seja posicionado entre o paciente e o encosto, pelo profissional 2.

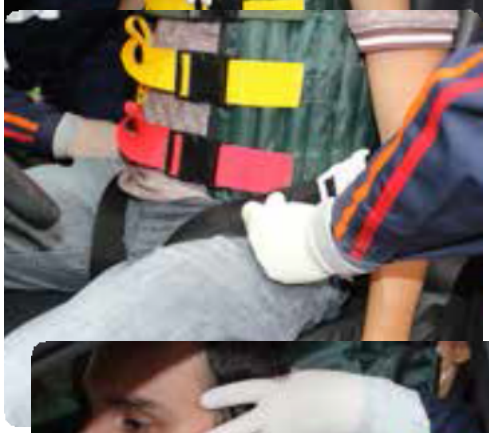
OBS.: Os tirantes longos da virilha devem ser abertos e posicionados atrás do colete antes de sua instalação.

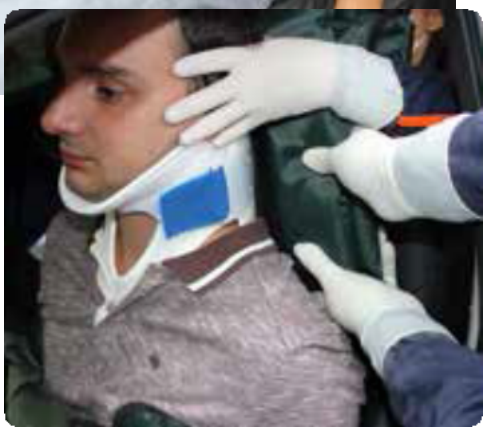
- Após posicionar o colete imobilizador entre o encosto e o paciente, as abas laterais do equipamento são ajustadas à altura do paciente de forma que sua parte superior toque as axilas para, em seguida, serem ajustadas em torno do tronco.
- Os profissionais 2 e 3, realizam o afivelamento dos tirantes iniciando pelo central (amarelo), seguido do tirante inferior (vermelho) e, finalmente, o tirante superior (verde).
- Os profissionais devem garantir que o tirante superior (verde) posicionado no tórax não esteja apertado e comprometendo a ventilação. Esse tirante deve ser mantido frouxo até que o paciente esteja pronto para ser retirado, quando então será ajustado como os demais.





e





- O profissional 1 deve manter a estabilização manual da cabeça durante todo o procedimento.
- Os tirantes longos da virilha que já estavam soltos, devem ser posicionados e ajustados sob cada membro inferior e conectado ao colete do mesmo lado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa da nádega no sentido de frente para trás.
- Atenção especial deve ser dada a genitália que não deve ficar sob os tirantes.
- Quando corretamente posicionados, os tirantes da virilha devem ser ajustados (apertados).
- Nesse momento é necessário revisar e ajustar os tirantes do tronco, exceto o superior (verde).
- Com os tirantes do tronco e dos membros inferiores afivelados e revisados, deve ser finalizada a colocação do colete com a imobilização da cabeça.
- Para isso é preciso analisar se é necessário preencher espaço entre a cabeça é o colete para manter o alinhamento neutro. Se necessário pode ser utilizado acolchoamento.
- Em seguida, posiciona-se as tiras de fixação da cabeça. A primeira passando na testa do paciente e a segunda sobre o colar cervical (altura do mento do paciente).
- As tiras devem ser presas com o velcro no corpo posterior do KED (a tira superior deve ficar bem justa para evitar qualquer movimento e a tira inferior mais solta para permitir a ventilação).
- Nesse momento, o paciente está imobilizado (tronco, pescoço e cabeça) e o profissional 1 está apto a deixar sua posição.
- Antes de movimentar o paciente, todos os tirantes devem ser reavaliados. O tirante superior do tórax deve ser ajustado adequadamente neste momento.



- Os dois antebraços do paciente devem ser posicionados um sobre o outro e imobilizados com a ajuda de bandagens triangulares ou utilizando as sobras dos tirantes longos.
- O paciente está pronto para ser removido.
- Se possível a prancha longa deve ser posicionada sobre a maca ou esta deve estar próxima à saída do paciente para evitar deslocamentos longos.
- A prancha longa é posicionada sob as nádegas do paciente, apoiada no assento, enquanto do outro lado é apoiada pelo profissional ou pela maca.



- Para a sustentação da prancha poderá ser solicitado o apoio dos demais profissionais (bombeiros, policiais, etc.,) presentes na cena.
- Os profissionais 2 e 3 deverão proceder a remoção sustentando o paciente pelas alças do colete enquanto giram, levantam e movem o paciente para fora em movimentos curtos e sincronizados.
- Enquanto o paciente é girado em direção do lado da saída, seus membros inferiores são elevados em direção ao assento, se necessário passado sobre o console, uma por vez.
- Os giros devem ser realizados até que o paciente esteja com as costas voltadas para a prancha.



- Assim que o paciente for girado em direção à prancha longa, ele deve ser deitado sobre prancha mantendo os membros inferiores elevados.
- Nesse momento o cinto superior (verde) do tórax deve ser afrouxado para favorecer a ventilação e os cintos da virilha devem ser soltos para permitir que os membros inferiores sejam abaixados sobre a prancha.
- O paciente deve ser adequadamente posicionado na prancha longa com o colete para receber em seguida o afivelamento dos os cintos de segurança da prancha e da maca.



3. Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- Para paciente com lesões que coloquem a vida em risco, a técnica a ser utilizada é a de retirada rápida.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento, no entanto suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

# BP19 – RETIRADA DO PACIENTE: RETIRADA RÁPIDA (1 E 2 PROFISSIONAIS)



**Indicação**

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado no veículo ou em circunstancia similar, nas seguintes situações:

- Condições de risco à vida detectadas durante a avaliação primária;
- Paciente dificultando o acesso a outro em situação aparentemente mais grave.

**Conduta:**

1. Materiais e equipamentos
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Colar cervical
   - Prancha longa
2. Procedimento

TÉCNICA COM 2 PROFISSIONAIS

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível;
3. O profissional 1 deverá posicionar o paciente estabilizando a cabeça e a coluna cervical com ambas as mãos;
4. O profissional 2 deverá fazer a colocação do colar cervical mais adequado;
5. O profissional 1 deverá estabilizar cabeça, tronco e a coluna cervical da vítima usando braço e o ombro de forma que seu braço fique entre o banco e a vítima enquanto a mão fixará o quadril e a outra mão ajudará a estabilização da cabeça;
6. O profissional 2 deverá posicionar a prancha longa de forma que a extremidade inferior da prancha esteja seguramente apoiada e encostada no estribo do veículo e a outra extremidade no chão;
7. O profissional 1 deverá iniciar o giro do paciente com movimentos curtos e controlados em direção à prancha longa, enquanto o profissional 2 irá livrar os membros inferiores colaborando com o giro executado pelo profissional 1 de forma sincronizada;
8. O profissional 1 deverá manter a estabilização da cabeça e coluna cervical de forma manual até que a vítima fique com suas costas voltadas para o centro da prancha;
9. O profissional 2 deverá deslizar a vítima sobre a prancha longa até atingir a melhor posição para a retirada da prancha;
10. O profissional 1 deverá instalar os fixadores laterais de cabeça e assumir a cabeceira da prancha longa, enquanto profissional 2 deverá assumir a parte inferior da prancha e retirar a vítima do veículo;
11. Após retirar a vítima do veículo, executar a fixação definitiva na prancha longa;
12. Registrar o procedimento realizado no prontuário de atendimento.







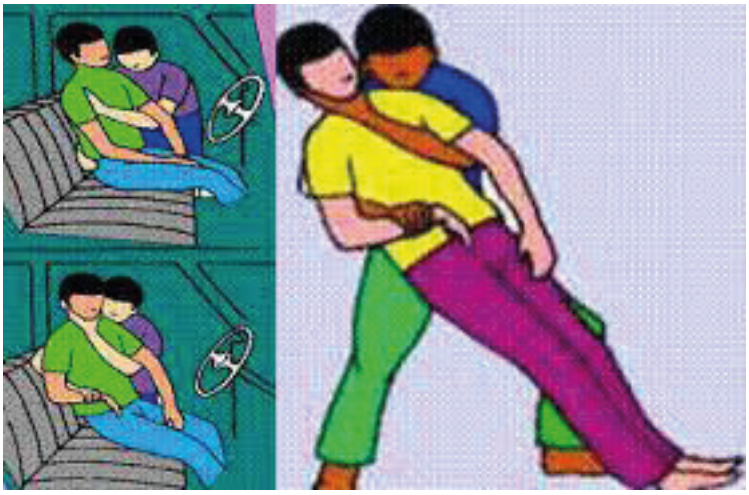
*As imagens são alusivas às diferentes fases do procedimento. Idealmente a retirada rápida deve ser realizada com 3 profissionais (Protocolo BP20).*

TÉCNICA COM 1 PROFISSIONAL

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível;
3. Verificar se o paciente não está preso nos pedais, ferragens ou outro obstáculo;
4. Considerar a abordagem de acordo com o posicionamento do paciente no veículo:

ABORDAGEM DO PACIENTE SENTADO À ESQUERDA DO VEÍCULO:

- Abordar o paciente lateralmente passando o braço esquerdo (E) do profissional por baixo do braço E do paciente e segurar o mento;
- Passar o braço direito (D) do profissional por trás e por baixo da axila D do paciente e segurar o punho D do paciente;
- Apoiar a face lateral E do paciente contra a face lateral D do profissional;
- Girar a vítima 90° para E e removê-la vigorosamente retirando-a do veículo;
- Deitar paciente no chão cautelosamente.



ABORDAGEM DO PACIENTE SENTADO À DIREITA DO VEÍCULO:

- Abordar o paciente lateralmente passando o braço D do profissional por baixo do braço D do paciente e segurar o mento;
- Passar o braço E do profissional por trás e por baixo da axila E do paciente e segurar o punho E do paciente;
- Apoiar a face lateral D do paciente contra a face lateral E do profissional;
- Girar a vítima 90° para D e removê-la vigorosamente, retirando-a do veículo;
- Deitar paciente no chão cautelosamente.
- Colocar colar cervical e imobilizar conforme protocolo, assim que possível;
- Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

TÉCNICA COM 2 PROFISSIONAIS

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1, que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Para paciente com lesões que não coloquem a vida em risco iminente, a técnica a ser utilizada é a de colete imobilizador (Kendrick Extrication Device, KED).
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical, os giros com pequenas movimentações e a redução nas trocas de posição entre os profissionais.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança, essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

TÉCNICA COM 1 PROFISSIONAL

- Quanto mais pesada a vítima, mais difícil será a aplicação da técnica.
- Sempre quando houver mais de um profissional, optar pelo trabalho de dois profissionais para evitar sobrecarga.
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as

circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BP20 – RETIRADA DO PACIENTE: RETIRADA RÁPIDA (3 PROFISSIONAIS)



**Indicação**

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado (no carro ou em circunstância similar) nas seguintes situações:

- condições de risco à vida detectadas durante a avaliação primária;
- cena insegura com risco para o paciente e os profissionais;
- paciente dificultando o acesso a outro com lesão mais grave.

**Conduta:**

1. Material
   - EPI obrigatório
   - Colar cervical.
   - Prancha longa com no mínimo três cintos.
   - Imobilizador lateral de cabeça com tirantes.
   - Maca.
2. Procedimento
   - Utilizar EPI.
   - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
   - Realizar manobra conforme indicado:
     - profissional 1 deve realizar o procedimento de estabilização e alinhamento manual da coluna cervical de preferência por trás do paciente.
     - Nesse momento uma avaliação rápida deve ser realizada e o colar cervical é posicionado.
     - Ainda com a estabilização manual, o profissional 2 executa a estabilização do tronco, enquanto o profissional 3 controla a região inferior das pernas.
     - Inicia-se uma série de giros curtos e controlados em direção a rota de saída.
     - As pernas do paciente devem ser movidas uma a uma, sobre o console se necessário.





a

a

     - Os profissionais 2 e 3 continuam a girar o paciente até que a estabilização manual da cabeça não possa mais ser efetuada por trás (dentro do veículo).
     - Nesse momento o profissional 2 assume a estabilização de fora do veículo, enquanto o profissional 1 se desloca para fora do carro podendo reassumir a estabilização.
     - Uma opção muito útil, é o profissional 2 efetuar estabilização manual pela frente, enquanto o profissional 1 posiciona e apóia a prancha longa para descida do paciente, se forma similar ao procedimento de colete imobilizador.
     - Quando o tronco do paciente estiver sobre a prancha, ele é posicionado sob arrasto para a cabeceira, porém com a manutenção da estabilização da coluna, agora pelo profissional 1 que não deve puxar o paciente e sim, apenas dar suporte à cabeça.
     - O arrasto é feito pelos profissionais 2 e 3.
     - Se a cena não é segura ou o paciente está grave, ele deve ser rapidamente removido do local para sua segurança e estabilização do quadro.



3. Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Para paciente com lesões que não coloquem a vida em risco iminente, a técnica a ser utilizada é a de colete imobilizador (KED).
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical, os giros com pequenas movimentações e a redução nas trocas de posição entre os profissionais.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

# BP21 – REMOÇÃO DO CAPACETE

**Indicação**

- Paciente em uso de capacete fechado com suspeita de trauma.
- procedimento tem como objetivo permitir o acesso imediato para o tratamento da via aérea e da ventilação do(a) paciente, e ainda, assegurar a estabilização da cabeça e da coluna cervical.

**Conduta:**

1. Material
   - EPI obrigatório
   - Colar cervical de tamanho apropriado.
2. Procedimento
   - Utilizar EPI.
   - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
   - Realizar manobra conforme descrito:
     - profissional 1 aborda o paciente por trás da cabeça e ajoelhado com os braços apoiados no chão ou nas coxas, estabiliza o capacete posicionando as palmas das mãos sobre ele enquanto os dedos se apoiam na borda inferior.



     - profissional 2 ajoelha-se ao lado e abre (ou retira) a proteção do rosto e também abre (ou corta) a tira de fixação do capacete.
     - profissional 2 deve assumir o controle manual da coluna cervical. Para isso, com uma das mãos fixa a mandíbula do paciente de um lado a outro, em movimento com o polegar e os dedos abertos enquanto apoia o braço sobre o esterno. A outra mão é posicionada por trás sob o pescoço na região occipital com o cotovelo apoiado no solo.



     - profissional 1 inicia a retirada do capacete fazendo um movimento para os lados (de abertura), ao mesmo tempo que mobiliza o capacete para cima e para baixo (balanço) tracionando-o para fora da cabeça do paciente. É preciso cuidado especial no momento de passagem sobre o nariz. Os movimentos devem ser lentos e controlados.
     - Assim que o capacete for totalmente retirado, enquanto o profissional 2 mantem o controle manual, sem deixar a cabeça se movimentar, o profissional 1 ajusta coloca coxins atrás da cabeça do paciente para auxiliar na manutenção da posição neutra e alinhada.
     - Após a colocação dos coxins, o controle manual da cabeça volta a ser efetuado pelo profissional 1 na forma padrão.
     - procedimento é finalizado com a colocação do colar cervical.



3. Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Pacientes em uso de capacete fechado na frente devem ter o dispositivo retirado logo no início da avaliação para acesso às vias aéreas e ventilação e detecção de hemorragias ocultas na região posterior.
- A retirada de capacete de paciente em posição ventral é similar e exige adaptação do posicionamento para o controle manual da cabeça e rolagem 180º antes da colocação do colar cervical.
- O capacete não deve ser retirado nos casos de excessiva dor ou parestesia ao movimento e na presença de objetos transfixados. A exceção para esses casos é a necessidade de acesso às vias aéreas comprometidas onde ele será retirado de qualquer maneira.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Abril/2015

## BP22 – ROLAMENTO EM BLOCO 90º

**Indicação**

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna vertebromedular que necessita ser posicionado em prancha longa ou outro dispositivo de transporte e/ou necessite de avaliação do dorso.

**Conduta:**

1. Material e Equipamento.
    - EPIs obrigatórios.
    - Colar cervical.
    - Imobilizador lateral de cabeça com tirantes.
    - Prancha longa.
    - Três cintos de segurança ou dispositivo similar.
2. Procedimento
    - Utilizar EPI.
    - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
    - Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 deve posicionar-se atrás da cabeça do paciente, com os joelhos e cotovelos apoiados para melhor estabilidade e realizar o alinhamento e estabilização manual da cabeça;
- Em seguida, o profissional 2 mensura e aplica o colar cervical no paciente.



- Mantendo a estabilização manual da cabeça, os profissionais 2 e 3 se posicionam à altura do tórax e à altura dos joelhos respectivamente;
- Os MMSS do paciente são avaliados e posicionados junto ao corpo e os MMII são colocados em posição anatômica.
- A prancha é posicionada do lado oposto ao rolamento, junto ao paciente com a borda superior posicionada pouco acima da cabeça;
- O profissional 2 posiciona uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral.
- O profissional 3 posiciona uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral.





- Após o posicionamento correto da prancha, o profissional 1 efetua novamente a contagem para posicionar o paciente de volta a posição de decúbito dorsal (DDH);



- O profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para início do rolamento do paciente em bloco à 90º.
- Nesse momento o profissional 2 deve avaliar a região dorsal em busca de possíveis lesões antes que a prancha seja posicionada.
- A prancha longa é posicionada ao longo do dorso do paciente;



- Com o paciente em DDH sobre a prancha e mantida a estabilização manual da coluna, os profissionais 1 e 2 seguram firmemente respectivamente pela cintura escapular e pélvica para movimentar o paciente para cima e lateralmente para posicioná-lo adequadamente sobre a prancha.
- Os profissionais 1 e 3 posicionam o imobilizador lateral de cabeça com os apoiadores laterais e os tirantes de mento e de fronte, a fim de evitar movimentos da cabeça.
- Para finalizar, os cintos de segurança devem ser posicionados para a correta fixação do paciente na prancha.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.

- Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da rolagem em bloco com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## BP23 – ROLAMENTO EM BLOCO 180º

**Indicação**

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna vertebromedular que se encontra em decúbito ventral ou semipronação e que necessita ser posicionado em prancha longa ou outro dispositivo de transporte.

**Conduta:**

1. Material e Equipamento.
    - EPIs obrigatórios.
    - Colar cervical;
    - Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
    - Prancha longa.
    - Três cintos de segurança ou dispositivo similar.
2. Procedimento
    - Utilizar EPI.
    - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
    - Realizar manobra conforme indicado:







- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça prevendo a posição final após a rotação completa.
- A rotação completa deve se dar na direção oposta da direção da cabeça.
- Os profissionais 1 e 2 posicionados à altura do tórax e dos joelhos, devem alinhar os MMSS considerando a rotação completa.
- A avaliação do dorso pode ser realizada antes da rolagem;
- O profissional 2 posiciona uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral ao mesmo tempo em que segura punho do paciente.
- O profissional 3 posiciona uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral.
- O profissional 3 posiciona a prancha do mesmo lado do rolamento, entre sua posição e a do paciente. O profissional 2 mantém o posicionamento do braço do paciente.
- A posição da prancha para o início do rolamento é à altura dos tornozelos;
- O rolamento deve ser realizado em 2 tempos.
- 1º tempo: Com a prancha posicionada, o profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para o rolamento do paciente em bloco à 90º.
- Nesse rolamento, a cabeça do paciente sofre uma rotação discretamente menor e mais lenta que o tronco até que à 90º cabeça e tronco estejam alinhados.




- 2º tempo: Com o paciente posicionado à 90º e sem atraso, o profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para complementar o rolamento do paciente em bloco à 180º.
- Uma vez em DDH sobre a prancha o paciente é movimentado em bloco para cima e em direção ao centro da prancha pelos profissionais 1 e 2 assim como descrito no técnica de rolamento à 90º (Protocolo BP22).
- Nesse momento o colar cervical é instalado pelo profissional 2;
- Os profissionais 1 e 3 posicionam o imobilizador lateral de cabeça com os apoiadores laterais e os tirantes de mento e de fronte, a fim de evitar movimentos da cabeça.
- Para finalizar, os cintos de segurança devem ser posicionados para a correta fixação do paciente na prancha.

- Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da rolagem em bloco com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## BP24 – PRANCHAMENTO EM PÉ (3 PROFISSIONAIS)

**Indicação**

Paciente com suspeita de trauma, indicação de imobilização de coluna vertebromedular e que deambula.

**Conduta:**

1. Material e Equipamento.
   - EPIs obrigatórios.
   - Colar cervical.
   - Imobilizador lateral de cabeça com tirantes.
   - Prancha longa.
   - Três cintos de segurança ou dispositivo similar.
2. Procedimento
   - Utilizar EPI.
   - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
   - Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 realiza a medição e a instalação do colar cervical.
- O profissional 3 posiciona a prancha longa atrás do paciente por entre os braços do profissional 1 e ajusta a prancha para que ela fique bem próxima do paciente.



- Profissional 1 mantem o alinhamento e estabilização da cabeça;
- Os profissionais 2 e 3 ficam em pé, voltados para o paciente, um de cada lado e posicionam o braço próximo ao paciente sob a axila segurando com a mãos, na alça mais próxima da prancha.
- A outra mão é posicionada na alça superior da prancha.





- Enquanto o alinhamento e estabilização são mantidos, sob comando de voz, o paciente e a prancha são lentamente baixados no chão
- O profissional 1 deve manter a estabilização manual fazendo movimentos rotacionais com a mão para se adaptar à descida.





- Quando este posicionamento não permitir mais a descida da prancha, os profissionais 2 e 3 devem soltar a parte superior da prancha e reposicionar seus braços sob os braços do profissional 1.
- O profissional 1 deve ajustar seu posicionamento das mãos para manter a estabilização manual e realizar os movimentos rotacionais com a mão para se adaptar à fase final da descida.





- Ao final da descida, o paciente é ajustado na prancha, recebe fixadores para a cabeça e é imobilizado na prancha longa com pelo menos 3 cintos de segurança.

- Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da movimentação em bloco sobre a prancha com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## BP25 – PRANCHAMENTO EM PÉ (2 PROFISSIONAIS)

**Indicação**

Paciente com suspeita de trauma, indicação de imobilização de coluna vertebromedular e que deambula.

**Conduta:**

1. Material e Equipamento.
    - EPIs obrigatórios.
    - Colar cervical;
    - Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
    - Prancha longa.
    - Três cintos de segurança ou dispositivo similar.
2. Procedimento
    - Utilizar EPI.
    - Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
    - Realizar manobra conforme indicado:



- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 realiza a medição e a instalação do colar cervical.
- Com o colar posicionado, o profissional 2 posiciona a prancha longa atrás do paciente por entre os braços do profissional 1 e ajusta a prancha para que ela fique bem próxima do paciente.





- Profissional 1 mantem o alinhamento e estabilização da cabeça;
- O profissional 2 em pé, voltado para o paciente, posiciona o braço mais próximo sob a axila do paciente segurando com a mão na alça mais próxima da prancha.
- A outra mão é posicionada com a palma e os dedos estendidos na face do paciente, aplicando uma leve pressão para auxiliar na estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 pode liberar uma das mãos e se reposicionar ao lado do paciente, ajustando o posicionamento da mão na face em movimento similar ao do



- Enquanto o alinhamento e estabilização são mantidos com leve pressão sobre a face executados pelos 2 profissional o paciente e a prancha são lentamente baixados no chão, após comando de voz.
- O movimento de descida deve garantir máxima estabilização manual e não deve ser intempestivo.

profissional 2 (braço sob a axila e mão sobre a face).





Ao final da descida, o paciente é ajustado na prancha e a estabilização manual da cabeça poderá ser mantida por um dos profissionais. Nesse momento, o paciente deve receber fixação para a cabeça e imobilização na prancha longa com pelo menos 3 cintos de segurança.

- Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Durante todo o procedimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada.
- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1 que efetua a estabilização manual da cabeça.
- O paciente deve ser transportado na maca e com cintos de segurança afivelados.
- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da movimentação em bloco cobre a prancha com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## BP26 – TÉCNICA DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

**Indicação**

Necessidade de via de acesso para infusão de soluções e/ou medicamentos sob ordem do médico regulador ou médico na cena.

**Conduta:**

1. Material – Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal
    - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
    - Material para antissepsia: algodão e almotolia com álcool 70% (opções para clorexidina e PVPI)
    - Garrote (látex)
    - Esparadrapo ou similar para fixação
    - Cateter intravenoso (cateter sobre agulha de metal) diversos calibres
    - Solução salina preparada em equipo (já preenchido com solução)
    - Caixa de perfurocortante.
2. Procedimento
    1. Utilizar EPI obrigatório;
    2. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento, se possível;
    3. Selecionar o local de acesso mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente;
    4. Selecionar o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
    5. Para melhor visualizar a veia, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto (no membro superior, preferencialmente acima da fossa antecubital);
    6. Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido do proximal para o distal (sentido do retorno venoso), três vezes;
    7. Preparar o dispositivo:
        - Remover a embalagem;
        - Retirar o protetor do cateter em movimento firme e único;
        - Inspecionar integridade;
        - Realizar um giro de 360° da agulha (girando o conector);
    8. Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
    9. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
    10. Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduzir o ângulo e introduzir por 0,5cm e estabilizar o cateter com uma mão paralelamente à pele;
    11. Soltar o garrote;
    12. Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha-guia/mandril;
    13. Após a retirada total da agulha-guia, conectar o equipo. Atenção para os dispositivos com recolhimento automático da agulha-guia;
    14. Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
    15. Desprezar agulha-guia no coletor de resíduos perfurocortantes;
    16. Recomenda-se identificar o acesso, assim que possível, com hora e data, tipo e calibre do dispositivo e nome do profissional;
    17. Registrar data e horário do procedimento no Prontuário de Atendimento, bem como o calibre do dispositivo utilizado.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3S (PE1, PE2, PE3).
- Cateteres intravenosos com dispositivo de segurança automático têm como benefícios, dentre outros, a redução do risco de acidentes com perfurocortantes.

- Nas situações de urgência, os critérios de escolha para o acesso devem ser calibre do vaso e acessibilidade.
- Sempre que possível, dar preferência aos dispositivos flexíveis de maior calibre.
- As tentativas devem ser iniciadas nos vasos distais dos membros superiores progredindo para os vasos proximais. As veias da região antecubital são boas opções nas situações mais críticas; porém, sua proximidade com as articulações promove alto risco para perda do acesso se houver muita movimentação.
- O uso de cateter simples com agulhas (escalpe) é indicado para infusão de volumes baixos (por curto período e/ou sem necessidade de infusão contínua) e para medicações de administração única. Seu uso está relacionado a maior ocorrência de transfixação e infiltração.
- Evitar puncionar em locais com lesões de pele.
- Em caso de transfixação e formação de hematoma, retirar o cateter e promover compressão direta.
- Atentar para a ocorrência de sangramento e infiltrações.
- Presença de trombose reconhecida no trajeto do vaso limita o procedimento nesse local.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BP27 – CONTENÇÃO FÍSICA

**Indicação**

Sua indicação é restrita às situações em que for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais, tais como: situações de violência nas quais haja risco iminente de auto ou heteroagressão, intenção de evasão associada ao risco iminente de dano a si ou aos demais, bem como quando haja risco de queda e/ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

**Conduta:**

1. Comunicar aos familiares e/ou responsáveis, registrando o consentimento por escrito.
2. Somente iniciar o procedimento após a chegada do SAV, do Corpo de Bombeiros ou alguma instituição policial.
3. Iniciar a técnica somente quando o número mínimo de profissionais necessários estiver disponível (cinco pessoas).
4. Planejar o procedimento definindo o coordenador da ação – de preferência, o mediador – e as demais funções de cada membro. Planejar também a frase-chave para o comando de imobilização.
5. Orientar continuamente o paciente sobre o procedimento que está sendo realizado e esclarecer que tal medida tem como objetivo garantir a sua segurança.
6. O procedimento está dividido em duas fases: imobilização (restrição dos movimentos e da locomoção) e contenção mecânica (uso de faixas).
7. Imobilização
   - Realizar o manejo do espaço (equipe em semicírculo ao redor do paciente; coordenador ao centro; evitar se posicionar atrás do paciente).
   - Manter o olhar no paciente.
   - Posicionamento – pés afastados, braços ao longo do corpo, distância de um braço e meio do paciente.

     Observações:

     - caso o paciente tente se aproximar, o profissional deve estender seu braço na altura do tórax dele, na tentativa de conter a aproximação; e
     - caso o paciente se torne colaborativo a partir desse momento, solicitar que o paciente se posicione na maca/prancha e que seja acompanhado pela equipe com seus membros superiores seguros. Prosseguir para o item 8 (contenção mecânica).

   - Comando – executar a ação após a frase-chave, dita pelo coordenador:
     - lembrar de não mudar o tom de voz na hora da frase-chave; e
     - ter cuidado com a comunicação.

   - Execução:
     - profissionais ao lado do paciente devem segurar os membros superiores. Segurar o punho com ambas as mãos e colocar a articulação do cotovelo do paciente abaixo de sua axila prendendo-a sob o seu tórax. Manter o membro do paciente afastado;
       - Uma alternativa menos dolorosa para o paciente é segurar o punho direito com a sua mão esquerda (o mesmo do outro lado), enquanto passa o seu braço direito por debaixo da axila direita do paciente (o mesmo do outro lado), elevando-a.
     - profissionais na linha diagonal devem segurar os membros inferiores. Agachar ao lado do membro do paciente mantendo o joelho mais próximo ao paciente apoiado no chão. Usar o braço mais próximo ao paciente para envolver a região posterior da coxa, posicionando a mão na região patelar. Utilizar outro braço estendido, segurando o tornozelo contra o chão; e
     - coordenador, ao centro, posiciona-se por trás do paciente para segurar a cabeça e o tórax, após a imobilização dos membros. Passar um dos braços por baixo da axila do paciente e fixá-lo na extensão do tórax. Posicionar a palma da mão livre (outro braço) sobre a fronte do paciente.

   - Elevação – elevação dos membros inferiores e suspensão do paciente.
   - Transporte e posicionamento na maca/prancha - com os membros suspensos e seguros, o tórax e a cabeça apoiados no tórax do coordenador, posicionar o paciente sobre a maca/prancha, mantendo a posição anatômica:

- membros inferiores afastados (fixar joelho e tornozelo); e
- membros superiores ao longo do tronco, com as palmas das mãos para cima (fixar punhos).

8. Contenção mecânica
   - O coordenador (ou o profissional que apoia cabeça e tórax) é o responsável pela passagem das faixas.
   - Iniciar a passagem da faixa pelo membro com maior risco do paciente soltar.
   - Membros – passar a faixa por baixo da articulação, com nó na parte anterior. Amarrar a faixa na lateral da maca/prancha e manter a imobilização manual. Nos membros superiores a faixa deve envolver os punhos e nos membros inferiores deve envolver os tornozelos. Evitar hiperextensão dos membros e compressão do plexo braquial.
   - Tórax – última faixa a ser posicionada, na altura dos mamilos nos homens e abaixo das mamas nas mulheres. Amarrar nas laterais da maca/prancha. Não posicionar a faixa sobre o diafragma para não limitar a ventilação. A elevação natural do tronco não deve ultrapassar 30º. Evitar compressão de tórax.
   - Somente suspender a imobilização após reavaliar as fixações e refazê-las quando necessário.
   - Caso o paciente consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-los juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder conforme a técnica.
9. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) e avaliação secundária (Protocolo BC2).
10. O paciente deve ser mantido sob observação contínua, com registro a cada 15 minutos, durante o período em que permanecer contido:
    - monitorar o seu nível de consciência e sinais vitais;
    - observar pele perfusão para identificar eventual ocorrência de garroteamentos e lesões locais ou nos membros contidos do paciente.
11. Registrar procedimento realizado no Prontuário de Atendimento;
12. Comunicar a situação clínica atualizada e proceder com as orientações do médico regulador.

**OBSERVAÇÕES:**

- Avaliação ACENA:

| | |
|---|---|
| **A** | **Avaliar**: **Arredores**, A casa e a presença de **Armas** ou **Artefatos** que indiquem o uso de Álcool e drogas; **Altura** e a **Aparência** do paciente. |
| **C** | Observar a presença de sinais de **Conflito** e **Crise** na rede social do paciente. |
| **E** | Avaliar as **expectativas** e a receptividade da rede social e do próprio paciente sobre a Equipe de atendimento. |
| **N** | Avaliar o **Nível de consciência**, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e **Nível de sofrimento.** |
| **A** | Avaliar a presença de sinais de uso de **Álcool e drogas**, a presença de **Agressividade** (atual ou anterior) e a presença de sinais de **Auto-agressão**. |

- A contenção física e mecânica é uma medida de exceção e, dessa forma, deve ser utilizada como ultimo recurso, após todas as tentativas de manejo e tranquilização se mostrarem insuficientes para o controle da situação e sob orientação do médico regulador.
- A faixa deve ser confeccionada em material resistente, lavável e de fácil manuseio, com costura reforçada e largura apropriada (membros 10cm e tórax 20cm). Jamais utilizar lençóis ou ataduras de crepom associada a malha tubular como faixa.
- O profissional, para a sua segurança, deve estar consciente de seus próprios sentimentos (medo, ansiedade, raiva) e limites, porque as pessoas reagem instintivamente à emoção do outro, o que pode desencadear uma reação de tensão crescente. Se não se sentir tranquilo o bastante, solicitar a sua substituição no atendimento.
- Não fazer uso da contenção física com propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da equipe de saúde. Jamais aplique "chave de braço", torção de punho, gravata, técnicas de artes marciais, bem como sentar-se sobre o paciente ou colocar seus joelhos sobre ele na tentativa de imobilizá-lo.
- A contenção mecânica é um procedimento que, se não aplicada com critério e cuidados, pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.
- Deve ser mantida pelo menor tempo possível. Em nenhum caso deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito.

- Priorizar que o procedimento de contenção física seja realizado na presença e com o auxílio do SAV, nas localidades em que houver tal modalidade de suporte, considerando os riscos de intercorrências clínicas em casos de persistência da agitação enquanto o paciente estiver contido.
- O paciente deverá ser transportado na ambulância do SAMU.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

## BP28 – AVDI

**Indicação**

Avaliação neurológica simplificada com o objetivo de descrever rapidamente o estado de consciência e detectar alterações precoces.

**Conduta**

1. Material e Equipamentos
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
2. Procedimento
   - Utilizar EPI;
   - Observar a abertura ocular para determinar se o paciente está alerta ou não **(A)**;
   - Na ausência de abertura ocular, utilizar um estimulo verbal para avaliar a presença ou não de resposta **(V)**:
     - Utilizar as perguntas: "Qual o seu nome?" ou "O que aconteceu com você?";
   - Na ausência de resposta ao estimulo verbal, promover um estímulo doloroso para avaliar se o paciente responde **(D)**:
     - As opções de estímulo doloroso mais adequadas são: compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidomastoideo;
   - Considerar, após a detecção da ausência de abertura ocular e de resposta ao estímulo verbal e doloroso, que o paciente está inconsciente **(I)**.

**OBSERVAÇÕES:**

- O acrônimo AVDI significa A (alerta), V (responde a estímulos verbais), D (responde a estímulos dolorosos), I (inconsciente).
- A escala não permite avaliação de como o paciente responde especificamente aos estímulos aplicados. É avaliado apenas se responde (sim ou não).
- É uma abordagem pouco precisa e deve ser utilizada apenas como avaliação rápida do estado neurológico, não substituindo outras estratégias de avaliação neurológica existentes, como a Escala de Coma de Glasgow.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BP29 – MANOBRAS MANUAIS DE ABERTURA DE VIAS AÉREAS EM PEDIATRIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente inconsciente em decorrência de agravo clínico ou traumático, com possível obstrução da via aérea pela flacidez da língua.

**Conduta**

1. Material e Equipamentos
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório.
2. Procedimento
   1. Utilizar EPI.
   2. Realizar a manobra conforme indicado:
      - Agravos clínicos: manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento;
      - Agravos traumáticos: manobra de tração da mandíbula no trauma e suas variações.

MANOBRA DE INCLINAÇÃO DA CABEÇA COM ELEVAÇÃO DO MENTO

- Indicada para pacientes com agravos clínicos em que não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma.

  Técnica:

  - Posicionar uma das mãos sobre a testa e os dedos indicador e médio da outra mão na região submentoniana do paciente.
  - Realizar movimento de elevação do mento do paciente.
  - Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.



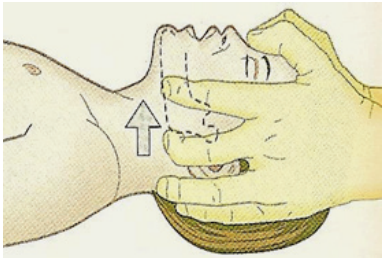
*Fonte: Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR. Brady. Paramedic Emergency Care.3rd edition. Prentice Hall, 1997, p. 942.*

MANOBRA DE TRAÇÃO DA MANDÍBULA NO TRAUMA (JAW THRUST)

- Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

  Técnica:

  - Manter a boca do paciente aberta.
  - Posicionar-se à cabeceira do paciente.
  - Realizar o controle manual da coluna cervical para alinhamento e estabilização em posição neutra, colocando as mãos espalmadas uma de cada lado da face do paciente. Os dedos indicadores do profissional devem inicialmente apontar em direção aos pés.
  - Posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
  - Simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar força simétrica para elevar a mandíbula anteriormente (para frente), enquanto promove a abertura da boca.



*Fonte: Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR. Brady. Paramedic Emergency Care. 3rd edition. Prentice Hall, 1997, p. 922.*

MANOBRA DE TRAÇÃO DA MANDÍBULA NO TRAUMA (JAW THRUST) – ALTERNATIVA



*Fonte: PHTLS. Tradução da 7ª edição, 2012, p.158*

- Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

Técnica:

- Posicionar-se ao lado do paciente, olhando de frente na direção da sua cabeça.
- Manter a imobilização da cabeça e do pescoço em posição neutra a partir da colocação das mãos uma de cada lado da face do paciente.
- Os dedos devem inicialmente apontar para a parte de cima da cabeça.
- Posicionar os dedos polegares na face e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Com os dedos posicionados, aplicar pressão simétrica na mandíbula para movê-la anteriormente (para frente) e levemente para baixo (em direção aos pés do paciente).

MANOBRA DE ELEVAÇÃO DO MENTO NO TRAUMA (CHIN LIFT)

- Indicada para pacientes com agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular.

Técnica:



*Fonte: Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR. Brady. Paramedic Emergency Care. 3rd edition. Prentice Hall, 1997, p. 942.*

- São necessários dois profissionais (ideal).
- O primeiro profissional se posiciona à cabeceira do paciente e executa o alinhamento manual da cabeça em posição neutra, estabilizando a coluna.
- O segundo profissional se posiciona ao lado do paciente, olhando para sua cabeça e, com a mão mais próxima dos pés do paciente, pinça a arcada dentária inferior entre o polegar e os dois primeiros dedos, colocados abaixo do queixo do paciente.
- Com os dedos posicionados, o profissional traciona o queixo anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.

**OBSERVAÇÕES:**

- Retirar manualmente, com espátulas ou pinças de Magill, quaisquer corpos estranhos que possam ser observados na cavidade bucal.
- Aspirar secreções preferencialmente com sonda de aspiração de ponta rígida.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

# BP30 – TÉCNICA DE VENTILAÇÃO COM DISPOSITIVO BOLSA-VALVA-MÁSCARA (BVM) EM PEDIATRIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente pediátrico que não respira ou que respira de forma inadequada apesar de ter via aérea patente – apresenta frequência respiratória anormal, sons respiratórios inadequados e/ou hipoxemia apesar de receber oxigênio ($O_2$) suplementar – e que, portanto, tem indicação de ventilação assistida.

**Conduta**

1. Material e equipamentos
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Fonte de oxigênio
   - Fonte de vácuo ou aspirador portátil
   - Oxímetro de pulso;
   - Ter disponíveis os seguintes equipamentos em diferentes tamanhos, adequados para a idade e peso do paciente pediátrico (ver Protocolo BPed0);
     - Dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) com reservatório: máscara adequada acoplada à bolsa autoinsuflável;
     - Cateter de aspiração;
   - Coxim para alinhar a via aérea.

2. Procedimento
   1. Usar EPI: luvas, máscara, óculos de proteção.
   2. Escolher a máscara facial adequada e acoplá-la à bolsa autoinsuflável. A máscara facial deve:
      - Cobrir da ponte nasal até a fenda do queixo, recobrindo o nariz e a boca, sem comprimir os olhos (Figura 1);
      - Ter a borda macia, que se molde facilmente e crie uma vedação firme contra a face, para impedir o escape de ar;
      - Idealmente ser transparente, para permitir a visualização da coloração dos lábios do paciente, da condensação da máscara (que indica exalação do ar) e de eventual regurgitação.



*Figura 1*
*Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual do Profissional. Edição em português, 2012, p. 61.*

   3. Escolher a bolsa autoinsuflável (que apresenta uma válvula de entrada e uma válvula de saída sem reinalação):
      - Para neonatos, bebês e crianças pequenas: bolsa com volume de pelo menos 450 a 500 ml , máximo de 750 ml ;
      - Crianças maiores e adolescentes: talvez seja necessário usar bolsa de adulto (1.000 ml ) para obter a elevação do tórax.
   4. Testar o dispositivo antes do uso:
      - Verificar a presença de vazamentos: ocluir a válvula de saída do paciente com a mão e comprimir a bolsa;
      - Verificar se as válvulas de controle do fluxo de gás estão funcionando adequadamente;
      - Verificar se a tubulação de $O_2$ está firmemente conectada ao dispositivo e à fonte de $O_2$;
      - Escutar se há som do $O_2$ fluindo para a bolsa.
   5. Conectar um reservatório de $O_2$ à válvula de entrada para poder transferir alta concentração de $O_2$ (60 a 95%). Manter fluxo de $O_2$ de 10 a 15 l/min para o reservatório conectado à bolsa pediátrica e de pelo menos 15 l/min para reservatório conectado à bolsa de adulto.
   6. Certificar-se de que o aspirador está funcionante, caso seja necessário utilizá-lo.

7. Posicionar o paciente, para manter a via aérea aberta e otimizar a ventilação:

- Colocar na posição "olfativa", sem hiperextensão do pescoço, que é a melhor para bebês e crianças de 1 a 3 anos. Para obter essa posição, pode ser necessário:
  - Colocar coxim (de 2 a 3 cm de espessura) sob os ombros nos bebês e crianças até 2 anos (Figura 2);
  - Colocar coxim (de 2 a 3 cm de espessura) sob a cabeça/occipício da criança › 2 anos (Figura 2);
  - Observar que o posicionamento correto coloca a abertura do canal auditivo externo em posição anterior ao ombro;
  - Ter cuidado ao manipular se houver suspeita de trauma na coluna cervical; nesse caso, manter posição neutra, sem extensão do pescoço.

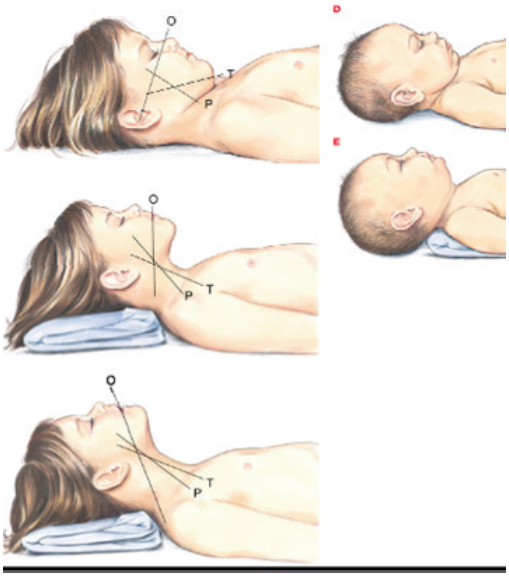



*Figura 2*
Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual do Profissional. Edição em português, 2012, p. 64.

**Posicionamento da criança › 2 anos:**

**A**: em superfície plana, os eixos oral (O), faríngeo (P) e traqueal (T) passam por 3 planos divergentes;
**B:** o coxim sob o occipício alinha os eixos faríngeo e traqueal;
**C:** a extensão da articulação atlanto-occipital (posição olfativa) alinha os três eixos. Essa posição não deve ser realizada na suspeita de trauma de coluna cervical.

**No bebê:**

**D:** posição incorreta, com flexão do pescoço;
**E:** posição correta, com coxim sob os ombros.

Observação: o posicionamento correto coloca o canal auditivo externo em posição anterior ao ombro



*Figura 3*
*Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 93.*

8. Executar a ventilação:
   - Adaptar a máscara à face do paciente, utilizando a técnica do "E-C":
     - O polegar e o dedo indicador formam um "C" sobre a máscara, para vedá-la firmemente sobre a face;
     - Enquanto isso, os outros dedos da mesma mão formam um "E" e são posicionados ao longo da mandíbula, para elevá-la para frente, puxando a face em direção à máscara (Figura 3), tendo o cuidado de não pressionar tecidos moles do pescoço.

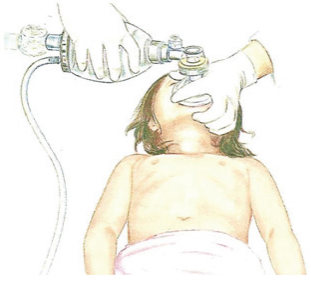


*Figura 4*

*Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 53.*

   - Técnica de ventilação realizada por um profissional (Figura 4):
     - Abrir a via aérea;
     - Manter a máscara vedada contra a face do paciente com uma das mãos, utilizando a técnica do "E-C";
     - Se possível, manter a boca aberta sob a máscara;
     - Comprimir a bolsa-valva máscara (BVM) com a outra mão.

- Técnica de ventilação realizada por dois profissionais (Figura 5):
    - Um dos profissionais deve utilizar as duas mãos para abrir a via aérea e vedar a máscara contra a face do paciente;
    - O outro profissional deve comprimir a bolsa-valva máscara (BVM);
    - Ambos devem observar a elevação do tórax.

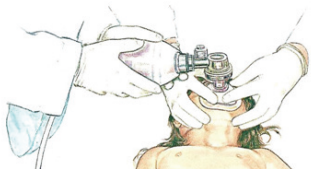


*Figura 5*
*Fonte: Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Manual para Provedores. Edição em português, 2003, p. 94.*

9. Atentar para o fornecimento de ventilação eficaz:
    - Evitar ventilação excessiva: usar apenas a força e o volume corrente necessários para simplesmente promover a elevação do tórax;
    - Administrar cada ventilação por cerca de 1 segundo;
    - Avaliar a eficácia da oxigenação e ventilação monitorando frequentemente os seguintes parâmetros:
        - Elevação visível do tórax a cada ventilação;
        - Saturação de $O_2$;
        - Frequência cardíaca;
        - Pressão arterial;
        - Sinais de melhora ou deterioração (aparência, cor, agitação);
        - Titular a administração de $O_2$ para manter saturação de $O_2$ entre 94 e 99%.

**OBSERVAÇÕES:**

- A ventilação excessiva é nociva porque:
    - Aumenta a pressão intratorácica e impede o retorno venoso, diminuindo o débito cardíaco, a perfusão coronária e o fluxo sanguíneo cerebral;
    - Causa retenção de gás e barotrauma em pacientes com obstrução em vias aéreas pequenas;
    - Aumenta o risco de regurgitação e aspiração em pacientes sem via aérea avançada instalada;
    - Promove distensão gástrica que pode comprometer a ventilação.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BP31 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DAS VIAS AÉREAS – ASPIRAÇÃO EM PEDIATRIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreções em vias aéreas superiores.

**Conduta**

1. Material e Equipamentos
    - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
    - Dois pacotes de gazes estéreis
    - Luvas de procedimentos ou estéreis
    - Solução salina 0,9% – ampola de 10 ml
    - Fonte de vácuo ou aspirador portátil
    - Sonda de aspiração de tamanho apropriado à idade/peso do paciente (BPed0) ou cânula de ponta rígida para uso no caso de suspeita de trauma, se disponível
    - Mangueira intermediária do aspirador, para conectar a sonda ao aspirador
    - Oxímetro de pulso
2. Procedimento
    1. Utilizar EPI.
    2. Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário.
    3. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (látex), mantendo-a dentro do invólucro.
    4. Calçar as luvas de procedimentos ou estéreis, de acordo com o tipo de procedimento.
    5. Retirar a sonda do pacote.
    6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze.
    7. Ligar o aspirador.
    8. Pinçar manualmente a mangueira que conecta a sonda ao aspirador (látex), se for usada sonda sem válvula de sucção, ou acionar a válvula de sucção (se disponível).
    9. Considerar a técnica de introdução da sonda de acordo com o tipo de agravo do paciente (ver abaixo).

        **Aspiração oral e nasotraqueal**

        - Agravos clínicos:
            - Introduzir a sonda flexível na cavidade nasotraqueal com o látex pinçado manualmente e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando lentamente em movimentos circulares;
            - Introduzir a sonda flexível na cavidade oral com o látex pinçado manualmente e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.
        - Agravos traumáticos:
            - Introduzir a sonda de ponta rígida (se disponível), posicionando-a lateralmente na cavidade oral e, com o látex pinçado manualmente, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimento único;
            - Não realizar movimentos circulares na retirada.

        ATENÇÃO: quando indicado, aspirar primeiro a cavidade oral e depois a nasofaringe, com o objetivo de diminuir contaminações.
        IMPORTANTE: em casos de trauma de crânio, realizar somente a aspiração oral.

        **Aspiração de cânula de traqueostomia**

        - Diante de um paciente traqueostomizado, que provavelmente necessita de aspiração da cânula de traqueostomia, a equipe deverá entrar em contato com o médico regulador para receber orientações.
    10. Monitorizar frequência cardíaca e oximetria de pulso durante o procedimento de aspiração.
    11. Interromper a aspiração e oxigenar imediatamente caso ocorra bradicardia ou queda brusca da saturação de oxigênio, ou ainda se observar piora na aparência clínica do paciente.

12. Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se tiver ponta rígida metálica).
13. Retirar as luvas.
14. Registrar o procedimento no Prontuário de Atendimento, incluindo aspecto e quantidade de secreções e resposta do paciente.

**OBSERVAÇÕES:**

- Para determinar a profundidade de inserção da sonda por via nasotraqueal, mensurar o cateter do lóbulo da orelha até a comissura labial do paciente.
- Observar, durante todo o procedimento, a ocorrência de náusea e vômito.
- Realizar o procedimento quantas vezes for necessário.
- Observar possível resposta vagal, como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Considerar a posição semi-fowler ou fowler para a aspiração (contraindicada nos casos de trauma).
- Especialmente os pacientes com rebaixamento do nível de consciência e com grande quantidade de sangue ou vômitos na cavidade oral podem ser colocados em decúbito lateral, mantendo-se a estabilização da coluna cervical em caso de trauma, para que a força da gravidade auxilie na limpeza da via aérea, enquanto o material é preparado e nos primeiros momentos da aspiração.

ATENÇÃO: nos casos de trauma de crânio, especialmente se houver sangramento por nariz, boca e/ou orelha, está CONTRAINDICADA a aspiração nasofaríngea.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# BP32 – TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DAS VIAS AÉREAS – CÂNULA OROFARÍNGEA (COF) – GUEDEL – EM PEDIATRIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

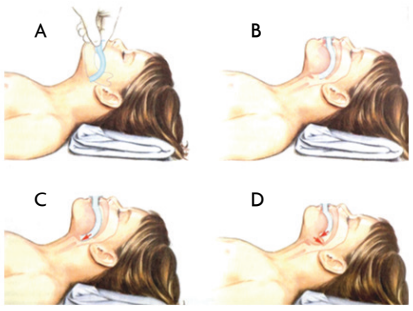
Paciente inconsciente sem reflexo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.

**Conduta**

1. Material e equipamentos
   - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
   - Cânulas orofaríngeas (COF) de tamanhos variados
2. Técnica para avaliar o tamanho adequado da COF
   - Posicionar a COF próxima à face do paciente;
   - Nos bebês e crianças: realizar a medida da distância entre a comissura labial e o ângulo da mandíbula do mesmo lado (ver figura abaixo);
   - Aproximar a saliência circular da COF da comissura labial (canto da boca) e direcionar a ponta da COF para o ângulo da mandíbula do mesmo lado;
   - É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.

   Seleção do tamanho adequado da COF:

   - A: com saliência circular na comissura labial, a ponta da COF deve terminar exatamente no ângulo da mandíbula;
   - B: se a COF for muito comprida, a ponta se localizará posteriormente ao ângulo da mandíbula
   - C: e obstruirá a abertura glótica, empurrando a epiglote para baixo;
   - D: se a COF for muito pequena, a ponta se localizará bem acima do ângulo da mandíbula e aumentará a obstrução da via aérea, empurrando a língua em direção à hipofaringe.




3. Procedimento
   1. Utilizar EPI.
   2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica apresentada acima.
   3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.
   4. Inserir a COF conforme técnica: no paciente pediátrico, INSERIR A COF COM A CONCAVIDADE VOLTADA PARA BAIXO, até atingir a parede posterior da faringe e ficar acomodada. Idealmente, a cânula deve ser inserida enquanto uma espátula (abaixador de língua) mantém a língua no assoalho da boca.

   IMPORTANTE:

   - Cuidado para não deslocar a língua para trás durante o procedimento, causando obstrução de vias aéreas;
   - NÃO DEVE SER REALIZADA ROTAÇÃO DE 180 GRAUS, para evitar lesões de tecidos moles da orofaringe e sangramento.

   5. Registrar o procedimento no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmo e vômitos.
- Se ocorrer reflexo de tosse ou vômito, suspender o procedimento.
- Observar possível resposta vagal, como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.

ATENÇÃO: a cânula orofaríngea deve ser colocada com a curvatura voltada para baixo, ao contrário do adulto, em que se faz a introdução com a curvatura para cima, seguida de rotação de 180°. A rotação é desaconselhada na criança, pois pode provocar lesões e sangramento importante na orofaringe.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## BP33 – COLAR CERVICAL EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização da coluna cervical.

**Conduta**

1. Material e equipamentos
    - Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório;
    - Colar cervical de tamanho apropriado.
2. Procedimento
    1. Utilizar EPI.
    2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível.
    3. Realizar manobra conforme indicado:
        - O profissional 1 realiza a estabilização manual da cabeça com a duas mãos e, com a ajuda de uma leve tensão no sentido axial, realiza o alinhamento em posição neutra.

          ATENÇÃO: O alinhamento deve ser evitado ou interrompido se houver resistência ou dor ao movimento, piora da condição ventilatória ou ocorrência de espasmos musculares do pescoço e parestesia.

        - O profissional 2 realiza a avaliação do pescoço e da região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Devem ser avaliados rapidamente: face, pescoço, região da traqueia, condições de jugulares, clavículas, coluna cervical e pulso carotídeo.
        - Em seguida, o profissional 2 utiliza os dedos para medir o pescoço do paciente (distância entre a mandíbula e o ombro).
        - Usando essa medida aproximada, o profissional 2 seleciona o tamanho adequado do colar pediátrico.
        - Enquanto a estabilização e o alinhamento da cabeça são mantidos, o profissional 2 instala o colar.
        - Pode haver variação da técnica de instalação dependendo da posição do paciente:
            - paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH): a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície, complementada pelo ajuste do apoio mentoniano à frente, sob o mento;
            - paciente sentado ou em pé: a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento, complementada com a passagem por trás do pescoço.
        - O ajuste do colar é complementado pela checagem do posicionamento correto:
            - do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula, de um ângulo ao outro;
            - do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do paciente; e
            - dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e o trapézio.
        - Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral da cabeça.
        - Deve-se colocar um coxim baixo (2 a 3 cm de espessura), feito com lençol, entre o paciente e a prancha, que vá desde o ombro até o quadril, para manter a posição neutra da coluna cervical na criança < 8 anos.
        - Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- A instalação do colar não é prioridade máxima no atendimento ao politraumatizado enquanto a estabilização manual da cabeça puder ser realizada de forma eficiente por um profissional. No entanto, esse dispositivo é importante para a imobilização, pois limita os movimentos da coluna cervical e ajuda a sustentar o pescoço, protegendo a coluna de compressão.
- O paciente que apresenta comprometimento das vias aéreas ou da respiração deve receber as intervenções de correção desses problemas antes da instalação do colar cervical, enquanto um profissional executa a

estabilização manual da cabeça. Assim que for possível, o colar deverá ser instalado.

- No paciente consciente, com boa respiração, e no paciente inconsciente, sem comprometimento das vias aéreas, o colar cervical pode ser aplicado concomitantemente ao controle manual da coluna.
- É contraindicado o uso do colar cervical:
  - em situações em que o alinhamento não possa ser obtido. Nesses casos, o posicionamento da cabeça deve ser mantido com controle manual e outras estratégias de imobilização para evitar movimentação.
  - na presença de objeto encravado no pescoço ou nessa região. Nesses casos, o objeto deve ser fixado e o controle manual mantido em associação a outras estratégias de fixação para evitar a movimentação da cabeça.
- Poderá não haver um tamanho de colar cervical adequado para bebês e crianças pequenas. Nesses casos, poderá ser improvisado um colar com material semirrígido, como tira de papelão, envolto em faixas ou malhas ortopédicas para acolchoamento, ou ainda com rolos de tecidos (como lençóis pequenos ou toalhas).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

## BP34 – IMOBILIZAÇÕES PEDIÁTRICAS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Toda situação em que o mecanismo de trauma sugere transferência significativa de energia cinética para o corpo da criança, com ou sem evidência de fraturas.
- Mecanismo de trauma sugestivo de lesão da medula espinhal: trauma multissistêmico; trauma penetrante na cabeça, no pescoço ou no tronco; lesões por submersão ou mergulho; queda de altura; lesão de rápida aceleração-desaceleração.
- Perda de mobilidade ou sensibilidade súbita após acidente.
- Detecção de deformidade do pescoço, da coluna vertebral ou de extremidades.
- Alteração do estado de consciência após acidente.
- No contexto de trauma fechado, presença de qualquer lesão que coloque em risco a vida.

**Conduta**

1. Princípios da imobilização pediátrica:
   - Em pediatria, são os mesmos princípios utilizados nos adultos, embora os dispositivos e as técnicas devam ser adequados à faixa etária da criança, com atenção especial às especificidades anatômica, fisiológica e psicológica desses pacientes.
   - A imobilização da coluna inclui estabilização manual alinhada, seguida da colocação do colar cervical de tamanho adequado e imobilização do paciente na prancha, mantendo cabeça, pescoço, tronco, pelve e membros inferiores em posição neutra e alinhada.
   - Pelo fato de crianças menores de 8 anos apresentarem tamanho desproporcionalmente grande do occipício, o que promove a flexão passiva do pescoço, é necessário colocar um coxim de 2 a 3 cm sob o tronco (dos ombros até a bacia) para conseguir que a cabeça fique em posição neutra, com alinhamento da coluna cervical e manutenção da permeabilidade da via aérea.
   - Devem também ser colocados coxins entre as laterais do corpo e as bordas da prancha, para evitar movimentos laterais quando se movimenta a prancha.
   - A imobilização não poderá impedir a ventilação, a abertura da boca ou a realização de qualquer manobra necessária para reanimação.
   - Em alguns casos, poderá ser melhor transportar a criança imobilizada em sua própria cadeirinha (dispositivo de contenção no veículo – Protocolo BP35) em vez de removê-la para a prancha longa (Protocolo BP36).
2. Considerações com relação à não imobilização da coluna do paciente pediátrico:
   - A criança que reage intensamente às tentativas de imobilização pode apresentar maior risco de agravamento de uma eventual lesão vertebromedular.
   - Nesse caso, pode ser válida a decisão de não imobilizar e considerar outras opções, como tentar distrair a criança com brinquedo ou convencê-la a ficar deitada e imóvel, sem contenção.
   - A decisão de interromper as tentativas de imobilização, visando à segurança do paciente, deve ser documentada detalhadamente, com descrição do motivo, e o paciente deve ter seu estado neurológico reavaliado frequentemente durante o transporte. Idealmente, essa decisão deve ser tomada em conjunto com o médico regulador.
3. Particularidades anatômicas do paciente pediátrico e sua relação com os traumas musculoesqueléticos:
   - Como os músculos paravertebrais não estão desenvolvidos e os ligamentos vertebrais e tecidos moles circundantes são elásticos, a coluna vertebral da criança é mais móvel do que a do adulto, com maior risco de danos nos ligamentos e na medula espinhal, sem a presença de lesões ósseas; essa situação é conhecida pela sigla SCIWORA *(spinal cord injury without radiographic abnormality)* e, em geral, associa-se a uma evolução neurológica insatisfatória. Decorre principalmente de traumas por mecanismo de aceleração-desaceleração ou de quedas.
   - Como a criança não possui calcificação óssea completa e os ossos contêm centros cartilaginosos de crescimento ativos, seu esqueleto é mais elástico e menos capaz de absorver as forças cinéticas aplicadas sobre ele do que o esqueleto do adulto, o que leva à ocorrência de lesões internas significativas, com presença de lesões externas mínimas, como contusões pulmonares graves sem fratura de arcos costais

concomitante;

- Crianças com trauma esquelético suportam grandes forças antes de apresentarem fraturas de ossos longos, luxações ou deformidades, sendo comuns as fraturas incompletas (“em galho verde”);
- Com essas características, se houver uma fratura detectada em uma criança, considera-se que a quantidade de energia transferida foi muito grande e deve-se procurar minuciosamente por lesões associadas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

## BP35 – IMOBILIZAÇÃO NA CADEIRINHA EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Para bebês (< 1 ano) encontrados em dispositivo de retenção denominado "bebê-conforto ou conversível" e crianças de 1 a 4 anos que estejam em dispositivo de retenção chamado "cadeirinha", dentro do veículo que sofreu acidente.

**Conduta**

1. Se o paciente apresenta evidência de trauma grave e/ou necessidade de abordagem de via aérea, ele deve ser imobilizado e retirado do bebê-conforto ou da cadeirinha, por meio da seguinte técnica:
   - o profissional 1 providencia a estabilização manual da cabeça e região cervical;
   - o profissional 2 remove os cintos do dispositivo de retenção;
   - enquanto o profissional 1 mantém a estabilização manual da coluna cervical, o segundo inclina o dispositivo de retenção para trás, sobre uma prancha longa;
   - em movimento sincronizado dos dois profissionais, o paciente deverá ser gentilmente deslizado para fora do dispositivo de retenção, em direção axial, e posicionado sobre a prancha longa (com coxim de 2 a 3 cm sob o tronco, se indicado);
   - enquanto o profissional 1 mantém a estabilização manual da coluna cervical, o profissional 2 coloca o colar cervical e os estabilizadores laterais da cabeça;
   - o profissional 1, agora liberado, auxilia o segundo nos procedimentos e na finalização das imobilizações.
2. O transporte também poderá ser feito com o paciente estável mantido no dispositivo de retenção em que se encontra (bebê-conforto ou cadeirinha), por meio da seguinte técnica:
   - colocar colar cervical, se houver um tamanho apropriado, ou usar uma toalha ou pequeno lençol enrolado para acolchoar o colo do paciente e preencher qualquer espaço entre ele e o dispositivo de retenção;
   - usar fitas largas para segurar a pelve e a parte superior do tórax (cruzando os ombros) no dispositivo; os cintos incorporados na cadeira podem servir para ajudar na imobilização;
   - colocar toalhas ou outros tecidos enrolados em ambos os lados da cabeça para melhor estabilização tanto da cabeça como do pescoço e da coluna cervical;
   - fixar com fitas na altura da região frontal e do colar cervical (se houver um), para melhorar a imobilização.

   ATENÇÃO: essa forma de transporte somente poderá ser utilizada se a integridade do dispositivo de retenção estiver mantida e se o paciente não apresentar comprometimento em qualquer etapa do ABCDE da avaliação primária, além de não apresentar lesões que necessitem de intervenção da equipe.
3. Colocação do dispositivo de retenção (bebê-conforto ou cadeirinha) na maca de transporte: elevar a cabeceira da maca a 45° e fixar com os dois cintos em locais distintos, de maneira a suprimir potenciais movimentos de aceleração e desaceleração (testar após a fixação: não deve mobilizar mais de 2-3 cm).

**OBSERVAÇÕES:**

- O paciente pode ficar agitado durante a tentativa de imobilização cefálica, mesmo com a mãe no seu campo de visão.
- O preenchimento dos espaços vazios do dispositivo de retenção é preconizado com toalhas na literatura internacional. No entanto, pode e deve ser utilizado o material disponível nas ambulâncias, como lençóis, cobertores e compressas.
- A Resolução nº 277 do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), de 28 de maio de 2008, que dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos, determinou que, quando transportadas em veículos automotores (sempre no banco traseiro, com algumas exceções, como veículos sem banco traseiro):
  - crianças com até 1 ano de idade deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominado "bebê-conforto ou conversível";
  - crianças com idade superior a 1 ano e inferior ou igual a 4 anos deverão utilizar, obrigatoriamente, o dispositivo de retenção denominado "cadeirinha";
  - crianças com idade superior a 4 anos e inferior ou igual a 7 anos e meio deverão utilizar o dispositivo de retenção denominado "assento de elevação";

- crianças com idade superior a 7 anos e meio e inferior ou igual a 10 anos deverão utilizar o cinto de segurança do veículo no banco traseiro.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

## BP36 – IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA EM PEDIATRIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente pediátrico com suspeita de trauma e com indicação de imobilização da coluna vertebromedular.

**Conduta**

1. Os mesmos procedimentos descritos para o adulto devem ser realizados para o paciente pediátrico, e deve-se acolchoar os espaços entre os tirantes e a criança para evitar movimentos laterais.
2. Como o occipício da criança < 8 anos é desproporcionalmente grande e, quando em superfície plana, força a flexão passiva da coluna cervical, inclusive com maior risco de obstrução da via aérea, torna-se necessário colocar um coxim (de lençol ou outro material) com 2 a 3 cm de espessura sob o tronco, da altura dos ombros até o quadril, para manutenção da posição neutra da cabeça e do pescoço.

**OBSERVAÇÕES:**

- Quanto menor a criança, maior é a discrepância de tamanho entre o crânio e a face e, portanto, maior o occipício, proporcionalmente.
- O pescoço do paciente pediátrico estará em posição correta quando o canal auditivo externo se alinhar com a parte anterior do ombro. Essa posição neutra alinha a coluna cervical e evita a flexão anterior, mantendo a permeabilidade da via aérea.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

# BP37 – IMOBILIZAÇÃO SENTADA COM DISPOSITIVO TIPO COLETE (KED) EM PEDIATRIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente vítima de trauma que se encontra sentado (no carro ou em outra situação) e que não apresenta risco à vida imediato.

**Conduta**

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente, na medida do possível.
3. Realizar a manobra conforme indicado:

   - O profissional 1 deve se posicionar por trás do paciente e realizar a estabilização manual da cabeça, posicionando os dedos médios de ambas as mãos na região do zigomático, os polegares na nuca e os dedos mínimos e anulares na mandíbula do paciente.
   - O profissional 2 deve abordar o paciente pela lateral mais adequada e avaliar as vias aéreas, a respiração e a circulação (pulso, hemorragias e perfusão distal), para certificar-se de que o paciente não corre risco à vida imediato.
   - Em seguida, o profissional 2 deve mensurar e aplicar o colar cervical no paciente com o auxílio do profissional 3, que deve se posicionar preferencialmente pela lateral oposta.
   - Para posicionar o colete imobilizador no paciente enquanto a estabilização da cabeça é mantida, o profissional 3 deve apoiar uma das mãos sobre o tronco anterior e a outra na região dorsal (tronco posterior).
   - Sob comando verbal, o paciente é movimentado em bloco para frente pelos profissionais 1 e 3, apenas o suficiente para que o colete imobilizador seja posicionado entre o paciente e o encosto pelo profissional 2.

   Observação: Os tirantes longos da virilha devem ser abertos e posicionados atrás do colete antes de sua instalação.

   - Após posicionar o colete imobilizador entre o encosto e o paciente, as abas laterais do equipamento são ajustadas à altura do paciente de forma que sua parte superior toque as axilas, para, em seguida, serem ajustadas em torno do tronco.
   - Os profissionais 2 e 3 realizam o afivelamento dos tirantes, iniciando pelo central (amarelo), seguido do tirante inferior (vermelho) e, finalmente, o tirante superior (verde).
   - Os profissionais devem garantir que o tirante superior (verde), posicionado no tórax, não esteja apertado e comprometendo a ventilação. Esse tirante deve ser mantido frouxo até que o paciente esteja pronto para ser retirado, quando então será ajustado como os demais.
   - O profissional 1 deve manter a estabilização manual da cabeça durante todo o procedimento.
   - Os tirantes longos da virilha, que já estavam soltos, devem ser posicionados e ajustados sob cada membro inferior e conectados ao colete do mesmo lado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa e da nádega no sentido de frente para trás.
   - Atenção especial deve ser dada à genitália, que não deve ficar sob os tirantes.
   - Quando corretamente posicionados, os tirantes da virilha devem ser ajustados (apertados).
   - Nesse momento, é necessário revisar e ajustar os tirantes do tronco, exceto o superior (verde).
   - Com os tirantes do tronco e dos membros inferiores afivelados e revisados, deve ser finalizada a colocação do colete com a imobilização da cabeça.
   - Para isso, é preciso analisar se é necessário preencher o espaço entre a cabeça e o colete, para manter o alinhamento neutro. Se necessário, pode ser utilizado acolchoamento.
   - Em seguida, posicionam-se as tiras de fixação da cabeça. A primeira passa na testa do paciente e a segunda passa sobre o colar cervical (altura do queixo do paciente).
   - As tiras devem ser presas com o velcro no corpo posterior do KED (a tira superior deve ficar bem justa para evitar qualquer movimento, e a tira inferior, mais solta, para permitir a ventilação). Em crianças pequenas, está contraindicada a utilização da tira de fixação sobre o mento, já que pode provocar obstrução da via aérea por compressão dos tecidos moles da região submentoniana.

- Nesse momento, o paciente está imobilizado (tronco, pescoço e cabeça) e o profissional 1 está apto a deixar sua posição. Antes de movimentar o paciente, todos os tirantes devem ser reavaliados. O tirante superior do tórax deve ser ajustado adequadamente nesse momento.
- A prancha longa é posicionada sob as nádegas do paciente, apoiada no assento, enquanto do outro lado é apoiada pelo profissional ou pela maca.
- Para a sustentação da prancha, poderá ser solicitado o apoio dos demais profissionais (bombeiros, policiais, etc.) presentes na cena.
- Os profissionais 2 e 3 deverão proceder a remoção, sustentando o paciente pelas alças do colete enquanto o giram, levantando e movendo o paciente para fora, em movimentos curtos e sincronizados.
- Enquanto o paciente é girado em direção ao lado da saída, seus membros inferiores são elevados em direção ao assento.
- Os dois antebraços do paciente devem ser posicionados um sobre o outro e imobilizados com a ajuda de bandagens triangulares ou com as sobras dos tirantes longos.
- O paciente está pronto para ser removido.
- Se possível, a prancha longa deve ser posicionada sobre a maca ou esta deve estar próxima à saída do paciente, para evitar deslocamentos longos. Os giros devem ser realizados até que o paciente esteja com as costas voltadas para a prancha.
- Assim que o paciente for girado em direção à prancha longa, ele deve ser deitado sobre a prancha, com os membros inferiores elevados.
- Nesse momento, o cinto superior (verde) do tórax deve ser afrouxado, para favorecer a ventilação, e os cintos da virilha devem ser soltos, para permitir que os membros inferiores sejam abaixados sobre a prancha.
- O paciente deve ser adequadamente posicionado na prancha longa com o colete, para receber, em seguida, o afivelamento dos cintos de segurança da prancha e da maca.

4. Registrar o procedimento realizado no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- O comando para as ações de mobilização deve partir do profissional 1, aquele que efetua a estabilização manual da cabeça.
- Para pacientes com lesões que coloquem a vida em risco, a técnica a ser utilizada é a de retirada rápida.
- Procurar manter a criança informada todo o tempo, para garantir a tranquilidade e a colaboração da mesma.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Abril/2016
Revisão: Julho/2016

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS ESPECIAIS EM SBV

## PE0 – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO APH

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em todas as abordagens de pacientes por equipes do SAMU.

**Conduta:**

1. Para todos os pacientes:
    - Tentar formar um vínculo com o paciente:
        - Somente um integrante da equipe faz o vínculo;
        - Apresente-se (nome, serviço e função) e deixe claro porque está ali;
        - Converse de forma respeitosa e gentil cuidando para que seu tom de voz seja acolhedor e confortador para o paciente e para seus acompanhantes;
        - Posicione-se no ambiente de forma segura;
        - Jamais:
            - Mentir, prometer ou seduzir;
            - Chamar por nomes jocosos.;
            - Ser agressivo ou ríspido;
            - Ameaçar ou desafiar o paciente ou seus acompanhantes;
            - Diga ao paciente que ele está mentindo;
    - Olhar para o paciente !
        - Demonstre com o olhar que está interessado por sua situação;
        - Esteja atento à comunicação não-verbal do paciente e de seus acompanhantes;
    - Manter um canal de comunicação aberto;
        - Demonstre que está se importando com o sofrimento e com as necessidades do paciente e/ou de seus acompanhantes;
    - Ouvir atentamente, prezando por uma escuta qualificada !
    - Tentar controlar a própria comunicação não-verbal;
    - Focalizar e centrar o assunto no paciente;
        - Não aborde problemas administrativos ou técnicos na frente do paciente;;
    - Esclarecer ao paciente e seus acompanhantes qual o procedimento que será executado a cada instante;
        - Esteja seguro que o paciente e/ou seus acompanhantes entenderam sua comunicação;
2. Em específico, para pacientes psiquiátricos:
    - Respeitar pausas silenciosas no discurso do paciente;
        - Jamais tome o partido da família;
    - Não completar frases para o paciente;
    - Repetir, resumir e relacionar idéias para o paciente;
    - Ajudar o paciente a encontrar soluções;
        - Não dê conselhos ou opiniões pessoais;
        - Pergunte como ele deseja resolver o problema;
    - Detectar conteúdos enfáticos e conteúdos vazios;
        - Esteja atento para palavras ou assuntos repetitivos
        - Verificar o conteúdo de fantasia que o paciente expressa;
        - Perceber e atuar frente à tentativa do paciente em nos testar, desafiar e manipular;
        - Jamais:
            - Faça brincadeiras ou estimule a fantasia;
    - Ajudar o paciente a vir para a realidade;

- Imponha limites, se e quando for necessário;
  - Tem finalidade terapêutica e não preventiva ou pessoal;
    - Deixe claro que reconhece a tentativa de intimidação, repita a sua função no atendimento e que não vai atende-lo ou ceder à intimidação;
  - A postura do profissional pode ser suficiente;
  - Mostre a inadequação do comportamento;
  - Deixe claras as regras e limitações do atendimento;
  - Jamais:
    - Ameace ou desafie;
    - Atenda a pedidos que comprometam o atendimento e/ou a segurança;
    - Negocie trocas;
    - Faça contestações aos discursos ilógicos e delírios do paciente;
- Se necessário, restrinja o espaço e os estímulos do ambiente (inclusive familiares);
- Se necessário, outro profissional deve tentar o vinculo;
- Se necessário, suspenda o atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3), com especial atenção para a segurança do paciente;
  - É o paciente quem definirá a quem, quando e como vai se vincular, principalmente em casos psiquiátricos;
  - Por vezes o vínculo de faz por associação do profissional da equipe a alguém conhecido;
  - São sinais de sucesso no vínculo: olhar interessado e tranquilização do paciente e/ou de seus acompanhantes;
  - Esteja atento para comportamentos inadequados do paciente e/ou seus acompanhantes, que podem prejudicar os 3 "S" da segurança no APH
- Transmitimos muitas informações por gestos, posturas ou mímica facial:

| GESTOS | POSTURA | MÍMICA |
|---|---|---|
| Medo | Negação | Espanto |
| Ansiedade | Desprezo | Susto |
| Preocupação | Repulsa | Medo |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2015
1ª Revisão: Abril/2019

## PE1 – ASPECTOS GERAIS DE AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DE CENA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Este protocolo é parte integrante dos 3 "S" para a segurança e se aplica a todos os atendimentos.
- A avaliação da segurança da cena deve ser a primeira prioridade do profissional e deve anteceder o início da abordagem do paciente

**Conduta:**

1. Realizar os 3 passos para avaliação da cena:

| | |
|---|---|
| **Passo 1:** Qual é a situação? | ○ Considerar informações passadas pela Central de Regulação, por outras equipes no local ou testemunhas:<br>○ tipo/natureza de evento;<br>○ solicitante;<br>○ número de pacientes;<br>○ veículos envolvidos;<br>○ situação em andamento etc.<br>○ Ao chegar à cena, observar:<br>○ tipo/natureza do evento;<br>○ acesso (difícil?);<br>○ situação geral: pessoas no entorno;<br>○ presença de outros serviços;<br>○ presença de agentes de risco que comprometam a segurança: animais, fogo, produtos perigosos, instabilidade de estruturas, fios elétricos, acesso difícil, tráfego intenso, armamento, aglomeração de pessoas e risco de pânico em massa, fluidos corporais, múltiplos pacientes etc. |
| **Passo 2:** Para onde a situação pode evoluir? | ○ Considerar as possibilidades de evolução da situação nos próximos minutos ou horas:<br>○ fios energizados e soltos? choque elétrico?;<br>○ explosão?;<br>○ intoxicação por fumaça?;<br>○ colapso de estruturas?;<br>○ hostilidade e/ou violência interpessoal?;<br>○ vazamento de produtos?;<br>○ contaminação?;<br>○ vias intransitáveis?;<br>○ aumento do número de pacientes?, etc. |
| **Passo 3:** Como controlar a situação? | ○ Considerar o acionamento de recursos de apoio e/ou especializados (os acionamentos devem ser realizados pela Central de Regulação Médica) como:<br>○ equipes adicionais do SAMU;<br>○ corpo de bombeiros;<br>○ policiamento;<br>○ departamento de trânsito;<br>○ companhia de água ou de energia elétrica;<br>○ serviço aeromédico;<br>○ concessionária de rodovias, etc.<br>○ Os acionamentos devem ser realizados pela Central de Regulação das Urgências |

2. Após avaliar os três passos, definir:
   - "CENA SEGURA":
     - iniciar os procedimentos de aproximação e abordagem do paciente (Protocolos PE0, PE1, PE2, PE3).
   - "CENA INSEGURA":

- posicionar-se em local seguro e próximo (considerar ações de segurança já realizadas ou sinalizadas por outros serviços já presentes na cena);
- comunicar-se imediatamente com a Central de Regulação para informar detalhes e definir solicitação de apoio;
- se necessário considerar as ações básicas de segurança e controle da cena;
- aguardar orientação e apoio no local seguro.

3. Considerar as ações de segurança e controle da CENA INSEGURA utilizando regras básicas de posicionamento diante de riscos, tais como:
   - rede elétrica afetada, posicionar-se próximo aos postes que ainda estiverem intactos;
   - presença (ou suspeita) de materiais tóxicos inaláveis ou fumaça, levar em consideração a direção do vento e/ou da fumaça antes de se posicionar. Posicionar-se sempre a favor do vento;
   - fogo e fumaça na cena, além da direção do vento, posicionar-se pelo menos a 50m de distância do local;
   - escoamento de combustível, posicionar-se na direção contrária ao sentido do escoamento;
   - risco de inundação, posicionar-se em local alto e distante;
   - risco de colapso de estruturas (edificações ou vias) considerar a possibilidade de extensão e propagação dos danos e posicionar-se em local seguro;
   - cenários hostis com possibilidade de violência contra a equipe (presença de armas, indivíduos hostis, animais, etc.) manter-se afastado em local seguro até a chegada de apoio. Se houve evolução para um cenário hostil com a equipe já na cena, considerar a saída estratégica diante de ameaça percebida ou potencial, com imediata comunicação à Central de Regulação;
   - se a cena já conta com presença de outras equipes ou serviços (bombeiros, policiamento etc.) considerar a sinalização e as ações de segurança já realizadas e apresentar-se ao comando da cena para disponibilização de recursos e orientações de segurança.
4. Reavaliar a cena com frequência pois os fatores podem se alterar com rapidez.

**OBSERVAÇÕES:**

- Objetivo: identificar rapidamente os diferentes fatores de risco que estão relacionados com a ocorrência com vistas a tomada de decisão para seu controle e inicio da abordagem.
- A primeira prioridade da equipe deve ser sua segurança. O desejo de ajudar não deve se sobrepor à própria segurança da equipe.
- Em cenários hostis, é útil o uso de sinais ou palavras previamente combinadas para situações que exijam saída estratégica.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## PE2 – REGRAS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Este protocolo é parte integrante dos 3 "S" para a segurança e se aplica a todos os atendimentos.
- Biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente.

**Conduta:**

1. Regras gerais de biossegurança durante o atendimento
   - Utilizar EPI obrigatório:
     - Uniforme completo apresentável com faixas refletivas e mangas longas;
     - calçado fechado impermeável apropriado;
     - luvas de procedimento;
     - óculos de proteção ou máscara facial;
     - capacete (para o caso dos condutores de motolância).
   - Considerar práticas adequadas:
     - manter unhas curtas e limpas (não utilizar unhas postiças);
     - manter cabelos presos (caso se aplique);
     - não utilizar adornos em excesso como correntes, pulseiras, anéis e brincos grandes ou mesmo brincos pequenos, se do tipo argola;
     - não fazer uso de perfume durante o horário de trabalho;
     - trocar as luvas durante o atendimento caso exista contato com materiais com alta concentração de microorganismos (exemplo, material fecal) ou em caso de realização de procedimentos invasivos diferentes em um mesmo paciente;
     - com as mãos enluvadas, evitar tocar em maçanetas, puxadores, telefones e outros e, caso ocorra, garantir a realização da limpeza concorrente desses itens ao final do atendimento.
2. Regras gerais de biossegurança para o período pós-atendimento
   - Higiene pessoal:
     - lavar cuidadosamente as mãos e antebraços, com água e sabão após a retirada das luvas e, na impossibilidade, lavar as mãos, utilizar álcool gel ou similar;
     - trocar o uniforme sempre que este estiver úmido ou receber respingos de fluidos corporais de um paciente.
   - Cuidados com o descarte de lixo e de material contaminado:
     - recolher da cena e da ambulância, todo o lixo produzido durante o atendimento (luvas, gazes, etc.) para descarte no recipiente próprio da ambulância;
     - descartar o saco de lixo da ambulância quando este alcançar 3/4 da capacidade, sendo que o descarte deve ser realizado exclusivamente no coletor de lixo hospitalar adequado e previamente pactuado.
   - Cuidados com o descarte de material perfurocortante:
     - utilizar coletor de perfurocortante (de parede rígida, impermeável e com tampa) para descarte destes materiais;
     - realizar o descarte quando o coletor de perfurocortante alcançar 2/3 da capacidade;
     - não deixar o coletor de perfurocortante no chão ou solto sobre o balcão da ambulância;
     - para descartar, aquando cheio, seguir as recomendações do fabricante para o fechamento.
   - Realizar de limpeza concorrente da ambulância e dos materiais e equipamentos ao final de cada atendimento.
3. Práticas gerais de biossegurança aplicadas ao ambiente pré-hospitalar

- Lavar as mãos sempre:
  - após funções fisiológicas e/ou pessoais: uso do banheiro, alimentação, pentear os cabelos, assoar o nariz, fumar;
  - após procedimentos: ao final de cada atendimento após retirada de luvas, contato com objetos, mobiliário e documentos da ambulância e sempre que se encontrar com sujidade.
- Para a lavagem das mãos, dar preferência ao uso de dispensadores de parede com acionamento manual e secagem com o uso de papel toalha.
- Utilizar saco de lixo branco leitoso para descarte de lixo na ambulância.
- Não permitir comer, beber, fumar ou utilizar/aplicar cosméticos dentro da ambulância.
- Utilizar o uniforme exclusivamente durante o horário de trabalho, evitando-se seu uso no deslocamento por transporte público ou privado, locais de alimentação e outros ambientes.
- A limpeza dos óculos de proteção pode ser realizada com água, sabão e hipoclorito de sódio. Não utilizar álcool 70%.

4. Medidas de prevenção contra acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos

- Ter máxima atenção durante a realização de procedimentos invasivos.
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimento que envolva material perfurocortante.
- Nunca reencapar, entortar, quebrar ou desconectar a agulha da seringa.
- Não utilizar agulhas para fixar papéis.
- Desprezar agulhas, escalpes, lâminas de bisturi e vidrarias, mesmo que estéreis, em recipiente próprio.
- Não descartar material perfurocortante em saco de lixo comum, mesmo que seja branco.
- Usar sapatos fechados (não de tecido) para proteção dos pés em locais úmidos, com presença de material biológico ou onde haja risco de acidente percutâneo.

**OBSERVAÇÕES:**

- Os profissionais com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas devem evitar atividades na intervenção e cuidado com paciente.
- Todo e qualquer acidente envolvendo o profissional do SAMUFor com ou sem o envolvimento de riscos biológicos, deve ser informado imediatamente à Regulação Médica e à gerência do serviço, assim que possível.
- Os serviços devem estabelecer rotinas para os casos de acidentes de trabalho de qualquer natureza.
- O uso de máscaras faciais individuais do tipo N95 (ou PFF2), com ou sem válvula de exalação, deve ser restrita à assistência a pacientes com alta suspeição ou confirmação de patologia transmitida por patógenos menores ou iguais a 5 micra na forma de aerossóis, como por exemplo, tuberculose pulmonar bacilífera, influenza A (H1N1), SRAG, sarampo ou varicela. Outras circunstâncias ou condições epidêmicas podem indicar sua necessidade de uso. Estas máscaras são reutilizáveis e seu tempo de uso é avaliado pela sua integridade.
- Considerar as orientações sobre acidentes com material biológico no protocolo próprio.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## PE3 – PRÁTICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Este protocolo é parte integrante dos 3 "S" de Segurança e se aplica a todos os atendimentos.

**Conduta:**

1. Práticas para a identificação do paciente
   - Identificação do paciente no prontuário de atendimento com duas ou mais informações, dentre elas: nome completo sem abreviaturas, acompanhado de endereço completo, data de nascimento e/ou registro de um documento.
   - Para pacientes inconscientes, confusas ou sem condição de informar e sem acompanhantes:
     - realizar busca ativa de documentos nos pertences e fazer a identificação conforme orientado acima; e
     - na ausência de documentos, descrever detalhadamente no prontuário de atendimento duas ou mais características pessoais (sexo, etnia, vestes e o local onde o paciente foi encontrado).
   - Recomenda-se a utilização de uma fita de identificação simples no pulso direito do paciente, com os dados disponíveis e o endereço onde ele foi encontrado.
   - Na ocorrência de parto no ambiente pré-hospitalar, utilizar as fichas de identificação na mãe e no RN.
2. Práticas para um cuidado limpo e seguro
   - Lavar as mãos antes e depois de procedimentos ou do contato com o paciente e/ou do contato com material biológico.
   - Na indisponibilidade de água e sabão, utilizar solução a base de álcool.
   - Sempre utilizar luvas durante o atendimento.
   - Garantir boas práticas na realização de procedimentos invasivos, mesmo em situação de urgência.
   - Realizar os procedimentos de lavagem e desinfecção interna da ambulância, conforme protocolos locais.
   - Descartar material perfurocortante em local adequado.
   - Recolher invólucros e outros artefatos da cena para descarte adequado.
3. Prática para a utilização de cateteres e sondas
   - Verificar adequação e permeabilidade dos dispositivos e conexões antes de iniciar a infusão.
4. Práticas para um procedimento seguro
   - Executar a checagem diária dos materiais, medicamentos e equipamentos e realizar a reposição dos itens faltantes.
   - Atentar para o armazenamento correto, prazo de validade e integridade dos invólucros.
   - Prever e comunicar etapas críticas e/ou possíveis eventos críticos durante a realização de procedimentos.
   - Registrar a realização de procedimentos, número de tentativas e intercorrências, se houver.
5. Práticas para a administração segura de medicamentos e soluções
   - Identificar adequadamente os itens da mochila de medicamentos para facilitar a localização.
   - Certificar-se dos "5 certos" da administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa.
   - Utilizar materiais e técnicas assépticas na administração de medicamentos parenterais.
   - Utilizar recursos de comunicação em alça fechada para confirmar prescrição verbal em situação de emergência e também após a administração de medicamentos.
   - Destacar no prontuário de atendimento informação positiva sobre alergias a algum medicamento.
   - Manter uma lista de medicamentos utilizados no serviço com a respectiva apresentação, dose utilizada e principais cuidados para permitir consulta rápida.
   - Registrar no prontuário de atendimento: droga, dose, diluente, tempo/velocidade de infusão e demais informações pertinentes à administração.
   - Notificar ao serviço a ocorrência de reações ou eventos adversos decorrentes do uso de medicações.
6. Práticas para promoção do envolvimento do paciente com sua própria segurança

- Incentivar e valorizar a presença do acompanhante.
- Utilizar linguagem compreensível para comunicação com o paciente.
- Comunicar ao paciente e/ou familiares todos os procedimentos e encaminhamentos a serem realizados.

7. Práticas para a comunicação efetiva

- Utilizar recursos de comunicação em alça fechada durante o atendimento.
- Realizar a passagem sistematizada do quadro do paciente durante a transição do cuidado do paciente para a unidade de destino (Protocolo PE21).
- Preencher adequadamente o prontuário de atendimento e entregar uma cópia para a unidade de destino.
- Registrar o nome do profissional que recebeu o paciente na unidade de destino.
- Escrever em letra legível.

8. Prevenção de queda e acidentes

- Na cena, aproximar ao máximo a maca retrátil do local onde está o paciente para evitar deslocamento longo na prancha.
- Na prancha longa, fixar o paciente com, no mínimo, 3 cintos de segurança (3 pontos diferentes).
- Na maca, realizar a fixação do paciente com os cintos de segurança.
- Transportar pacientes agitados, contidos fisicamente ou com alto risco para queda sempre com a maca rebaixada.
- Anotar no prontuário de atendimento se há risco para queda.
- Transporte de crianças com < de 6 meses:
  - sempre no colo do responsável e na ausência deste, no colo do profissional de saúde, exceto se houver indicação de uso de incubadora de transporte. Os adultos devem estar com os cintos devidamente afivelados. O profissional de enfermagem deve permanecer próximo para manter atenção sobre o paciente e zelar pela segurança.
- Transporte de crianças acima de 6 meses:
  - na maca, acompanhadas do responsável. Se essa atitude provocar ansiedade nas crianças menores, elas poderão ser transportadas no colo pelo responsável ou pelo profissional de enfermagem. Todos deverão estar com os cintos de segurança afivelados. O profissional de enfermagem deve permanecer próximo para manter atenção sobre o paciente e zelar pela segurança.
- Seguir as regras de condução de veículos de emergência.

9. Prevenção de úlcera por pressão

- Na prancha longa, utilizar coxins nos pontos mais suscetíveis à pressão.
- No transporte prolongado, se possível, promover a mudança de decúbito e utilizar coxins ou proteção nas áreas corpóreas de risco.

10. Segurança na utilização de tecnologia

- Manter habilidades no uso dos equipamentos da ambulância.
- Atentar para a condição das baterias recarregáveis.
- Assegurar boa fixação/guarda dos equipamentos e materiais dentro da AM.
- Comunicar à chefia qualquer problema relacionado ao uso dos equipamentos e materiais.

**OBSERVAÇÕES:**

- Os fatores de risco para a queda são:
  - crianças < 5 anos e adultos > 65 anos;
  - pacientes com declínio cognitivo, com depressão ou ansiedade;
  - pacientes com necessidade de auxílio à marcha (pessoa ou dispositivo), amputações, com comprometimento sensorial (visão, audição ou tato);
  - pacientes com AVC, hipotensão postural, tontura, convulsão, dor intensa, baixo índice de massa corpórea ou obesidade severa, incontinência ou urgência miccional ou para evacuação, artrite, osteoporose, hipoglicemia; e
  - pacientes em uso de medicamentos depressores, antiarrítmicos, anti-histamínicos e outros.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

## PE4 – PAPEL E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DO SAMUFor

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Aplica-se a todos os profissionais da equipe de intervenção.

**Conduta:**

1. Aspectos fundamentais
   - Assegurar assistência pré-hospitalar livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;
   - Assegurar assistência pré-hospitalar livre de discriminação de qualquer natureza;
   - Assegurar a privacidade e respeitar o pudor do paciente;
   - Prestar informações adequadas ao paciente, familiares e/ou solicitante sobre o atendimento em termos de opções, riscos e benefícios;
   - Manter, aprimorar e atualizar permanente seus conhecimentos para o benefício do paciente;
   - Cumprir os preceitos éticos e legais de sua categoria profissional;
   - Zelar pelo cumprimento dos protocolos;
   - Zelar e contribuir para a harmonia das relações interinstitucionais;
   - Zelar pela imagem do serviço.
2. Sobre a conduta pessoal
   - Ser pontual e assíduo;
   - Apresentar-se asseado;
   - Utilizar sempre o uniforme completo e exclusivamente em atividades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
   - Manter identificação funcional e nominal no uniforme, seguindo padronização visual prevista em manual;
   - Permanecer de prontidão durante o plantão, atendendo aos chamados com presteza e agilidade;
   - Adequar hábitos pessoais, linguagem e atitudes ao ambiente de trabalho;
   - Basear as relações com outros membros da equipe nos princípios éticos, em respeito mútuo, na liberdade e independência profissional, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente;
   - Tratar com urbanidade os pacientes, familiares e cidadãos em geral;
   - Não fumar nas dependências da instituição (Base Descentralizada e Central de Regulação) e/ou dentro da ambulância, conforme legislação.
3. Na base
   - Zelar pela ordem;
   - Realizar a checagem da viatura, materiais, medicamentos e equipamentos no início e término de cada plantão, incluindo a checagem do equipamento de oxigenioterapia fixo e portátil e equipamentos de comunicação, com o devido registro;
   - Providenciar a reposição de materiais de consumo ao início do plantão e/ou a cada atendimento;
   - Realizar a limpeza da ambulância e dos equipamentos conforme protocolos PE22, PE23, PE24 e PE34.
4. Na comunicação
   - Manter atenção permanente ao sistema de comunicação disponível e atender à solicitação imediatamente;
   - Utilizar linguagem do "Q" e alfabeto fonético nas comunicações com a Central de Regulação, conforme protocolo PE27;
   - Receber e registrar os dados da solicitação com ênfase para endereço e pontos de referência, motivo da solicitação e gravidade, idade, nome da vítima;

   Obs.: Nada deve atrasar o início do deslocamento. Outras informações podem ser transmitidas durante o trajeto: horário e origem da solicitação, detalhes sobre o evento, informações do solicitante, serviços na cena do atendimento, e outras informações disponíveis e de interesse para o atendimento e segurança da equipe;

   - Notificar a Central de Regulação a cada fase do deslocamento: início do deslocamento para ocorrência (QTY), chegada na ocorrência/cena (QUS), saída da cena (QUR), chegada ao local de destino (QUY), saída do local de destino (QUU) e disponibilidade para nova ocorrência (QRV);

- Durante o atendimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada com a equipe;
- Informar o médico regulador sobre as condições do paciente (QTW), conforme protocolo de sistematização da passagem do caso para a regulação médica (Protocolo PE21), em no máximo dez minutos após o início do atendimento.

5. Durante o deslocamento até o local da ocorrência

- Iniciar deslocamento para a ocorrência em no máximo 30 segundos após recepção da solicitação;
- Auxiliar, se necessário, no estabelecimento da melhor e mais segura rota para o local da ocorrência;
- Zelar pelo respeito às regras de condução e estacionamento de veículos de emergência, conforme Protocolos PE6 e PE7 e Código de Trânsito Brasileiro.

6. Na cena do atendimento

- Garantir sua segurança e a da equipe, além dos circundantes e da vítima (Protocolo 3 "S");
- Utilizar equipamento de proteção individual (EPI) em todo atendimento;
- Realizar avaliação primária e secundária da vítima e proceder às intervenções necessárias, previstas em protocolos específicos para a modalidade e categoria profissional, dentro dos limites ético-profissionais;
- Entrar em contato com a Regulação Médica para:
  - SAV: informar a real situação do paciente e receber a decisão sobre a unidade de saúde de destino e/ou sobre qualquer outra situação atípica;
  - SBV: informar a real situação do paciente, receber a definição das intervenções e ações adicionais previstas em protocolo e receber a definição sobre a unidade de saúde de destino ou qualquer outra situação atípica.

7. Na comunicação com paciente e familiares

- Identificar-se sempre;
- Buscar a identificação do paciente, familiar, responsável legal ou solicitante e chamá-los pelo nome;
- Comunicar todas as ações que serão realizadas;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Apoiar, orientar e acalmar paciente e familiares;
- Manter atenção à comunicação verbal e não-verbal durante todo o atendimento;
- Atentar para existência de condições especiais na comunicação: linguagem estrangeira, portadores de deficiências e outras.

8. Durante o transporte da vítima à unidade de saúde de destino

- Zelar pelo respeito às regras de condução e estacionamento de veículos de emergência, conforme Protocolos PE6 e PE7 e Código de Trânsito Brasileiro;
- Transportar o acompanhante preferencialmente no banco da frente;
- Manter observação e cuidados constantes à vítima;
- Preencher de forma completa o prontuário de atendimento pré-hospitalar em duas vias e com letra legível.

9. Na unidade de saúde de destino

- Transmitir informações verbais sobre o atendimento ao profissional da unidade de saúde de destino, de forma completa e sistematizada, a fim de favorecer à continuidade do cuidado;
- Disponibilizar a 2ª via do prontuário de atendimento ao profissional que recebeu o paciente na unidade de saúde de destino, anotando na 1ª e 2ª via nome completo e registro do conselho;
- Arrolar os pertences da vítima conforme Protocolo PE18;
- Realizar a limpeza concorrente ao final de cada atendimento e, se necessário, a limpeza terminal, conforme Protocolos PE22, PE23 e PE24;
- Comunicar à Central de Regulação a disponibilidade para novos atendimentos tão logo esteja liberado;
- Transmitir à Central de Regulação os dados referentes ao atendimento, utilizando o recurso de comunicação portátil disponível.

10. Na documentação

- Preencher o prontuário de atendimento para todo e qualquer paciente, incluindo (mas não se limitando a):
  - Pacientes que recusam tratamento e/ou transporte;
  - Pacientes transportados para qualquer recurso/unidade de saúde;
  - Pacientes atendidos por um serviço e/ou modalidade e transportados por outro;

- Pacientes não encontrados na cena ou que se evadiram;
- Pacientes atendidos durante eventos de múltiplas vítimas e/ou eventos;
- Pacientes encontrados em óbito na cena.

- Registrar no Prontuário de Atendimento toda a informação disponível sobre o atendimento;
- Zelar pela confidencialidade das informações a que tiver acesso, bem como das anotadas no prontuário;
- Relatar e registrar possíveis eventos adversos, impedimentos para realização e desvios de protocolos e/ou situações não especificadas, com vistas ao aprimoramento das ações e desenvolvimento do serviço.

**OBSERVAÇÕES:**

- A responsabilidade profissional é o conjunto de deveres, compromissos e obrigações atribuído a toda pessoa que exerce uma profissão. Em caso de inobservância, fica o profissional passível de responder pelos atos prejudiciais resultantes de suas atividades.
- Nenhum membro da equipe poderá divulgar, sem autorização prévia, dados sobre atendimento prestado, com ou sem imagem, em veículos de comunicação ou redes sociais.
- As condições de asseio incluem, mas não se limitam a:
  - Para os profissionais do sexo masculino: barba feita, uniforme completo e adequadamente fechado, unhas curtas, cabelos presos (se indicado);
  - Para os profissionais do sexo feminino: cabelos presos, unhas curtas, maquiagem discreta, uniforme completo e adequadamente fechado;
- **O uniforme deve ser utilizado como EPI e como identidade visual do serviço**. Não deve ser utilizado em nenhum momento de forma a ocultar a identidade do serviço, a identificação funcional e a nominal;
- A comunicação em alça fechada é uma estratégia que visa maior efetividade nas comunicações durante situações de emergência e consequente redução de erros. Na prática, ela se baseia na formulação de ordens precisas, claras e nominais dadas por um líder (ou chefe da equipe), sendo que cada membro da equipe, quando solicitado, repete verbalmente a ordem antes de executá-la, caracterizando que compreendeu a mensagem, e faz o mesmo após a execução, sinalizando que a ordem foi cumprida.
- **IMPERÍCIA**: ignorância, inabilidade, inexperiência, inaptidão, falta de qualificação técnica teórica ou prática, ou ausência de conhecimentos elementares e básicos de uma profissão.
- **IMPRUDÊNCIA**: falta de atenção, cuidado ou cautela, imprevidência, descuido.
- **NEGLIGÊNCIA**: desleixo, descuido, desatenção, menosprezo, indolência, omissão ou inobservância do dever em realizar determinado procedimento com as precauções necessárias;
- A sistematização das informações sobre o atendimento a serem transmitidas ao profissional da unidade e saúde de destino deve incluir:
  - Identificação da equipe e modalidade de atendimento;
  - Nome, idade e sexo do paciente;
  - Achados da avaliação primária e secundária;
  - História breve, procedimentos efetuados e resultados obtidos;
  - Outras informações pertinentes à continuidade do cuidado.
- A documentação do atendimento é parte essencial e seu objetivo primordial é registrar toda informação disponível durante a fase pré-hospitalar para permitir a continuidade da assistência. Considera-se registro completo aquele que contém: identificação e avaliação do paciente, intervenções efetuadas, intercorrências e resposta do paciente ao tratamento durante a fase pré-hospitalar, unidade de destino, dados da equipe de atendimento e do profissional responsável pela recepção no hospital.
- A escolha da unidade de saúde de destino e a modalidade de transporte é prerrogativa exclusiva do médico regulador.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# PE5 – RESPONSABILIDADES ADICIONAIS DO CONDUTOR DE VEÍCULOS

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Aplica-se aos condutores de ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

**Conduta:**

NA PASSAGEM DO PLANTÃO

1. Verificar, com o condutor que o antecedeu, as condições do veículo que está recebendo.

NA CHECAGEM DO VEÍCULO NO INÍCIO DO PLANTÃO

1. Manter o veículo sempre pronto para atuar nas emergências;
2. Checar:
   - Nível do óleo do motor e quilometragem da troca
   - Nível e estado do líquido do radiador
   - Fluido de freio
   - Tensão da correia do motor
   - Estado geral da bateria
   - Possíveis vazamentos
   - Presença de fumaça anormal no sistema de escapamento
   - Fixação e estado do escapamento
   - Ruídos anormais
   - Eventuais peças soltas dentro e fora da ambulância
   - Fixação e estado dos para-choques
   - Funcionamento dos limpadores de para-brisa
   - Sistemas elétricos, luminosos e sonoros, incluindo teste da luz de freio, do pisca-pisca (seta indicadora de direção) e do pisca-alerta
   - Calibragem e estado de conservação dos pneus e estepe
   - Existência de triângulo de sinalização, macaco e chave de rodas
   - Arranhões e amassados na cabina e carroceria
   - Limpeza geral externa da ambulância
   - Nível do combustível
   - Marcador de temperatura do motor
   - Ajuste do banco do motorista e checagem de todos os cintos de segurança
   - Ajuste dos espelhos retrovisores
   - Estado, carga e fixação do extintor de incêndio
   - Lanterna portátil (se disponível no serviço)
   - Sistema de radiocomunicação
   - Carga da bateria dos equipamentos de comunicação de seu uso
   - Impressos que possam ser utilizados pelo condutor
   - Caneta e papel para anotações gerais.

DURANTE O DESLOCAMENTO DA VIATURA

1. Manter atenção para:
   - Ruídos anormais
   - Eventuais peças soltas
   - Estado dos freios;
2. Utilizar o sistema de comunicação disponível no serviço;
3. Utilizar a sinalização sonora da ambulância com critério, atentando para seus efeitos estressantes sobre a equipe de socorro e o paciente (PE6);
4. Utilizar as luzes e iluminação de emergência da viatura (giroflex), atentando rigorosamente para o cumprimento da legislação específica (PE6);
5. Conduzir o veículo segundo legislação de trânsito prevista no Código de Trânsito Brasileiro e nas resoluções

do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) para veículos de emergência;

6. Seguir as regras gerais para estacionamento e sinalização da via (PE6);
7. Portar durante todo o plantão os seguintes documentos:
   - Habilitação com a autorização para conduzir veículo de emergência
   - Documentos da viatura;
8. Conhecer o sistema viário e as principais referências da região em que trabalha.

**OBSERVAÇÕES:**

- Os serviços devem desenvolver rotina de checagem da viatura com check-list, acrescentando itens à rotina sugerida acima, se necessário.
- Recomenda-se consulta ao Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (Lei 9.503/1997).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## PE6 – REGRAS GERAIS DE CONDUÇÃO DE AMBULÂNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em todas as situações em que a ambulância estiver em deslocamento, durante um plantão no SAMUFor.

**Conduta:**

1. Regras gerais de condução:
   - "A segurança é prioridade máxima": seja para o próprio condutor, equipe, paciente ou para pedestres e demais veículos na via. O condutor **SEMPRE** deverá seguir as resoluções e regras previstas no Código de Trânsito Brasileiro (CTB);
   - Durante um deslocamento, o sinal sonoro (sirene) da ambulância só deve ser acionado para abrir a passagem ou alertar as pessoas no trânsito da proximidade da ambulância.
     - Alternar sons pode facilitar a identificação da presença e posição da ambulância pelos outros motoristas;
     - Desligar o sinal sonoro sempre que a passagem na via estiver livre para a ambulância ou não houver risco detectável para pedestres ou motoristas desatentos. O uso contínuo aumenta o estresse, dificulta a comunicação e parte da avaliação do paciente.
   - Usar luzes de emergência intermitentes (giroflex) sempre e somente quando a ambulância estiver em deslocamento para o atendimento de urgência ou conduzindo, em urgência, pacientes;
     - O condutor deve fazer uso de farol baixo aceso ("seja visto!") em qualquer tipo de deslocamento, mesmo durante o dia. Isso torna mais rápida sua visualização por outros motoristas e pelos pedestres, reduzindo significativamente a probabilidade de acidentes.
   - Todas as pessoas conduzidas em uma ambulância, inclusive o condutor, devem estar com os cintos de segurança afivelados durante todo o percurso (CTB, Art. 65);
     - Como situação de exceção, os profissionais de saúde poderão desfivelar seus cintos, mas somente para procedimentos que durem menos de 30 segundos, comunicando ao condutor o fato. Acima disso, deve-se pedir para que o condutor diminua a velocidade até parar a ambulância e ligar o pisca-alerta, para que o procedimento seja feito com segurança para todos;
     - O paciente (fixo ou não em pranchas) também deverá estar fixo por cintos à maca e esta deverá estar comprovada e previamente fixa na ambulância;
   - Manter a ambulância na melhor linha reta possível (não costurar), sempre na esquerda da via, e ultrapassar sempre pela esquerda (CTB, Art. 29, VII, a);
     - O condutor, em situações de congestionamento, deve evitar abrir espaço pelo centro da via e fazê-lo, SEMPRE, pelo lado esquerdo da mesma;
     - Para a ultrapassagem, o condutor deve:
       - Posicionar a ambulância na faixa de rolamento à esquerda;
       - Utilizar os recursos sonoros e de iluminação, incluindo os faróis, para alertar os outros condutores de sua aproximação;

OBS.: A ambulância não deve ser conduzida no espaço entre as faixas de rolamento e nem "costurar" no trânsito. Só é permitido o uso de outras faixas quando houver sinalização específica na via indicando outra faixa para o veículo de emergência.

   - Respeitar sempre a velocidade máxima sinalizada para a via;
     - O deslocamento da ambulância deve ocorrer de modo a permitir que a equipe atue com segurança e com efetividade no cuidado do paciente;
     - A velocidade pode se dar de forma extremamente reduzida para permitir a realização segura de procedimentos como massagem cardíaca, acesso venoso, intubação, etc.;
     - A interação verbal equipe/condutor é essencial para o sucesso dessa atitude no trânsito.
   - Preferência sobre pedestres:

- A ambulância com seus sinais sonoros e luminosos de emergência acionados tem preferência sobre pedestres (CTB artigo 29, VII, b). Recomenda-se que essa preferência seja exercida somente se o pedestre estiver em posição segura e estável, não se movimentando em situação de risco.
- Embora a ambulância devidamente sinalizada tenha preferência sobre os pedestres, deve-se considerar que o pedestre não conhece o CTB e pode apresentar limitações nos movimentos e deficiência auditiva e/ou visual, dentre muitas outras situações.

- Evitar freadas e acelerações bruscas ou alterar a direção do veículo bruscamente, principalmente quando estiver conduzindo pacientes;
  - Manter atenção aos movimentos dos outros veículos e antecipar a necessidade de frenagem, aceleração ou alteração de direção, para conduzir a ambulância com a máxima suavidade.

**OBSERVAÇÕES:**

- As prerrogativas de uma ambulância, previstas no Código de Trânsito Brasileiro (CTB – Lei Federal 9.503, de 23 de setembro de 1997), foram escritas de forma a nunca colocarem em risco outras pessoas, causar acidentes ou tumultuar a vida da população. Nos atos não previstos como prerrogativas da ambulância pelo CTB, aplica-se a Lei destinada a qualquer veículo ou motorista;
  - Prerrogativas e privilégios em efetiva prestação de serviço de urgência
    - Avançar um semáforo vermelho, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, Art. 29, VIII);
    - Estacionar em local proibido, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB, Art. 29, VIII).
- A frenagem ou aceleração bruscas podem causar dano a saúde da equipe e passageiros, em especial para aqueles sentados lateralmente à direção de deslocamento da ambulância. Podem ocorrer agravos musculoesqueléticos, náuseas e vômitos. Para o paciente, pode haver ainda o agravamento de hemorragias internas, especialmente as abdominais. O condutor não tem a percepção do desconforto, pois seu corpo e sua musculatura antecipam os movimentos de frenagem, aceleração e curva, o que não ocorre com outros passageiros.
- O limite de velocidade de uma via é estabelecido considerando múltiplas características técnicas e condições do trânsito, tais como tipo de pavimento, número de faixas de rolamento e sua largura, conformidade, inclinação, características da área, proximidade de escolas, frequência de pedestres e distância de frenagem dos veículos. Considerando que a segurança é prioridade máxima, não é possível garantir a segurança ao trafegar em velocidade acima do permitido. Veículo em velocidade superior ao permitido pode sofrer sanções punitivas previstas na lei, mesmo se comprovada a efetiva prestação de serviços de urgência.
- Alguns lembretes importantes:
  - As ambulâncias, desde que estejam em deslocamento de urgência devidamente identificado por dispositivos regulamentares de alarme sonoro e iluminação intermitente, têm prioridade de trânsito, gozam de livre circulação, estacionamento e parada;.
  - Por prioridade de trânsito entende-se prioridade na conversão ou retornos, nos cruzamentos de via preferencial e até semáforos, desde que com velocidade reduzida e com os devidos cuidados de segurança, obedecidas as demais normas do CTB;
  - É vedado o uso de sinal sonoro (sirene) e luzes de emergência intermitentes por ambulância que não esteja em deslocamento para atendimento de urgência ou conduzindo, em urgência, pacientes (CTB, Art. 29). Nesse caso utilizar somente o farol baixo. Cuidado no uso de sirene próximo a passagens de nível;
  - É vedado transitar em passeios, calçadas ou acostamento, ou passar por cima de canteiros centrais em vias duplas;
  - Nunca utilizar o pisca-alerta com o veículo em movimento. Isso confunde os motoristas e impede o condutor da ambulância de sinalizar para onde ele quer se deslocar. O uso de pisca-alerta está permitido somente com o veículo parado;

## Comentários às prerrogativas de veículos de urgência, previstas no Código de Trânsito Brasileiro (CTB – Lei Federal 9.503, de 23 de setembro de 1997)

Art. 29. O trânsito de veículos nas vias terrestres abertas à circulação obedecerá às seguintes normas:

I - quando uma pista de rolamento comportar várias faixas de circulação no mesmo sentido são as da direita destinadas ao deslocamento dos veículos mais lentos e de maior porte, quando não houver faixa especial a eles

destinada, e as da esquerda, destinadas à ultrapassagem e ao deslocamento dos veículos de maior velocidade; (Infração média – art. 185, I – penalidade multa)

* Pista : parte da via normalmente utilizada para a circulação de veículos, identificada por elementos separadores ou por diferença de nível em relação às calçadas, ilhas ou aos canteiros centrais.
* Faixa de trânsito : Qualquer uma das áreas longitudinais em que a pista pode ser subdividida, sinalizada ou não por marcas viárias longitudinais, que tenham uma largura suficiente para permitir a circulação de veículos automotores.
* Ultrapassagem: É o movimento de passar à frente de outro veículo que se desloca no mesmo sentido, em menor velocidade e na mesma faixa de tráfego, necessitando sair e retornar à faixa de origem.
* Passagem por outro veículo : Movimento de passagem à frente de outro veículo que se desloca no mesmo sentido, em menor velocidade, mas em faixas distintas da via.

II - o trânsito de veículos sobre passeios, calçadas e nos acostamentos, só poderá ocorrer para que se adentre ou se saia dos imóveis ou áreas especiais de estacionamento; (Infração gravíssima – art. 193 – penalidade multa triplicada)

* Passeio : É à parte da calçada ou da pista de rolamento, neste último caso, separada por pintura ou elemento físico separador, livre de interferências, destinada à circulação exclusiva de pedestres e, excepcionalmente, de ciclistas.
* Calçada: É à parte da via, normalmente segregada e em nível diferente, não destinada à circulação de veículos, reservada ao trânsito de pedestres e, quando possível, à implantação de mobiliário urbano, sinalização, vegetação e outros fins.
* Acostamento : parte da via diferenciada da pista de rolamento destinada à parada ou estacionamento de veículos, em caso de emergência, e à circulação de pedestres e bicicletas, quando não houver local apropriado para esse fim.
* Áreas especiais de estacionamento : São áreas das vias públicas destinadas exclusivamente aos veículos de determinada espécie e categoria que prestam serviços à coletividade. (Táxis, ônibus, caminhão, etc.).

III - os veículos precedidos de batedores terão prioridade de passagem, respeitadas as demais normas de circulação; (Infração gravíssima – art. 189 – penalidade multa)

IV - os veículos destinados a socorro de incêndio e salvamento, os de polícia, os de fiscalização e operação de trânsito e as ambulâncias, além de prioridade de trânsito, gozam de livre circulação, estacionamento e parada, quando em serviço de urgência e devidamente identificados por dispositivos regulamentares de alarme sonoro e iluminação vermelha intermitente, observadas as seguintes disposições (Infrações gravíssima – art. 189 – penalidade multa e infração grave – art. 190 – penalidade multa):

a) quando os dispositivos estiverem acionados, indicando a proximidade dos veículos, todos os condutores deverão deixar livre a passagem pela faixa da esquerda, indo para a direita da via e parando, se necessário;
b) os pedestres, ao ouvir o alarme sonoro, deverão aguardar no passeio, só atravessando a via quando o veículo já tiver passado pelo local;
c) o uso de dispositivos de alarme sonoro e de iluminação vermelha intermitente só poderá ocorrer quando da efetiva prestação de serviço de urgência;

*** Caso o agente ou funcionário público não esteja prestando um serviço de urgência, a infringência deste dispositivo pode levar à responsabilidade civil, criminal e administrativa.**

d) a prioridade de passagem na via e no cruzamento deverá se dar com velocidade reduzida e com os devidos cuidados de segurança, obedecidas as demais normas deste Código.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2015
Revisão: Julho/2016

## PE7 – REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO DE AMBULÂNCIA / SINALIZAÇÃO DA VIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Ao se aproximar do local de uma emergência conduzindo uma ambulância e necessitar estacioná-la para a prestação do socorro.

**Conduta:**

CABE AO CONDUTOR DA AMBULÂNCIA:

2. Seguir as regras gerais para estacionamento e sinalização da via;
3. Zelar pela segurança da viatura e da equipe, evitando causar ou se envolver em um acidente;
4. Não permitir que a equipe desembarque da ambulância com ela ainda em movimento;
5. Informar à equipe o momento correto do desembarque e a porta de saída mais adequada (passageiro na cabine, lateral ou traseira);
6. Evitar a obstrução desnecessária da via: o congestionamento causado pode dificultar a chegada de outras equipes ou outros serviços necessários para as ações de socorro;
7. Sinalizar a via imediatamente após estacionar, considerando as regras básicas de sinalização, garantindo a segurança de todos e permitindo as ações de socorro da equipe;
8. Auxiliar a equipe de atendimento após estacionar e sinalizar o local.

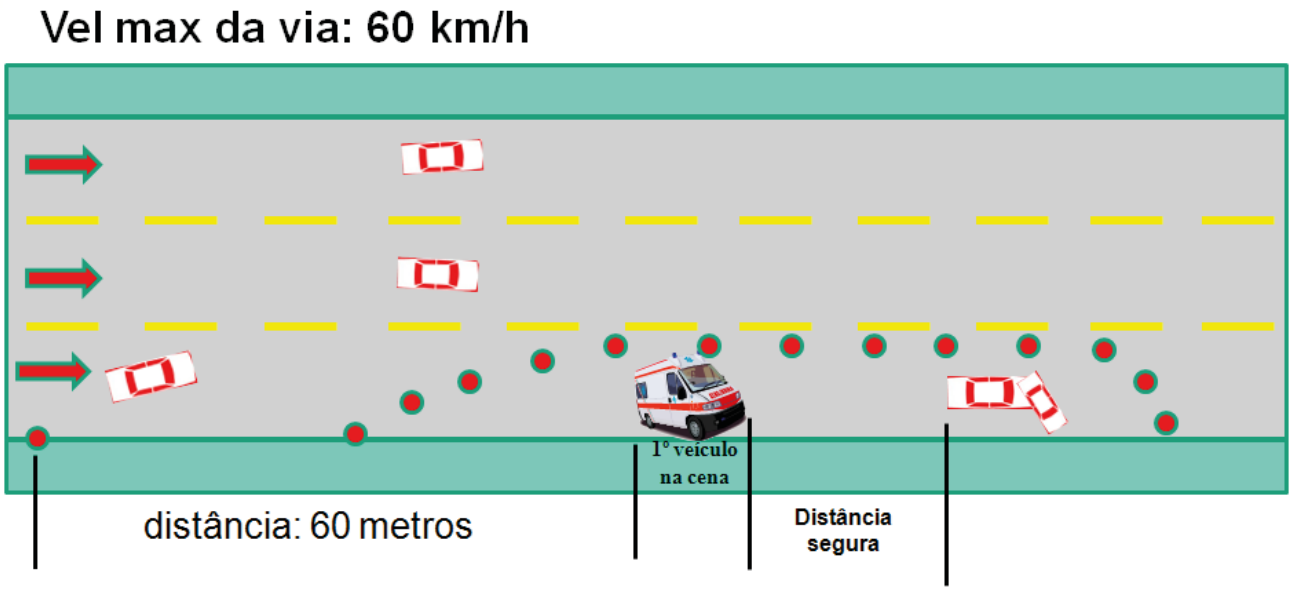
REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO E SINALIZAÇÃO DA VIA

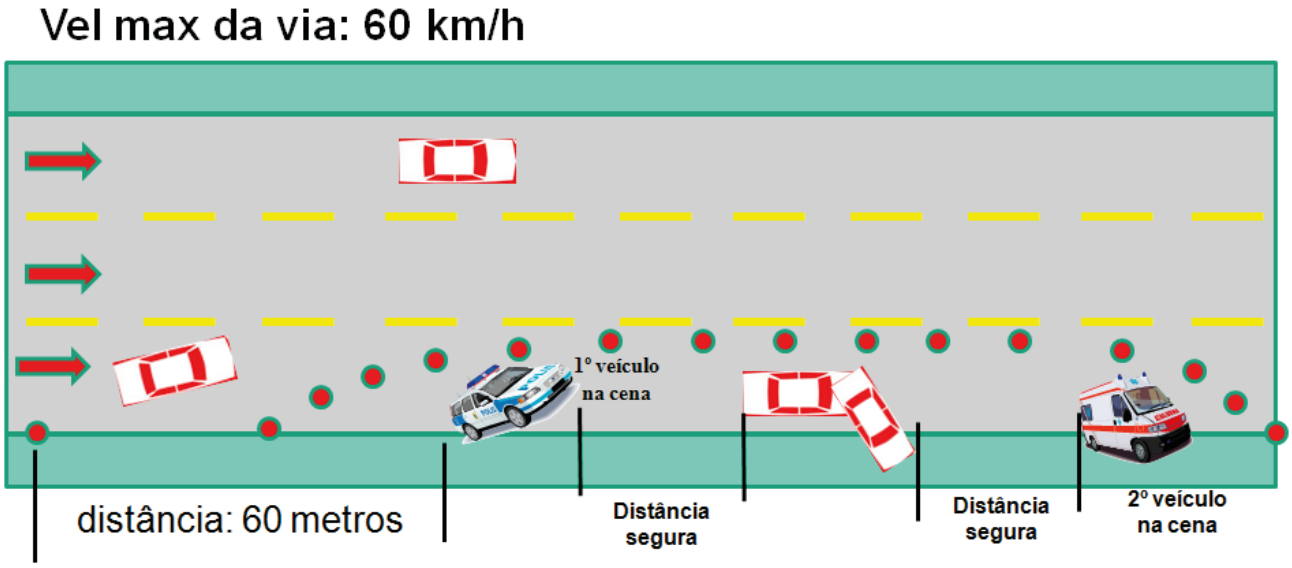
1. Posicionar a ambulância no sentido da via, com os sinais luminosos (giroflex) e pisca-alerta (luz intermitente) ligados e a uma distância segura do evento;
2. Decidir pela distância segura, considerando a existência de vazamento de óleo, combustível, gases, fumaça, fogo, etc.;
3. Se for o primeiro veículo a chegar na cena do atendimento, estacionar antes do evento. Se houver impedimento ou risco, estacionar no melhor local possível para garantir a distância de segurança;
4. Se a cena já estiver sinalizada e/ou com outros veículos de serviço no local, estacionar após o evento.
5. Se houver impedimento para o deslocamento até a área pós-evento, estacionar antes ou no melhor local possível e revisar as sinalizações já existentes para garantir a distância de segurança;
6. Em vias de baixa velocidade e/ou fluxo de veículos e em locais seguros e adequados para estacionamento, apenas delimitar a área de trabalho da equipe;
7. Em vias de fluxo elevado de veículos e/ou de alta velocidade e em locais pouco apropriados para estacionamento de veículos ou inseguros, realizar a sinalização para canalização do tráfego e garantia da segurança para as equipes de atendimento;
8. Para sinalização e canalização do trafego:
    - Estabelecer a distância entre a 1ª barreira na cena e a primeira sinalização (1º cone), considerando a velocidade máxima permitida na via:

| VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA | Nº DE PASSOS PARA A 1ª SINALIZAÇÃO |
|---|---|
| 80 km/h | 80 passos |
| 70 km/h | 70 passos |
| 60 km/h | 60 passos |
| 50 km/h | 50 passos |
| 40 km/h | 40 passos |

Obs.: Essa distância permite tempo adequado de frenagem e reposicionamento na via dos veículos que se aproximam. Em ambiente com chuva, neblina ou baixa visibilidade, a distância da primeira sinalização deve ser aumentada e até dobrada. Se o acidente ocorreu em uma curva, a distância deve ser calculada totalmente antes da curva;

- Proceder a canalização com os cones disponíveis idealmente 1 a cada 10 passos, se disponíveis. Os cones devem progressivamente envolver e delimitar a área de trabalho a uma ou mais faixas de rolamento, a depender da posição do veículo em relação ao acostamento.




9. Se não houver condições de efetivar a sinalização adequadamente, solicitar imediato auxílio a outros órgãos como policiamento, bombeiros ou órgão de trânsito, por meio da Regulação Médica.

**OBSERVAÇÕES:**

- Recomenda-se a leitura e consulta ao Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (Lei 9.503/1997).
- A informação da porta adequada para desembarque da equipe é fator importante para a segurança, pois as portas podem ficar em posição perigosa em relação à via ou podem existir irregularidades no solo.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# PE8 – PROCEDIMENTOS INICIAIS EM CASO DE ACIDENTES COM A AMBULÂNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em qualquer situação de acidente que envolva a ambulância. INCLUI:

- Acidentes durante deslocamentos de emergência ou administrativos;
- Acidentes na presença ou ausência de pacientes já embarcados; e
- Acidentes com ou sem vítimas.

**Conduta:**

Por ser carro oficial e para preservar a cena do incidente, NUNCA MOVIMENTAR A AMBULÂNCIA DO LOCAL.

ACIDENTE SEM VÍTIMA:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Confirmar ausência de vítimas no acidente;
3. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
   - Sobre a ocorrência de acidente sem vítimas, com ênfase para a localização do evento;
   - Sobre a condição da ambulância: acidente em deslocamento com ou sem paciente embarcado;
   - Sobre a necessidade de apoio, inclusive reboque, e providências legais cabíveis (Boletim de Ocorrência, Perícia Forense);
4. Se houver paciente embarcado na ambulância, reavaliar e proceder cuidados necessários para garantir suporte à vida até a chegada da nova equipe;
5. Na presença de terceiros envolvidos no acidente, anotar: nome, RG e endereço dos envolvidos e placa dos demais veículos;
6. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência.

ACIDENTE COM VÍTIMA:

Considerando a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) fisicamente apta para as ações, seguir as seguintes regras gerais:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
   - Sobre a ocorrência de acidente com vítima, com ênfase para localização, número de vítimas e presença de vítimas entre os profissionais da equipe;
   - Sobre a condição: acidente em deslocamento com ou sem paciente embarcado;
   - Sobre a necessidade de apoio, inclusive reboque, e providências legais cabíveis (Boletim de Ocorrência, Perícia Forense);
3. Realizar o atendimento à(s) vítima(s), considerando os protocolos indicados;
4. Realizar avaliação e/ou atendimento do paciente embarcado (se houver) e proceder cuidados necessários para garantir suporte à vida até a chegada da nova equipe;
5. Assim que possível, informar a Regulação Médica sobre:
   - Vítimas já em atendimento e suas condições;
   - Chegada de equipes de apoio;
   - Chegada de equipes especializadas (policiamento e outras);
6. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do Boletim de Ocorrência.

Considerando a equipe do SAMU fisicamente inapta para as ações, se possível:

1. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar sobre a ocorrência de acidente com vítimas entre os profissionais da equipe e aguardar apoio; ou
2. Solicitar a um cidadão que entre em contato com o 192 e informe a ocorrência com a equipe da ambulância.

**OBSERVAÇÕES:**

- Caso o acidente tenha ocorrido durante deslocamento para atendimento, é importante comunicar esse fato para a Regulação Médica, a fim de permitir o direcionamento de outra equipe para esse atendimento.
    - Cabe à Regulação Médica a tomada de decisão e acionamento dos recursos adicionais ou especializados para fazer frente às necessidades no local do acidente, incluindo reboque e providências legais.
- A Regulação Médica deve prestar total apoio aos profissionais em caso de acidentes com as ambulâncias, orientando-os em relação à confecção do boletim de ocorrência, que deve ser feito no mesmo plantão e entregue à Central de Serviços e Abastecimento (CSA) até o próximo dia útil. Também deve:
    - Abrir atendimento na Perícia Forense (85 3101-6075);
    - Acionar o reboque quando necessário, trazendo o veículo à CSA (Rua Jorge Dumar, 2054. Jardim América);
    - Orientar à equipe que desequipe o veículo, entregando o material à Dispensação de Reutilizáveis no CSA.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
1ª Revisão: Julho/2016
2ª Revisão: Junho/2017

## PE9 – CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MENOR



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Paciente menor de idade, conforme legislação vigente.

**Conduta:**

1. Regras gerais da abordagem:
   - Identificar-se;
   - Ser paciente;
   - Transmitir segurança;
   - Solicitar a presença de familiar ou responsável durante o atendimento;
   - Explicar ao paciente, se aplicável, e aos familiares todos os procedimentos que serão realizados;
   - Usar palavras simples e de fácil compreensão;
   - Repetir as informações quantas vezes forem necessárias.
2. Abordagem inicial
   - Realizar avaliação primária, secundária e as medidas básicas de suporte previstas conforme o protocolo indicado;
   - Verificar a presença de possível responsável legal:
   - Na presença de responsável, indagar sobre sua relação com paciente menor e seguir para o item 3;
   - Na ausência de responsável legal, considerar Protocolo PE11.
3. Paciente menor acompanhado de responsável:
   - A cada procedimento de avaliação, informar os responsáveis o que está sendo realizado;
   - Havendo necessidade de procedimento de intervenção, informar os responsáveis sem interromper a sequência;
   - Só interromper a sequência se houver alguma clara manifestação dos responsáveis para que o procedimento não seja realizado, momento em que a equipe deve utilizar toda sua capacidade de argumentação para obter a autorização;
   - Na negativa de autorização e havendo risco de morte ou agravo importante para o paciente, realizar os procedimentos necessários, conforme artigo 22 do Código de Ética Médica;
   - Tão logo seja possível, informar a Regulação Médica sobre o atendimento e o ocorrido;
   - No transporte, solicitar que os pais ou responsáveis, ao menos um, acompanhem o paciente;
   - Tendo havido dificuldade em obter a autorização para procedimentos, mesmo tendo sido eles realizados, informar o médico no hospital de destino.

**OBSERVAÇÕES:**

- Resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina (CFM) - Código de Ética Médica
  - É vedado ao médico:
    - Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# PE10 – ATENDIMENTO A PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Pacientes com deficiência auditiva, visual, déficit de desenvolvimento intelectual, idosos, crianças.

**Conduta:**

1. Regras gerais da abordagem
   - Identificar-se.
   - Ser paciente.
   - Transmitir segurança.
   - Solicitar a presença de familiar ou responsável durante o atendimento.
   - Explicar ao paciente e aos familiares todos os procedimentos que serão realizados.
   - Usar palavras simples e de fácil compreensão.
   - Repetir as informações quantas vezes forem necessárias.
   - Considerar os fatores de risco para queda (Protocolo PE3).
2. Paciente com deficiência auditiva
   - Falar pausadamente e olhando diretamente para os olhos do paciente para que ele possa usar a leitura labial.
   - Utilizar a escrita, se necessário.
3. Paciente com deficiência visual
   - Descrever os procedimentos realizados.
   - Manter contato físico constante (com os braços do paciente).
4. Paciente com déficit de desenvolvimento intelectual
   - Manter comunicação constante.
   - Respeitar pausas e o tempo necessário para que o paciente responda às perguntas.
5. Paciente idoso
   - Tratar com respeito.
   - Respeitar suas limitações, angústias, medos e pudor
6. Paciente pediátrico
   - Permitir que os pais acompanhem a criança.
   - Permitir que a criança leve um objeto de estimação para sentir-se mais segura.
   - Garantir a segurança da criança durante o transporte.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

# PE11 – ATENDIMENTO A PACIENTE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE (DESACOMPANHADO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em todo atendimento de paciente menor de 18 anos desacompanhado.

**Conduta:**

1. Regras gerais de abordagem
    - Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes com necessidades especiais (Protocolo PE10).
    - Assim que possível, comunicar-se com a Regulação Médica sobre o atendimento.
    - Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone.
    - Na ausência de acompanhante, informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino e solicitar que, se possível, comuniquem aos familiares do paciente.
    - Todos os dados obtidos e orientações dadas devem ser anotados no prontuário de atendimento.
    - Em caso de ausência de acompanhante, o médico do hospital de destino deve ser informado para avaliação da necessidade de acionamento do serviço social do hospital para:
        - acionamento do Conselho Tutelar para menores de 18 anos; e
        - localização de familiares no caso de pacientes sem condições de decidir.
    - Ao final do atendimento, atualizar a Regulação Médica sobre o final do atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## PE12 – ATENDIMENTO A PACIENTE SEM CONDIÇÃO DE DECIDIR, ESTANDO DESACOMPANHADO OU ACOMPANHADO DE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Considera-se paciente sem condições de decidir aquele que é encontrado sozinho inconsciente e/ou alcoolizado, intoxicado por drogas ou que possui um agravo em saúde mental, dentre outras situações.
- O paciente nas condições acima pode estar sozinho ou acompanhado de pessoa menor de 18 anos.

**Conduta:**

1. Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadores de necessidades especiais (Protocolo PE10).
2. Assim que possível, comunicar a Regulação Médica sobre o atendimento.
3. Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone.
4. Se houver condição segura, como atendimento em residência com vizinhos ou amigos presentes, verificar se podem cuidar do menor. Anotar nomes, endereços, telefone e passar à Regulação Médica, que dará ou não a autorização final.
5. Informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino e solicitar que, se possível, comuniquem aos familiares do paciente.
6. Todos os dados obtidos e orientações dadas devem ser anotados no Prontuário de Atendimento.
7. Em caso de ausência de acompanhante, o médico do hospital de destino deve ser informado para avaliação da necessidade de acionamento do serviço social do hospital para:
    - acionamento do Conselho Tutelar para menores de 18 anos; e
    - localização de familiares no caso de pacientes sem condições de decidir.

**OBSERVAÇÕES:**

- É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

# PE13 – ATENDIMENTO A PACIENTES SEM CONDIÇÕES DE DECIDIR E ACOMPANHADO DE ANIMAIS (CÃO-GUIA OU OUTROS)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Paciente sem condições de decidir é aquele que é encontrado inconsciente, alcoolizado ou intoxicado por drogas, dentre outras circunstâncias.
- Acompanhado de animais (cão-guia ou outros).

**Conduta:**

1. Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes com necessidades especiais (Protocolo PE10).
2. Atenção para animais agressivos que possam oferecer risco à equipe.
3. Em acidentes envolvendo animais e seus donos, o animal não deve ser abandonado. Nesses casos, solicitar auxílio para que alguém cuide do animal e anotar os dados do responsável (familiares, vizinhos e acompanhantes, etc.).
4. Em caso de cão-guia acompanhante de pessoas com deficiência visual:
    - deve-se considerar que o cão-guia é um animal altamente treinado e que a equipe deve se esforçar para manter o paciente e o animal reunidos até a chegada ao destino;
    - o animal deverá acompanhar o paciente na ambulância a menos que sua presença na ambulância dificulte a execução de procedimentos ou traga riscos para a segurança da equipe ou para os equipamentos;
    - pode-se considerar meios de transporte alternativos para o animal, como no caso da presença de equipes da Polícia, Bombeiros ou outras instituições que possam transportar o animal até o destino do paciente; e
    - documentar no Prontuário de Atendimento todos os detalhes envolvendo esse tipo de animal.
5. Informar a Regulação Médica sobre a presença do animal e os dados de quem ficou com o mesmo.

**OBSERVAÇÕES:**

- É comum a busca de informações sobre esses atendimentos. A Regulação Médica deverá estar pronta para fornecê-las e os dados deverão ter sido passados pela equipe de intervenção.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

# PE14 – ATENDIMENTO A PACIENTES QUE RECUSAM ATENDIMENTO E/OU TRANSPORTE



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Todo paciente que recusa atendimento.
- Todo paciente que foi atendido, mas recusa transporte.

**Conduta:**

1. Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadores de necessidades especiais (Protocolo PE10).
2. Esclarecer sobre a importância do atendimento e/ou encaminhamento para o hospital.
3. Se possível, realizar a avaliação primária e secundária para a obtenção de dados que permitam avaliar o risco.
4. Identificar e anotar situações que indiquem que o paciente se encontra prejudicado em sua capacidade de decisão, tais como: alterações do nível de consciência, intoxicação etílica ou por drogas, alterações de comportamento.
5. Na persistência da recusa, informar o médico regulador sobre a situação e as condições do paciente.
6. Relatar detalhadamente a ocorrência no prontuário de atendimento, incluindo as orientações dadas.
7. Anotar "Recusou atendimento" ou "Recusou ser transportado" e solicitar ao paciente e a uma testemunha que assinem no Prontuário de Atendimento.
8. Caso não seja possível atender ao item anterior, utilizar como testemunha seus companheiros de equipe.
9. Lembre-se de que a assinatura do próprio paciente e/ou de testemunhas possuem maior respaldo legal.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

# PE15 – RECEBIMENTO DE ORDENS DE AUTORIDADES POLICIAIS OU OUTRAS AUTORIDADES NA CENA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**
Determinações ou ordens emanadas de bombeiros, policiais ou outras autoridades presentes no local da ocorrência caracterizam o recebimento de ordens por autoridades.

**Conduta:**

1. Ordens pertinentes às estabelecidas nas rotinas operacionais ou aos protocolos assistenciais do SAMUFor:
   - acatar as determinações somente se as ordens não forem contrárias ao Protocolo vigente e estiverem voltadas à manutenção da segurança da equipe e/ou dos pacientes;
   - registrar detalhadamente as intercorrências e decisões no prontuário de atendimento; e
   - informar a Regulação Médica.
2. Ordens contrárias às estabelecidas nas rotinas operacionais ou protocolos assistenciais do SAMUFor:
   - esclarecer à autoridade que as ordens ferem os regulamentos do SAMUFor;
   - informar à Regulação Médica e aguardar as orientações sobre como proceder; e
   - registrar detalhadamente as intercorrências e decisões no Prontuário de Atendimento.

**OBSERVAÇÕES:**
- Se a equipe for de Suporte Básico de Vida, somente o médico regulador poderá autorizar a realização de procedimentos não protocolares.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

# PE16 – ATENDIMENTO NA PRESENÇA DE MÉDICOS E/OU ENFERMEIROS ESTRANHOS AO SERVIÇO



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

A presença de médicos ou enfermeiros no local da ocorrência, que não sejam plantonistas do SAMUFor e que se prontifiquem a prestar atendimento ao paciente, caracteriza a intervenção externa.

**Conduta:**

1. No caso de intervenção externa de profissionais médicos (especialmente se o médico do SAMUFor não estiver presente na cena):
   - comunicar à Regulação Médica;
   - na dúvida, solicitar a apresentação de documento comprobatório;
   - possibilitar contato via rádio do médico externo, com a Regulação Médica para a troca de informações relativas à situação do paciente;
   - aguardar orientação da Regulação Médica para seguir com as orientações do médico externo; e
   - registrar detalhadamente os fatos no prontuário de atendimento:
   - anotar nome e CRM do profissional; e
   - solicitar ao profissional que registre sua intervenção no campo apropriado e assine no Prontuário de Atendimento, se possível, com carimbo.

**OBSERVAÇÕES:**

- Qualquer dúvida quanto à conduta tomada pelo médico que está assistindo o paciente no local deve ser informada ao médico regulador, para que faça contato com o médico do local.
- No caso de intervenção externa de profissionais enfermeiros:
  - comunicar a Regulação Médica;
  - na dúvida, solicitar a apresentação de documento comprobatório;
  - orientar o profissional nas ações que podem ser realizadas por ele; e
  - registrar detalhadamente os fatos no prontuário de atendimento e anotar nome e registro do profissional.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## PE17 – REGRAS GERAIS DE ABORDAGEM EM OCORRÊNCIAS COM INDÍCIOS DE CRIME



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Deverão ser considerados indícios de crime todo atendimento com algumas das seguintes características:

- acidentes (trânsito, queda, incêndios, etc.);
- agressões interpessoais ou autoagressão (FAB, FPAF, intoxicação, múltiplas lesões por objetos contundentes, queimaduras extensas, abortamentos sem causa justificável aparente, etc.);
- parada cardiorrespiratória em pacientes sem acompanhante e/ou sem informações adicionais;
- história incompatível com as lesões encontradas e/ou com a situação da cena; e
- acionamento em apoio a ações policiais.

**Conduta:**

1. Atentar para a segurança da equipe.
2. Informar precocemente a Regulação Médica.
3. Considerar necessidade de apoio policial, a ser solicitado pela Regulação Médica.
4. Se a cena estiver segura, iniciar a abordagem do paciente.
5. Se a cena for insegura, afastar-se e comunicar-se com a Central de Operações para as medidas necessárias de acionamento dos recursos especializados (policiamento, bombeiros, etc.), observando e anotando pessoas que adentrem o local, bem como eventos que ocorrerem na cena enquanto aguarda o apoio (sempre em lugar seguro e afastado com margem de segurança).
6. A cena não deve ser alterada, a menos que seja absolutamente necessário, para as ações de socorro ao paciente, como nos casos de:
   - necessidade de RCP;
   - risco para o(s) paciente (s);
   - risco para a equipe;
   - risco para outras pessoas ou risco de novos acidentes;
   - impossibilidade física de acesso ao (s) paciente(s); e
   - impossibilidade de outra forma de atendimento.
7. Adotar algumas regras gerais para abordagem de cenas com indícios de crime.
   - Em relação ao paciente:
     - somente movimentar o paciente se for necessário para avaliação e procedimentos;
     - após ter movimentado o paciente e constatado óbito, jamais tentar retorná-la à posição inicial, mas apenas descrever no prontuário de atendimento a posição em que ela foi encontrada;
     - se necessário, retirar as vestes do paciente;
     - agrupar e colocar em saco plástico todos os objetos e roupas retirados do paciente e entregar ao policial; e
     - estar atento a todas as informações fornecidas pelo paciente durante o atendimento e transporte, anotando-as e transmitindo-as ao policial.
   - Em relação à cena:
     - informar ao policiamento se foi necessário:
     - movimentar mesas, cadeiras ou outros móveis para acessar o paciente ou executar procedimentos, descrevendo sua posição inicial;
     - acender luzes na cena; e
     - tocar em algum objeto sem luvas.
     - recolher da cena todo o material médico-hospitalar utilizado no atendimento, como luvas, invólucros, gazes e outros resíduos, dando a eles o destino protocolar;
     - não limpar nem retirar ou recolher objetos ou sujidades que já se encontravam no local;
     - não circular muito na cena, procurando evitar apagar marcas de sapatos, pneus e outras;
     - evitar pisar em poças de sangue;

- não tocar em objetos da cena com as luvas sujas com sangue; e
- não mexer em objetos na cena, exceto se colocarem a segurança da equipe em risco (exemplo: arma muito próxima ou vidros quebrados).

- Em relação ao tipo de lesão:
  - em caso de ferimento penetrante, durante a retirada de vestes e exposição do paciente, preservar a área perfurada da veste, não fazendo cortes no local da perfuração; e
  - em caso de enforcamento, se não houver sinais de morte óbvia, movimentar o paciente para permitir o seu atendimento, preservando o instrumento utilizado na ação, incluindo o nó, quando presente.
- Diante da presença de armas de fogo ou armas brancas na cena:
  - não tocar, a menos que haja risco para a equipe como, por exemplo, a possibilidade de acionamento inadvertido ou utilização por outra pessoa na cena;
  - se houver risco, afastar a arma, manuseando-a apenas pelo cabo e com as mãos enluvadas, colocando-a em um lugar que seja seguro para a equipe e para terceiros;
  - JAMAIS tentar manipular uma arma de fogo, visando desarmá-la, destravá-la ou desmuniciá-la;
  - evitar tocar, manusear ou limpar as mãos do paciente; e
  - informar ao policial se foi necessário remover a arma de lugar, descrevendo a dinâmica desse deslocamento.
- Na presença de sinais de morte óbvia:
  - não tocar ou movimentar o paciente;
  - sair da cena exatamente pelo mesmo local em que entrou, procurando não alterar os vestígios da cena; e
  - não permitir a entrada de outras pessoas na cena até a chegada do policiamento.
- Ter preocupação redobrada com as anotações no Prontuário de Atendimento:
  - anotar todos os horários com exatidão;
  - anotar nomes e instituições presentes na cena, incluindo prefixos de viaturas e de ambulâncias;
  - descrever com exatidão a posição em que o paciente foi encontrado e se foi necessário movimentá-lo, informando a razão da movimentação;
  - descrever com exatidão as lesões provocadas pela equipe no corpo do paciente em função da necessidade de atendimento. Exemplos: punção para acesso venoso (detalhar locais e número de punções), punção por agulhas para bloqueios anestésicos, suspeita de fratura do esterno e/ou costelas devido à realização de RCP, cricotireoidostomia (por punção ou cirúrgica); e
  - anotar o nome do policial para o qual foram passadas as informações sobre o atendimento e/ou foram entregues as vestes e/ou objetos, ou passadas informações dadas pelo paciente, dentre outros detalhes de interesse no caso.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Este Protocolo tem por objetivo descrever condutas assertivas para as equipes, com a finalidade de preservar evidências periciais, sem comprometer o atendimento ao paciente.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

## PE18 – CUIDADOS COM PERTENCES DE PACIENTES

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Presença junto ao paciente de: roupas, próteses, adornos, dinheiro, carteiras, bolsa e/ou malas, documentos, equipamentos eletrônicos e outros pertences de uso pessoal.

**Conduta:**

1. Realizar busca ativa por pertences em roupas, bolsas, sacolas, mochilas, malas, etc. que estiverem próximas ao paciente;
2. Arrolar e registrar os pertences encontrados em 2 vias, item a item, com ênfase para a descrição adequada e legível dos seguintes aspectos:
   - Identificação do paciente, data, horário, número da ocorrência;
   - Valores em dinheiro e cheques: identificar em algarismos e valor por extenso;
   - Documentos: identificar tipo;
   - Objetos de adorno: descrever aparência (ex.: metal dourado, prateado, pedra azul, etc.)
   - Equipamentos eletrônicos: descrever tipo (ex.: celular, computador, etc.)
   - Identificação do profissional responsável pelo arrolamento: nome, categoria, identificação da viatura, data e horário;
   - Testemunha identificada na cena;
3. Realizar acondicionamento e lacrar se possível:
   - Em saco plástico ou similar, incluindo a própria bolsa, mochila ou mala do paciente;
   - Em envelopes ou similar, no caso de valores em dinheiro e/ou cheques, adornos e documentos;
   - Recomenda-se proteger óculos e próteses com ajuda de atadura, plástico ou similar para evitar quebra;
4. Quanto ao transporte dos pertences:
   - VÍTIMAS DESACOMPANHADAS
     - Pertences menores devem ser transportados acondicionados, junto com a vítima;
     - Pertences maiores devem ser transportados acondicionados, dentro da ambulância;
     - Se a vítima puder compreender, explicar os procedimentos;
   - VÍTIMAS ACOMPANHADAS de ADULTO
     - Incentivar a presença de um acompanhante durante todo o atendimento;
     - Entregar os pertences arrolados e acondicionados ao acompanhante;
     - Registrar a entrega com a identificação e assinatura do recebedor;
     - Se a vítima puder compreender, explicar os procedimentos;
5. Quanto à entrega dos pertences na unidade de destino do paciente:
   - Entregar os pertences ao profissional do serviço mediante checagem item a item;
   - Coletar assinatura do profissional do serviço nas duas vias do registro;
6. Anexar uma via do registro na ficha de atendimento/ocorrência que permanece com o paciente e a outra na cópia no Prontuário de Atendimento que fica sob a guarda da equipe.

**OBSERVAÇÕES:**

- Arrolar: v.t. Pôr em rol; inventariar. Descrever em inventário os bens.
- Sugere-se que os serviços desenvolvam normativa para:
  - Registro de itens arrolados de forma simples e clara, onde constem, no mínimo: identificação do paciente e da equipe, número da ocorrência, hospital de destino e assinaturas dos responsáveis pelo arrolamento (com carimbo), testemunha e responsável pelo recebimento (com carimbo);
  - Guarda de pertences deixados na ambulância que inclua registro de entrada e saída do item (descarte ou devolução);
  - Descarte de peças de roupas e outros itens cujo proprietário não possa ser localizado (considerar a doação) ou estejam danificados;
  - Devolução de documentos deixados na viatura, utilizando recursos disponíveis no sistema de Correios.

- Para minimizar atrasos na cena, o arrolamento e o registro podem ser realizados no hospital de destino.
- Em caso de pequenos pertences e/ou poucos itens, o arrolamento pode ser realizado na própria ficha de atendimento/ocorrência, se houver espaço adequado.
- Esse protocolo não se aplica a alimentos, armas ou pertences deixados no interior de veículos
  - Armas devem ser transportados pelos profissionais do policiamento;
  - Pertences deixados no interior de veículos devem ser transportados pelos profissionais do policiamento;
  - Alimentos não devem ser uma preocupação da equipe e nem transportados na ambulância.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## PE19 – DISPENSA DE PACIENTE NA CENA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando, após avaliação criteriosa e/ou atendimento do paciente, não houver necessidade ou indicação, naquele momento, de prosseguir o atendimento em uma unidade de saúde.

**Conduta:**

1. A liberação de pacientes do local da ocorrência, na ausência de médico intervencionista na cena é de competência exclusiva da Regulação Médica. Diante dessa possibilidade a equipe sem médico deve:
    - executar a avaliação primária e a secundária;
    - informar a Regulação Médica sobre a situação e as condições do paciente;
    - aguardar orientações da Regulação Médica;
    - assegurar-se de que o paciente ou responsável estão bem orientados sobre a necessidade de procurar atendimento médico em outro momento, quando for o caso; e
    - registrar os fatos no Prontuário de Atendimento.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
Revisão: Outubro/2014

# PE20 – REGRAS GERAIS PARA ABORDAGEM DE EVENTOS ENVOLVENDO IMPRENSA E/OU TUMULTO



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Em todo atendimento em via pública.
- Em todo atendimento na presença de órgãos de imprensa.
- Em todo atendimento em área de tumulto.

**Conduta:**

1. ATENDIMENTO EM VIAS PÚBLICAS:
   - observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena (protocolo PE1);
   - atuar sempre com discrição;
   - não expor o paciente à observação pública (atenção para a retirada de roupas);
   - na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área, caso julgar necessário; e
   - terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível.
2. PRESENÇA DA IMPRENSA NA CENA:
   - observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
   - atuar sempre com discrição e com urbanidade com os colegas;
   - tratar os profissionais da imprensa com urbanidade e educação, deixando claro seu papel;
   - não se preocupar em impedir a filmagem. Cumprir com seu papel no atendimento ao paciente;
   - preocupar-se em seguir à risca os protocolos;
   - não expor o paciente, respeitando sua privacidade:
     - não fornecer dados pessoais, informações sobre o quadro ou sobre o caso;
     - atenção para a retirada de roupas do paciente; e
     - não facilitar a tomada de imagens, prejudicando o atendimento.
   - na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área de atendimento, caso julgar necessário, diante de cena de risco ou de cena com dificuldades para a realização de procedimentos;
   - terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível; e
   - recomenda-se que não sejam concedidas entrevistas, exceto em casos previamente acordados.
3. PRESENÇA DE TUMULTO OU AGITAÇÃO SOCIAL COM RISCO PARA A EQUIPE:
   - comunicar a Regulação Médica sobre a situação e a necessidade de apoio;
   - observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
   - na presença do policiamento na cena, considerar as orientações sobre manutenção de distâncias seguras, aproximação e estacionamento da ambulância;
   - a equipe deve permanecer reunida na área segura determinada pelo policiamento. Não circular pela cena;
   - normalmente, nestas situações, os pacientes serão trazidos até a ambulância;
   - manter total atenção, pois situações como esta são muito dinâmicas e podem mudar com facilidade; e
   - não manifestar opiniões sobre os fatos do conflito. Manter discrição.

**OBSERVAÇÕES:**

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

# PE21 – SISTEMATIZAÇÃO DE PASSAGEM DO CASO PARA A REGULAÇÃO MÉDICA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Após, no máximo, dez minutos de chegada no local da ocorrência (QUS), quando finalizada a avaliação primária do paciente (Protocolos BC1, BGO1, Bped1 ou BT1)

**Conduta:**

1. Em pacientes críticos, ligar para a Central de Regulação das Urgências de Fortaleza (CRUFor) tão logo finalize sua avaliação primária e o "S" do SAMPLA da avaliação secundária, de preferência dentro dos dez primeiros minutos de atendimento;
   - A oximetria de pulso e a glicemia podem ser importantes em alguns casos;
   - Em pacientes não críticos, pode-se ligar à CRUFor após finalizada a avaliação primária e a secundária.
2. Ao ser atendido pelo TARM, dizer o seu nome, número de seu veículo e número da ocorrência e pedir para passar sua avaliação (QTW);
3. Passar a QTW na seguinte sequência:
   - Nome, idade, sexo e documentação (opcional) dos pacientes;
   - Tipo de paciente (motorista, motociclista, ciclista, passageiro, garupeiro, pedestre, gestante, idoso etc.)
   - Queixa principal;
   - Nível de Consciência (orientado, confuso, torporoso, inconsciente);
   - Qualidade da respiração (normal, alterado, ausente);
   - Qualidade do pulso (normal, fraco/lento, acelerado, ausente);
   - Cor da pele (corado, pálido, cianótico, ictérico);
   - Sinais Vitais:
     - PA;
     - Oximetria (se disponível);
     - Frequência cardíaca;
     - Frequência respiratória;
     - Escala de coma de Glasgow;
     - Temperatura (se disponível);
     - Glicemia (se disponível);
     - Escala de Trauma (se realizada);
   - Narrativa dos achados clínicos e das condutas realizadas;
4. Aguardar decisão gestora do médico regulador sobre qual a melhor unidade de saúde para atendimento do paciente, de acordo com o diagnóstico situacional disponível na Central de Regulação.

**OBSERVAÇÕES:**

- Se a equipe não conseguir contato telefônico com a Central de Regulação (horários de pico) deverá passar uma prévia da QTW para poder receber a decisão gestora da regulação quanto à melhor unidade de saúde para o caso;
  - A equipe de intervenção **nunca** deverá iniciar deslocamento sem conhecimento prévio da decisão gestora do médico regulador;
- Preferencialmente, o Médico Regulador deverá guiar a passagem da QTW;

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2016

## PE22 – LIMPEZA TERMINAL DA AMBULÂNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Limpeza realizada semanalmente conforme escala e/ou nos casos de suspeita de doença infectocontagiosa ou sujidade excessiva.
- Inclui os procedimentos de limpeza e desinfecção:
  - A limpeza deve ser realizada em todas as superfícies horizontais e verticais internas e externas, além de equipamentos médico-hospitalares;
  - A desinfecção deve ser restrita a superfícies que contenham matéria orgânica e aos mobiliários que podem constituir risco de contaminação para pacientes e equipe: maçanetas, maca, cadeira de rodas, gaveta do coletor de resíduos, suporte de soro, balaústre e superfície da bancada.

**Conduta:**

1. Comunicar a Central de Regulação sobre a necessidade de realizar o procedimento;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção interna da ambulância considerando:

### SEQUÊNCIA BÁSICA DAS AÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

- Reunir os materiais e produtos necessários para a técnica dos 2 baldes e posicionar a ambulância;
- Retirar equipamentos e materiais de dentro da ambulância: maca, cadeira de rodas, mochilas, materiais do armário, coletor de resíduos infectantes e perfurocortantes. Não retirar cilindros de oxigênio;






- Iniciar a limpeza das estruturas fixas da ambulância pelo fundo do salão em direção à porta traseira e de cima para baixo, incluindo teto, paredes laterais, armários e por fim o piso. A limpeza do piso e do teto deve ser realizada com movimentos em sentido unidirecional;
- Realizar a desinfecção das superfícies e equipamentos indicados;
- Realizar a limpeza da cabine do condutor.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE24.

### OPÇÃO 1: LIMPEZA E DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO E ÁLCOOL

LIMPEZA

- Após reunir os materiais e retirar os equipamentos de dentro da ambulância:
  - Iniciar a limpeza com pano umedecido em água e sabão pelo teto no fundo do salão seguindo para paredes e estruturas fixas (inclui luminárias, armário vertical, gavetas, baú, gaveta de lixo, vidros,

telefone, maçanetas, painel de gases, grades de ar condicionado e superfície dos cilindros de oxigênio, entre outros);

- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
- Secar com pano limpo.

**Teto**





**Laterais**





**Armários e estruturas**





- No piso:
  - realizar varredura úmida antes de iniciar o procedimento de limpeza;
  - iniciar limpeza com rodo e pano umedecido em água e sabão pelos cantos do fundo do salão em direção à porta;
  - retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
  - secar com pano limpo.

Obs.: Não deve ser utilizada água em excesso e/ou diretamente no piso, sob risco de infiltração e dano à estrutura do veículo.

**Piso**





**DESINFECÇÃO**

- Material necessário:
  - Álcool 70%, hipoclorito de sódio 1%
  - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)





- Se necessário, remover a matéria orgânica conforme Protocolo PE24.
- Após a fase de limpeza e secagem, realizar fricção com:
  - Pano umedecido com solução de hipoclorito a 1%: para revestimento da parede, bancos, colchonetes, armários de madeira, acrílico e piso. Não utilizar em metal.
  - Pano umedecido em álcool 70%: para partes metálicas (incluindo metais da maca e cadeira de rodas, dentre outros). Não utilizar em acrílico.
- Permitir secagem espontânea.

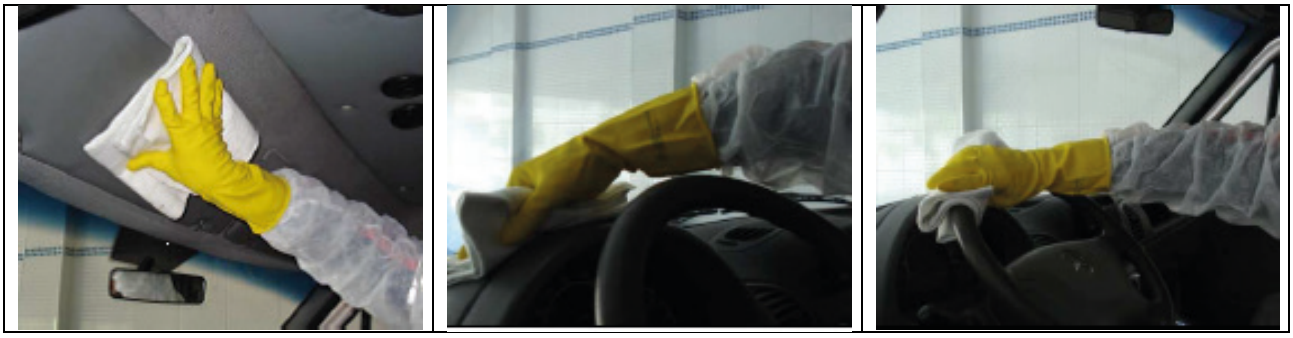




Obs.: Não deve ser realizado procedimento de desinfecção nos cilindros de oxigênio.

**LIMPEZA DA CABINE DO CONDUTOR**

- Realizar a limpeza da cabine do condutor com água e sabão, seguida de enxague com pano umedecido apenas com água e secagem com pano limpo.
- Iniciar pelo teto na direção do fundo para o vidro dianteiro, seguida da limpeza do painel, direção e estofamentos.



**OPÇÃO 2: USO DE PRODUTOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO EM AÇÃO ÚNICA**

- Materiais necessários:
  - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
  - Produto de limpeza e desinfecção em ação única (conforme disponibilidade do serviço)
- Considerar a forma de uso preconizada pelo fabricante.
- Considerar a sequência básica das ações.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE22.

4. Realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos médico-hospitalares (Protocolo PE34);
5. Realizar a limpeza externa da ambulância utilizando balde com água e sabão e enxaguar rápido. Não é recomendado o uso de produtos especiais para limpeza, sob risco de ocorrência de manchas e perda dos adesivos;
6. Realizar o descarte apropriado de resíduos;
7. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
8. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento dos materiais, equipamentos, coletor de resíduos e lençol;
9. Registrar a realização da limpeza terminal: data, horário e equipe responsável;
10. Comunicar à Central de Regulação das Urgências (CRU) a conclusão do procedimento e a disponibilidade da equipe para acionamento

**OBSERVAÇÕES:**

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- Recomenda-se manter escala semanal de responsabilidade pelo procedimento.
- O procedimento pode ser realizado na base descentralizada ou em locais predeterminados pelo serviço.
- **Limpeza**: Processo de remover a sujidade e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. Recomenda-se o meio fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.
- **Desinfecção**: Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se o uso de álcool e hipoclorito de sódio. É facultado o uso de outros produtos de ação única.
- No caso de uso de produtos que efetuam limpeza e desinfecção em uma única ação, recomenda-se:
  - A utilização de produtos devidamente registrados ou notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
  - A limpeza por compartimentos com retirada e reposição gradual dos materiais ao final de cada fase para racionalizar o tempo consumido no procedimento.
- Varredura úmida: Remove o pó e possíveis detritos soltos no chão. É feita com pano úmido e rodo. Os resíduos devem ser recolhidos com o auxílio de pá e desprezados no coletor.
- Técnica dos dois baldes e uso dos 3 panos de limpeza:
  - Reunir materiais necessários para a técnica dos 2 baldes:
    - balde com água e sabão ou detergente e 1 balde com água

  - panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
  - 1 rodo;
- Preparar um balde com água e sabão ou detergente e outro somente com água;
- Disponibilizar 3 panos de limpeza limpos (mobiliários, parede e piso separadamente);
- Iniciar a limpeza com água e sabão, mergulhando o pano no balde com a solução e torcendo-o para retirar o excesso de água;
- Dobrar o pano umedecido em 2 ou 4 partes e iniciar a limpeza por uma das partes, desdobrando sempre que houver excesso de sujidade para utilizar todas as partes;
- Friccionar em sentido unidirecional;
- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- Reiniciar o procedimento de limpeza com água e sabão s/n;
- Retirar o excesso de sabão com pano umedecido apenas em água (bem torcido);
- Trocar a água dos baldes sempre que estiver visivelmente suja;
- Desprezar a água suja na área de expurgo da base;

- Desvantagens do hipoclorito de sódio a 1%: corrosivo para metais, irritante para olhos, pele e mucosas; é inativado na presença de matéria orgânica.
- Desvantagens do álcool: inflamável, volátil, opacifica acrílico e resseca plástico e borracha; é inativado na presença de matéria orgânica.
- Ao retirar os materiais de consumo e descartáveis dos armários e gavetas, checar validade e condições das embalagens.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde:
  - Resíduos infectantes (possível presença de agentes biológicos): acondicionar em saco de lixo branco leitoso e descartar em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada para destinação final;
  - Resíduos perfurocortantes: descartar imediatamente após o uso, em recipientes de parede rígida com tampa e identificados. Ao alcançar cerca de 2/3 de sua capacidade, esses recipientes devem ser descartados em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reutilização.
  - Resíduos comuns (por exemplo, papéis e impressos em geral, copos descartáveis, etc.): podem ser descartados em sacos de lixo do tipo comum, conforme legislação do município.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenioterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) devem ser descartados ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## PE23 – LIMPEZA CONCORRENTE DA AMBULÂNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Limpeza realizada diariamente a cada início de plantão e/ou após os atendimentos com a finalidade de limpar e organizar o ambiente.
- Inclui os procedimentos de limpeza e desinfecção das superfícies horizontais internas de mobiliário (bancada, estofados, armários e outros), piso e equipamentos que podem constituir risco de contaminação para pacientes e equipe (maçanetas, maca, cadeira de rodas, gaveta do coletor de resíduos, suporte de soro e balaústre).

**Conduta:**

1. Comunicar à Central de Regulação sobre a necessidade de realizar o procedimento. A equipe deverá permanecer disponível em QAP (na escuta) para acionamentos;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento considerando:

**SEQUÊNCIA BÁSICA DAS AÇÕES DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO**

- Reunir os materiais e produtos necessários para a técnica dos 2 baldes e posicionar a ambulância;
- Retirar apenas maca e mochilas da ambulância. A limpeza e desinfecção deve ser realizada por compartimentos;






- Iniciar a limpeza das superfícies horizontais das estruturas fixas da ambulância pelo fundo do salão em direção à porta traseira (balcão, estofados, maçanetas e, por último, o piso);
- Realizar limpeza das estruturas das telas dos equipamentos médico-hospitalares e das estruturas horizontais da maca, incluindo colchonete;
- Realizar a desinfecção apenas das superfícies indicadas acima.

Obs.: Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE24.

**OPÇÃO 1: LIMPEZA E DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO E ÁLCOOL**

LIMPEZA

- Após reunir materiais necessários e retirar a maca e as mochilas:
  - Iniciar a limpeza com pano umedecido em água e sabão pela superfície do balcão, e armários, equipamentos, balaústre e fixador de soro, estofados, maçanetas, gaveta de coletor de resíduos, maca e cadeira de rodas. Sempre considerar o sentido do fundo para a porta traseira e movimentos unidirecionais;
  - Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
  - Secar com pano limpo;

- No piso:
  - realizar varredura úmida antes de iniciar o procedimento de limpeza;
  - iniciar limpeza com rodo e pano umedecido em água e sabão pelos cantos do fundo do salão em direção à porta;
  - retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água;
  - secar com pano limpo.

Obs.: Não deve ser utilizada água em excesso e/ou diretamente no piso, sob risco de infiltração e dano ao veículo.

**Piso**







**DESINFECÇÃO**

- Restrita às superfícies e aos mobiliários com risco de contaminação.
- Material necessário: álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%.
- Após a limpeza e secagem, realizar fricção apenas nas superfícies horizontais com:
  - Pano umedecido com solução de hipoclorito a 1%: bancos, colchonete, bancada do armário e piso. Não utilizar em metal.
  - Pano umedecido em álcool 70%: para partes metálicas (tampo e grades da maca). Não utilizar em acrílico.
- Permitir secagem espontânea.

Obs.:

- Não deve ser realizado procedimento de desinfecção nos cilindros de oxigênio.
- Na presença de material biológico, seguir Protocolo PE24.

**OPÇÃO 2: USO DE PRODUTOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO EM AÇÃO ÚNICA**

- Materiais necessários:
  - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
  - Produto de limpeza e desinfecção em ação única (conforme disponibilidade do serviço)
- Considerar a forma de uso preconizada pelo fabricante.
- Considerar a sequência básica das ações.

4. Realizar o descarte apropriado de resíduos, se necessário;
5. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
6. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento da maca e mochilas, coletor de resíduos e lençol;
7. Registrar a realização da limpeza concorrente: data, horário e equipe responsável;
8. Comunicar à Regulação Médica a conclusão do procedimento.

**OBSERVAÇÕES:**

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- O procedimento pode ser realizado na base descentralizada, na unidade hospitalar de destino ou em locais predeterminados pelo serviço.
- Limpeza: Processo de remover a sujidade e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto. No atendimento pré-hospitalar, é realizada por meio fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.

- Desinfecção: Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se a utilização de álcool 70% e hipoclorito de sódio 1%. É facultado o uso de produtos para desinfecção de ação única (efetuam limpeza e desinfecção simultaneamente).
- No caso de uso de produtos de desinfecção de ação única, recomenda-se:
  - A utilização de produtos devidamente registrados na Anvisa;
  - A limpeza por compartimentos com retirada e reposição gradual dos materiais ao final de cada fase para racionalizar o tempo consumido no procedimento.
- Varredura úmida: Remove o pó e possíveis detritos soltos no chão. É feita com pano úmido e rodo. Os resíduos devem ser recolhidos com o auxílio de pá.
- Considerar a técnica dos dois baldes e uso dos 3 panos de limpeza descrita no PE22.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde descritos no PE22.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenioterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) utilizados devem ser trocados, descartados e/ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

UA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA – CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

# PE24 – LIMPEZA DE SUPERFÍCIE / MATERIAL BIOLÓGICO: HIPOCLORITO E ÁLCOOL



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Limpeza efetuada sempre que algum tipo de material biológico entrar em contato direto com qualquer superfície da ambulância;
- Inclui a remoção do material biológico e a limpeza e desinfecção da superfície;
- Matéria orgânica: sangue, vômito, fezes, urina e outros líquidos e secreções orgânicas potencialmente contaminadas.

**Conduta:**

1. Comunicar a Regulação Médica sobre a necessidade de realizar o procedimento;
2. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
3. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção considerando a quantidade de material orgânico:

**PEQUENA QUANTIDADE DE MATERIAL ORGÂNICO (incluindo respingos)**

- Remover a matéria orgânica com papel toalha:
  - Colocar folhas de papel sobre o material orgânico;
  - Reunir as folhas em movimentos no sentido de fora para dentro para envolver o material orgânico;
  - Desprezar o papel utilizado no coletor de resíduos infectantes;
- Realizar a limpeza do local de onde foi retirado o material, utilizando a técnica de dois baldes e 3 panos descrita no Protocolo PE22;
- Secar a área;
- Realizar a desinfecção do local onde foi retirado o material com hipoclorito de sódio 1% sob fricção ou em ação por 15 min. Em partes metálicas, utilizar álcool 70% sob fricção;
- Remover o excesso de produto de desinfecção com papel;
- Executar a limpeza com água e sabão no restante da área, enxaguando e secando em seguida.

**GRANDE QUANTIDADE DE MATERIAL ORGÂNICO**

- Remover a matéria orgânica com rodo, pá e lixeira (se necessário);
- Desprezar a matéria orgânica líquida no esgoto sanitário (tanque do expurgo);
- Caso a matéria orgânica esteja em estado sólido, acondicionar em coletor de resíduo;
- Realizar a limpeza do local de onde foi retirado o material, utilizando a técnica de dois baldes e 3 panos descrita no Protocolo PE22;
- Secar a área;
- Realizar a desinfecção do local onde foi retirado o material com hipoclorito de sódio 1%, conforme descrito acima. Em partes metálicas, utilizar álcool 70%;
- Remover o excesso de produto e executar a limpeza com água e sabão no restante da área, enxaguando e secando em seguida.

4. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
5. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionamento dos materiais, equipamentos, coletor de resíduos e lençol;
6. Registrar a realização da limpeza: data, horário e equipe responsável;
7. Comunicar à Regulação Médica a conclusão do procedimento e a disponibilidade da equipe para acionamento.

**OBSERVAÇÕES:**

- A realização da limpeza da ambulância é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- **Limpeza**: Processo de remover a sujidade e matéria orgânica de qualquer superfície ou objeto.
- Recomenda-se meio fricção mecânica, com água e sabão. É facultado o uso de limpador multiuso sob fricção em substituição à água e ao sabão.

- **Desinfecção**: Processo químico ou físico que elimina todos os micro-organismos patogênicos na forma vegetativa presentes em superfícies inertes, exceto os esporulados. Recomenda-se o uso de álcool e hipoclorito de sódio. É facultado o uso de outros produtos de ação única.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Todo resíduo gerado dentro da ambulância deverá seguir as normas e rotinas estabelecidas para o gerenciamento de resíduos de saúde:
    - Resíduos infectantes (possível presença de agentes biológicos): acondicionar em saco de lixo branco leitoso e descartar em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada para destinação final;
    - Resíduos perfurocortantes: descartar imediatamente após o uso, em recipientes de parede rígida com tampa e identificados. Ao alcançar cerca de 2/3 de sua capacidade, esses recipientes devem ser descartados em unidade de saúde que conte com armazenamento e coleta especializada. É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para reutilização;
    - Resíduos comuns (por exemplo, papéis e impressos em geral, copos descartáveis, etc.): podem ser descartados em sacos de lixo do tipo comum, conforme legislação do município

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# PE25 – CONSTATAÇÃO DO ÓBITO PELO MÉDICO DO SAMUFor



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Ao encontrar um corpo com sinais de morte evidente ou morte óbvia, tais como: rigidez cadavérica *(rigor mortis),* livores de hipóstase *(livor mortis),* decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou ainda, sinais evidentes de decomposição.
- Após manobras de RCP pela equipe de suporte avançado, com inclusão de drogas e via aérea avançada, sem retorno à circulação espontânea e com ASSISTOLIA persistente, e tendo atendido o determinado pelo Protocolo AC11 - INTERRUPÇÃO DE RCP - que também trata da interrupção da RCP na ASSISTOLIA.
- Quando encontrar um paciente em PCR e com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina-CFM.
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o médico da equipe de intervenção tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006.

**Conduta:**

1. Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento.
2. Entrar em contato com o médico regulador, acordando com ele a conduta e as orientações a serem passadas para os familiares ou responsáveis, cabendo ao médico regulador o contato com autoridades locais competentes, quando for indicado.
3. Orientar os familiares ou responsáveis, quando for o caso, sobre as providências legais.
4. Na impossibilidade de contato com a Regulação Médica, o médico intervencionista poderá decidir pelas orientações, ou ainda, acionar as autoridades locais competentes.
5. Os serviços poderão desenvolver e fornecer, a seu critério, documento escrito com orientações aos familiares ou responsáveis. As orientações poderão variar de um serviço a outro, conforme características dos recursos disponíveis no município como: IML , SVO, médico responsável pelo paciente, morte por causas externas ou não etc.
6. O médico intervencionista do SAMUFor deverá atender a Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina e fornecer Atestado de Óbito, desde que alcançada a premissa do Parágrafo Único do artigo 22 que diz: *Parágrafo único. Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista deverá ter o Atestado de Óbito fornecido pelo mesmo, desde que tenha a causa mortis definida.*

**OBSERVAÇÕES:**

- **Morte evidente** ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
- ***Rigor mortis*** ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido craniocaudal.
- ***Livor mortis***: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.
- Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina: 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 a realização de exames complementares, pareceres, ou outros procedimentos; situação de óbito não assistido, deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que acionará as policias civil, militar ou o Serviço de Verificação de Óbito para que tomem as providências legais".*
    - *Parágrafo único. Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista deverá ter o atestado de óbito fornecido pelo mesmo, desde que tenha a causa mortis definida.*

- As providências legais após o óbito e o fornecimento da Declaração de Óbito pelo médico intervencionista do SAMUFor podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML , SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
- É recomendável que cada SAMUFor estabeleça suas rotinas no que concerne ao fornecimento ou não do atestado de óbito, sempre atendendo as Resoluções do CFM nº 2.110/2014 e a 1.779/2005, o Parecer Consulta nº 04/2003 do CFM, o manual *"A Declaração de Óbito-2009"* do Ministério da Saúde e do CFM e quaisquer outros instrumentos legais correlatos.
- Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMUFor havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMUFor local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
- **Declaração de Óbito** ou **Atestado de Óbito** é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde para todo território nacional, a ser preenchido pelo médico segundo normas vigentes, com descrição da causa da morte e outros detalhes do falecido, sendo documento exigido para o sepultamento;
- **Certidão de Óbito**: também conhecido como *"óbito definitivo"* é documento fornecido pelo Cartório de Registro Civil do distrito onde ocorreu a morte, tendo diversas finalidades legais;
- Instrumentos legais recomendados para consulta:
    - Definição de Morte: na Resolução nº 1.480/1997 do Conselho Federal de Medicina, consta nos considerandos que *"a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial"*; (o Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral);
    - Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina, *"Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência em todo território nacional"*, em especial seu artigo 22;
    - Resolução 1.641/2002 do Conselho Federal de Medicina, *"Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico"*;
    - Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, *"Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes";*
    - Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, *"Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal";*

- É recomendável e ilustrativa a leitura da Resolução 67/1988 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e da Consulta 72.087/2012 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que trata da *"responsabilidade de fornecer atestado de óbito de morte natural para pacientes em seus domicílios onde não existe Serviço de Verificação de Óbito (SVO)"*.
- É recomendável e ilustrativa a leitura da Consulta 3.539/2008 do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, que também trata do óbito dentro da ambulância.
- Para o estabelecimento de normas e rotinas, é recomendável a leitura e utilização:
    - Manual *"A Declaração de Óbito-2009"* ou posterior, quando houver, do Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Federal de Medicina. Este manual, em seu capítulo *"Esclarecendo as dúvidas mais comuns"* trata dos óbitos ocorridos em ambulâncias, com ou sem médico;

"Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito" 2011, da Série A. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde ( o mesmo instrumento de 2001 foi revogado).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Abril/2015

## PE26 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓBITO POR EQUIPES DO SAMUFor



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Ao encontrar um corpo com sinais de morte evidente ou morte óbvia, tais como: rigidez cadavérica *(rigor mortis),* livores de hipóstase *(livor mortis),* decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou ainda, sinais evidentes de decomposição.
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória, com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina-CFM;
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o profissional de enfermagem tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006

**Conduta:**

- Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento.
- Entrar em contato com o médico regulador, acordando com ele a conduta e as orientações a serem passadas para os familiares ou responsáveis, cabendo ao médico regulador o contato com autoridades locais competentes, quando for indicado.
- Contatar imediatamente o Médico Regulador quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória, com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, passar a ele as informações disponíveis e seguir suas orientações;
- Contatar imediatamente o Médico Regulador quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o profissional de enfermagem tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, passar a ele as informações disponíveis e seguir suas orientações;
- Os serviços poderão desenvolver e fornecer, a seu critério, documento escrito com orientações aos familiares ou responsáveis. As orientações poderão variar de um serviço a outro, conforme características dos recursos disponíveis no município como: IML , SVO, médico responsável pelo paciente, morte por causas externas ou não, etc.

**OBSERVAÇÕES:**

- A parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial. O Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral;
- **Morte evidente** ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
- ***Rigor mortis*** ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido craniocaudal.
- ***Livor mortis*** ou livores de hipóstase: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.
- As providências legais após o óbito, incluindo o fornecimento da Declaração de Óbito por um médico, incluindo o médico intervencionista do SAMU, podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML , SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
- Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMUFor havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMUFor local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
- Instrumentos legais recomendados para consulta, facilitando as orientações pelo médico regulador à equipe de Suporte Básico de Vida:

- Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina - *"Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes"*;
- Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina - *"Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal"*.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Agosto/2014
1ª Revisão: Outubro/2014
2ª Revisão: Abril/2015

## PE27 – CÓDIGO Q E ALFABETO FONÉTICO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Nas comunicações radiofônicas entre a Central de Regulação das Urgências (CRUFor) e as equipes de intervenção do SAMUFor.

**Conduta:**

| Código | SIGNIFICADO INTERNACIONAL | Uso no SAMU 192 |
|---|---|---|
| QAP | Permanecer na freqüência (escuta) | Utilizado para solicitação/confirmação de contato/atenção |
| QBI | Doença Transmissível | Utilizado para relatar caso de Doença Transmissível |
| QBU | Doente psiquiátrico | Utilizado para relatar caso de Doença Psiquiátrica |
| QRA | Nome do operador / nome da estação | Utilizado na Troca de Plantão para informar o nome e viatura |
| QRF | Refeição | Utilizado para informar/autorizar horário de descanso e/ou alimentação |
| QRL | Estou ocupado não interfira | Utilizado para pedido de tempo antes de iniciar modulação no rádio |
| QRM 3 | Interferência Moderada | Embora originalmente seja utilizado para informar interferência de rádio é utilizado para informar que diálogo prejudicado com a equipe de destino, ou esta está agressiva com a equipe do SAMUFor |
| QRM 5 | Interferência Extrema | |
| QRR 1 | S.O.S. terrestre de Prioridade Baixa | Sinaliza uma Urgência de Prioridade Baixa |
| QRR 2 | S.O.S. terrestre de Prioridade Moderada | Sinaliza uma Urgência de Prioridade Moderada |
| QRR 3 | S.O.S. terrestre de Prioridade Absoluta | Sinaliza uma Urgência de Prioridade Absoluta |
| QRT | Parar de transmitir | Solicitação de silêncio total no rádio |
| QRU | Problema | Comunicação de defeito no veículo ou problema pessoal |
| QRV | Estarei a sua disposição | Comunicação de Missão/Orientação Cumprida |
| QRX | Aguarde um pouco na freqüência (sua vez de transmitir) | Solicitação de silêncio de algum operador específico |
| QRZ | Quem está chamando? | Solicitação do nome de quem está modulando |
| QSJ | Taxa, dinheiro | Informação de pagamento |
| QSL | Confirmado --- tudo entendido | Trabalha em conjunto com o código QSN. QSN pergunta e QSL responde OK! Ciente da Mensagem! |
| QSM | Repita o último câmbio | Solicita repetição da Mensagem! |
| QSN | Você me escutou? | Trabalha em conjunto com o código QSL. QSN solicita "Ficar Alerta!" ou pergunta "Copiou a mensagem?" e QSL responde. |
| QST | Comunicado de interesse geral | --- |
| QSZ | Devo transmitir cada palavra ou grupo? | --- |
| QTA | Anule a mensagem anterior | Cancelar Orientação Anterior (Última Forma!) |
| QTC | Mensagem, notícia | Informação de ocorrência para atendimento. |
| QTH | Qual sua localização? | Localização do Veículo |
| QTI | Qual o seu destino? | Código que solicita o destino atual da viatura (local da ocorrência, unidade de destino, ponto de apoio, etc.) |
| QTJ | Qual a sua velocidade? | --- |
| QTR | Horas | --- |
| QTS | Queira transmitir seu indicativo | --- |
| QTW | Como se encontra o sobrevivente/vítima | Relato da avaliação do paciente no local |

| | | |
|---|---|---|
| QTX | Sairei por tempo indeterminado | Informação de saída, por tempo indeterminado, do alcance de comunicação por rádio |
| QTY | A caminho do local do acidente | Comunicação ou pedido de deslocamento para a ocorrência |
| QUE | | Entre em contato telefônico |
| QUF | | Veículo em perigo (acionar polícia) |
| QUJ | | Local de destino do paciente |
| QUR | | Saída do local da solicitação |
| QUS | | Chegada no local da solicitação |
| QUU | | Saída do local de destino do paciente |
| QUY | | Chegada no local de destino do paciente |
| TKS | Obrigado! | |

**OBSERVAÇÕES:**

Procedimentos importantes para serem seguidos, para uma boa comunicação:

- Atender prontamente às chamadas e zelar pela ética nas suas comunicações;
- Priorizar sempre a linguagem padrão, evitando ao máximo a linguagem coloquial;
- Escutar atentamente antes de transmitir (evitando o desperdício de tempo na transmissão);
- Falar com voz moderadamente forte, claramente e lentamente, fornecendo informações precisas;
- Ao falar, manter sempre uma distância adequada do microfone;
- Para escutar, manter o rádio sempre em volume moderado;
- A responsabilidade pela comunicação pelo rádio é do Enfermeiro Radioperador e do Condutor do veículo, co-solidária com o restante da equipe, tanto do veículo quanto da Central de Regulação.

Exemplo de modulação via rádio:

– "Central - USB 48!"
– "USB 48 de QAP !"
– "QTH ?"
  - Calcula no *Google Maps* o tempo do trajeto entre localização informada e o endereço da ocorrência;
  - Passa a ocorrência à Viatura
– "Central - USB 48!
– "Aqui é uma QRR2 no endereço tal... Informe quando iniciar QTY"

Quando a viatura sair da base (QTY):

– "USB 48 – Central !"
– "Central de QAP !"
– "USB 48 de QTY"!

**CÓDIGO FONÉTICO INTERNACIONAL**

- A ::: Alfa B ::: Bravo C ::: Charlie D ::: Delta E ::: Echo F ::: Fox G ::: Golf H ::: Hotel I ::: Índia J ::: Juliet K ::: Kilo L ::: Lima M ::: Mike N ::: November O ::: Oscar P ::: Papa Q ::: Quebec R ::: Romeu S ::: Sierra T ::: Tango U ::: Uniform V ::: Victor W ::: Whisky X ::: X-Ray Y ::: Yankee Z ::: Zulu

**NUMERAIS**

- 1 ::: Primeiro 2 ::: Segundo 3 ::: Terceiro 4 ::: Quarto 5 ::: Quinto 6 ::: Sexto 7 ::: Sétimo 8 ::: Oitavo 9 ::: Nono 0 ::: Nulo / Negativo (Quando o numeral tiver vários números fala-se um número de cada vez – ex. 13 fica "primeiro – terceiro". O numeral 8227 fica como "Oitavo – Segundo – Segundo – Sétimo" ou "Oitavo – Segundo dobrado – Sétimo". Para dizer QRR2: "Q – R dobrado – Segundo").

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

# PE28 – ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

- Quando ocorrer exposição ocupacional a materiais biológicos, em virtude de:
  - Exposição percutânea provocado por ferimento com material perfurocortante contaminado, como por exemplo, de acesso vascular, manuseio de ferimentos, manejo de resíduos da assistência, etc.;
  - Exposição em mucosas decorrentes de respingo de sangue ou secreções em olhos, nariz, boca e genitália do profissional (contato direto com mucosas);
  - Exposição em pele não íntegra do profissional (por exemplo, dermatites ou feridas abertas) com sangue ou secreções do paciente;
  - Mordeduras humanas, quando envolverem a presença de sangue.

**Conduta:**

1. Se área atingida no corpo do profissional for pele ou ferimento:
   - Lavar a pele ou ferimento com água e sabão em abundância;
   - Se ferimento, aplicar antisséptico, se possível/disponível, e realizar curativo;
   - Se pele íntegra, aplicar antisséptico ou álcool gel, se possível/disponível;
2. Se área atingida no corpo do profissional for olhos ou outra mucosa:
   - Lavar com água ou soro fisiológico a 0,9% em abundância;
3. Comunicar o acidente ao médico regulador logo após os cuidados com a área contaminada. Devem ser informados:
   - Tipo de exposição;
   - Tipo e quantidade de fluido ou tecido;
   - *Status* sorológico da fonte e do acidentado (conhecido ou não);
   - Suscetibilidade do profissional exposto.
4. Seguir as orientações do médico regulador em relação ao paciente atendido ou em atendimento (se aplicável, pois o acidente pode ocorrer sem a presença do paciente);
5. Seguir as orientações do médico regulador em relação aos cuidados médicos que deverão ser tomados pelo profissional que se contaminou, considerando também a abertura de um prontuário de atendimento para registro detalhado da ocorrência.

**OBSERVAÇÕES:**

- Cada serviço deverá desenvolver sua própria rotina médica em relação aos profissionais que potencialmente se contaminam durante a atividade, com ênfase para HIV e hepatite B, considerando a existência de serviços especializados na região, disponibilidade de medicamentos específicos, avaliações laboratoriais especializadas e acompanhamento médico até alta definitiva.
- Idealmente as condutas devem ser tomadas dentro das primeiras 24 horas.
- O serviço deverá realizar a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), dentro das normas vigentes no Brasil, e as demais providências daí advindas.
- O paciente cujo material biológico foi o potencial contaminante também poderá, desde que atendidas as normas éticas vigentes, ser avaliado ou monitorado para confirmar ou afastar doenças específicas de interesse do profissional contaminado e conforme padrão estabelecido pelos serviços especializados.
- Os acidentes com materiais biológicos ocorrem por alguma falha na adoção das precauções padrão como dispositivo de barreira, práticas seguras e cuidados com a saúde. A identificação dessas falhas, o uso de materiais adequados, a capacitação dos profissionais e atitudes proativas preventivas constituem-se na chave para constante redução dos acidentes.
- Os profissionais devem manter em dia as vacinas recomendadas pelo serviço.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016

# PE29 – ACIDENTE DE TRABALHO: OUTROS ACIDENTES (COM AGENTE NÃO BIOLÓGICO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Quando ocorrer acidente que produza lesão no profissional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) durante o trabalho ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho (e vice-versa), excluídos os acidentes de natureza biológica que são tratados no protocolo PE28.

**Conduta:**

1. Se o acidente ocorrer durante a atividade no SAMU, os demais membros da equipe devem, se possível:
    - Prestar atendimento inicial ao profissional acidentado conforme a situação específica e de acordo com os protocolos do SAMUFor;
    - Comunicar o acidente ao médico regulador logo após os cuidados iniciais de urgência;
    - Solicitar outra equipe para socorro se necessário, e seguir as orientações recebidas pelo médico regulador;
    - Preencher o prontuário de atendimento pré-hospitalar;
2. Se o acidente ocorrer no trajeto entre a residência e o local de trabalho, o profissional acidentado deve, se possível:
    - Acionar o SAMUFor se necessário, alertando para sua condição de funcionário;
    - Procurar atendimento adequado para a situação, se não houver necessidade de acionar o SAMUFor;
    - Providenciar a comunicação dos fatos à sua chefia administrativa no mesmo dia ou no primeiro dia útil posterior, alertando para a ocorrência de acidente do trabalho;
3. Seguir outras orientações recebidas da Regulação Médica e/ou de sua chefia administrativa.

**OBSERVAÇÕES:**

- Segundo o artigo 19 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, *"acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente. Também são considerados como acidentes do trabalho: a) o acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho; b) a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; e c) a doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente".*
- Os acidentes e as lesões podem ser de qualquer natureza, como por exemplo, queimaduras, ferimentos, acidentes de trânsito, quedas, fraturas, contusões, etc.
- O serviço deverá realizar a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), dentro das normas vigentes no Brasil, e as demais providências daí advindas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# PE30 – SOLICITAÇÃO DE APOIO DO SAV, SBV E/OU RESGATE (EM FINALIZAÇÃO)



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

**Conduta:**

| **OBSERVAÇÕES:** |
|---|

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2015
Revisão: Novembro/2015

## PE31 – SUSPEITA DE MAUS TRATOS / ABUSO / NEGLIGÊNCIA COM CRIANÇAS E IDOSOS (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

**Conduta:**

| **OBSERVAÇÕES:** |
|---|

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2015
Revisão: Novembro/2015

## PE32 – SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

**Conduta:**

| **OBSERVAÇÕES:** |
|---|

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2015
Revisão: Novembro/2015

## PE33 – ANOTAÇÕES NO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

**Conduta:**

| **OBSERVAÇÕES:** |
|---|

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2015
Revisão: Novembro/2015

## PE34 – LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS DA AMBULÂNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Limpeza realizada em conjunto com a limpeza terminal, concorrente e/ou diante da presença de material biológico nas superfícies dos equipamentos.

**Conduta:**

1. Usar equipamento de proteção individual apropriado: luvas de borracha, máscara, avental e óculos de proteção;
2. Iniciar o procedimento de limpeza e desinfecção terminal, concorrente ou na presença de material biológico (PE22, PE23 e PE24);
3. Complementar o procedimento de limpeza considerando as características dos equipamentos:

MACA E CADEIRA DE RODAS

- Realizar limpeza da maca e cadeira de rodas com água e sabão, retirando excesso com pano úmido;
- Após a limpeza e secagem, realizar fricção com pano umedecido em álcool 70% nas partes metálicas;
- Utilizar pano umedecido com solução de hipoclorito a 1% para revestimento do banco da cadeira de rodas e do colchonete da maca;
- Permitir secagem espontânea.

DEA OU MONITOR/DESFIBRILADOR

- Certificar-se de que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- Desconectar cabos e/ou eletrodos;
- Limpeza externa (incluindo tela): utilizar pano macio umedecido em água e sabão. Evitar escoamento de líquido para o interior do equipamento;
- Limpeza dos cabos: utilizar pano macio umedecido em hipoclorito de sódio 1%;
- Limpeza das pás metálicas: remover resíduos de gel com um pano seco e utilizar um pano umedecido em álcool 70%;
- Permitir secagem espontânea;
- Ao final do procedimento, verificar se o equipamento está adequadamente seco e reconectar cabos para realizar teste de uso.

Obs.: No caso de produtos de limpeza e desinfecção em ação única, NÃO borrifar produto diretamente na tela. Borrifar no pano e depois passar na tela, para evitar manchas.

OXÍMETRO DE PULSO

- Certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da fonte e da tomada;
- Desconectar sensor;
- Limpeza externa do equipamento e do sensor: utilizar somente um pano macio levemente umedecido em uma solução de água e sabão neutro, secando-o em seguida;

Obs.: No caso de produtos de limpeza e desinfecção em ação única, NÃO borrifar produto diretamente na tela. Borrifar no pano e depois passar na tela, para evitar manchas.

GLICOSÍMETRO

- Certificar-se que o equipamento está desligado;
- Área externa e visor: friccionar levemente com pano umedecido com álcool 70%;
- Guia e área de inserção da tira teste: se visivelmente suja, friccionar levemente com pano umedecido com álcool. Considerar instruções do fabricante (pode ser necessário remover a tampa da janela de medição).

Obs.: Água ou álcool em excesso podem danificar seriamente o equipamento.

ESTETOSCÓPIO E ESFIGMOMANÔMETRO

Estetoscópio:

- Friccionar pano umedecido com água e sabão;
- Retirar o excesso com pano umedecido apenas com água e secar;
- Friccionar com pano umedecido em álcool 70% apenas nas partes metálicas.

Esfigmomanômetro:

- Desconectar as extensões de borracha e a pera para lavagem com água e sabão por imersão seguida de enxague com água e secagem espontânea;
- Lavar o tecido do manguito por imersão e fricção leve com escova, seguida de enxague com água e secagem espontânea.

LARINGOSCÓPIO E LÂMINAS PARA INTUBAÇÃO

- Retirar pilhas do cabo;
- Retirar lâmpadas das lâminas;
- Friccionar com pano umedecido com água e sabão e retirar o excesso antes de secar;
- Friccionar com pano umedecido em álcool 70%.

VENTILADOR MECÂNICO

- Se indicado, certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- Limpeza externa: utilizar pano macio umedecido em uma solução de água e sabão neutro;
- Reprocessar circuitos ventilatórios e seus componentes a cada utilização e/ou periodicamente, conforme rotina do serviço.

Obs.: Para limpeza da tela do equipamento. NÃO borrifar produtos diretamente. Borrifar no pano e depois passar no aparelho (para evitar manchas).

INCUBADORA DE TRANSPORTE

- Certificar-se que o equipamento está desligado e desconectado da tomada;
- Realizar a limpeza com água e sabão ou detergente. Enxaguar e secar;
- Parte metálica e o revestimento do colchão: friccionar com pano macio umedecido em álcool 70%;
- Acrílico: friccionar com pano macio umedecido em hipoclorito de sódio 1%;
- Considerar demais instruções do fabricante no manual de uso.

4. Limpar e reorganizar os materiais utilizados;
5. Preparar ambulância para novo atendimento: reposicionar equipamentos;
6. Registrar a realização da limpeza: data, horário e equipe responsável.

**OBSERVAÇÕES:**

- A realização da limpeza da ambulância e seus equipamentos é uma ação coletiva e de responsabilidade de TODOS os componentes da equipe. Sua realização de forma coordenada minimiza o tempo consumido e agiliza a disponibilização da equipe para atendimentos.
- No caso de uso de produtos de desinfecção que efetuam limpeza e desinfecção em uma única ação recomenda-se a utilização de produtos devidamente registrados ou notificados na Anvisa e a checagem da indicação de uso de acordo com o tipo de equipamento.
- Desvantagem do hipoclorito de sódio a 1%: corrosivo para metais.
- Desvantagens do álcool: opacifica acrílico e resseca plástico e borracha.
- Durante a limpeza dos equipamentos médico-hospitalares, checar a existência de pontos de oxidação, falha da pintura ou fios rompidos. Comunicar a chefia S/N.
- As ações de reorganização do ambiente incluem a lavagem e secagem dos baldes e panos.
- Frascos de aspiração e outros dispositivos de oxigenioterapia, extensões e dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) devem ser descartados ou reprocessados, conforme rotina do serviço.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## PE35 – INTERCEPTAÇÃO POR SAV (EM FINALIZAÇÃO)

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

**Conduta:**

| **OBSERVAÇÕES:** |
| --- |

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Novembro/2015
Revisão: Novembro/2015

# PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

## PROTOCOLOS PARA MOTOLÂNCIAS

UA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA – CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9149 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
secretarianep@samu.fortaleza.ce.gov.br

# MOTO1 – REGRAS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA PARA MOTOLÂNCIA

**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Aplica-se a todos os deslocamentos realizados com motolância.

- Este protocolo complementa o Protocolos PE2 – Regras Gerais de Biossegurança quanto a aspectos específicos relacionados à biossegurança do profissional da motolância.

**Conduta:**

1. Considerar a aplicação das Regras Gerais de Biossegurança previstas no Protocolo PE2;
2. Utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual (EPIs) obrigatórios específicos em complemento ao previsto no PE2:
    - Capacete
    - Jaqueta e camiseta de manga longa
    - Calça de tecido resistente a abrasão
    - Luvas, cotoveleira e joelheira
    - Botas cano longo
3. Na utilização do capacete:
    - Ajustar a cinta jugular de modo a não ultrapassar o queixo;
    - Manter viseira sempre limpa e sem riscos;
    - Em caso de capacete articulado, realizar os deslocamentos sempre com viseira e queixeira abaixadas e travadas;
4. Para a limpeza do baú e dos materiais e equipamentos da motolância, considerar a frequência e as adaptações necessárias às ações previstas nos PE23 e PE34.

**OBSERVAÇÕES:**

- É considerado infração, pelo Código de Trânsito Brasileiro (CTB) artigo 252, o uso de fones de ouvido conectados a aparelhagem sonora ou de telefonia celular.
- Os EPIs devem atender à seguinte descrição mínima:
    - **Capacete**: Norma 7471 do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO), Resolução 203 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) e Portaria 2971/GM de 8 de dezembro de 2008.
    - **Jaqueta**: confeccionada em couro, cordura ou tecido resistente e com boa flexibilidade para proporcionar melhor ajuste ao motociclista. Deve oferecer proteção nas articulações e coluna e possuir forro térmico.
    - **Cotoveleira**: articulada e confeccionada com etilvinilacetato (EVA) interno. Deve possuir fixadores ajustáveis no cotovelo e cobertura de terço distal de úmero e proximal de rádio e ulna.
    - **Joelheira**: confeccionada com EVA interno. Deve possuir fixadores ajustáveis aos joelhos e panturrilhas e cobertura distal de fêmur e proximal de tíbia e fíbula. Os serviços podem considerar o uso de joelheiras articuladas de acordo com a disponibilidade.
    - **Luvas**: confeccionadas em material resistente e de ajuste rápido; devem oferecer proteção contra atritos e proteção climática (sol, chuva e vento). Recomenda-se o uso de luvas curtas com proteção nas articulações e dedos, além de fecho de velcro único favorecendo o ato de calçar e descalçar.
    - **Bota de cano longo**: 100% couro, que propicie proteção para pés, tornozelo, tíbia e fíbula e que seja resistente ao sol e à chuva, conforme norma ABNT NBR nº 2345/2015 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# MOTO2 – ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DO CONDUTOR DA MOTOLÂNCIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Aplica-se aos profissionais da motolância.

- Este protocolo complementa o Protocolo PE4 (Atribuições e Responsabilidades da equipe do SAMUFor) quanto a aspectos específicos relacionados à responsabilidade do profissional da motolância.

**Conduta:**

NA PASSAGEM DO PLANTÃO (se houver)

1. Verificar, com o condutor que o antecedeu, as condições do veículo que está recebendo.

NA CHECAGEM DO VEÍCULO NO INÍCIO DO PLANTÃO

1. Manter o veículo sempre pronto para atuar nas emergências;
2. Realizar a checagem de itens PCLOC:

| | |
|---|---|
| **P** | PNEUS |
| | Inspecionar:<br>○ Índice de desgaste de pneus- TWI<br>○ Pressão<br>○ Presença de amassados de rodas<br>○ Tensão de raios e folgas de rolamentos e parafusos<br>○ Desgaste de pastilha de freios |
| **C** | CABOS E COMANDOS |
| | ○ Embreagem: Inspecionar presença de folga mínima exigida conforme manual do fabricante e regular de acordo com a sua utilização. Lubrificar, se necessário.<br>○ Freios: Realizar teste funcional de freios dianteiros e traseiros.<br>○ Acelerador: Verificar aceleração, folga do cabo, suavidade na posição neutra do guidão e batente à direita e à esquerda |
| **L** | LUZES E SISTEMAS ELÉTRICO |
| | Verificar funcionamento de:<br>○ Luzes de freio manual e pedal, piscas dianteiros e traseiros, farol alto e baixo, sinalizadores ópticos, sinais sonoros em todas as fases;<br>○ Iniciar partida e verificar auto teste no painel. |
| **O** | ÓLEOS E FLUIDOS |
| | Verificar:<br>○ Óleo do motor (antes de conduzir a motocicleta): Se necessário, adicionar óleo ou substituí-lo conforme manual do fabricante.<br>○ Fluídos de freios: Nível do reservatório.<br>○ Combustível: Nível no marcador do painel e no tanque. |
| **C** | CORRENTE E TRANSMISSÃO |
| | Verificar:<br>○ Folga da corrente conforme manual do fabricante;<br>○ Limpeza e lubrificação, sempre que necessário, conforme manual do fabricante. |

DURANTE O DESLOCAMENTO DA VIATURA

1. Atentar para:
   - ruídos anormais
   - eventuais peças soltas
   - estado dos freios.
2. Utilizar o sistema de comunicação disponível no serviço, considerando a legislação;

3. Utilizar a sinalização sonora com critério, atentando para seus efeitos estressantes sobre a equipe de socorro (Protocolo PE6) e população do entorno;
4. Utilizar as luzes e iluminação de emergência da viatura (giroflex), atentando rigorosamente para o cumprimento da legislação específica (Protocolo PE6);
5. Conduzir o veículo segundo legislação de trânsito prevista no Código de Trânsito Brasileiro (CTB) e nas Resoluções do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) para veículos de emergência;
6. Seguir as regras gerais para deslocamento, estacionamento e sinalização da via (Protocolo MOTO3, MOTO4, MOTO5 e MOTO6);
7. Portar durante todo o plantão os seguintes documentos:
    - habilitação com a autorização para conduzir veículo de emergência
    - documentos da viatura.
8. Conhecer o sistema viário e as principais referências da região em que trabalha.

**OBSERVAÇÕES:**

- TWI *(tread wear indicator)*: índice de desgaste do pneu.
- Em motocicletas com refrigeração líquida, deve ser realizada a verificação do nível do reservatório.
- É considerado infração, pelo CTB artigo 252, o uso de fones de ouvido conectados a aparelhagem sonora ou de telefonia celular.
- Os serviços devem desenvolver rotina de checagem da viatura com check-list, acrescentando itens à rotina sugerida acima, se necessário.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

## MOTO3 – CARTA DE SINAIS PARA DESLOCAMENTO DE MOTOLÂNCIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Durante os deslocamentos de motolância, para expressar por meio não-verbal ao companheiro de equipe, orientações sobre diversas situações de forma padronizada.

**Conduta:**

SINALIZAR COM A MÃO ESQUERDA CONFORME A NECESSIDADE:

| ATENÇÃO | APROXIMAÇÃO |
|---|---|
| OBS: Esse sinal antecede todos os demais. | OBS: Realizar movimento circular com a mão espalmada atrás do capacete |
|  |  |
| **VIRAR À DIREITA** | **VIRAR À ESQUERDA** |
| OBS: Realizar com a mão espalmada | OBS: Realizar com a mão espalmada e braço estendido em ângulo de 90º. |
|  |  |

## MUDANÇA DE FAIXA À DIREITA

OBS: Precedido de movimento circular à direita




## MUDANÇA DE FAIXA À ESQUERDA

OBS: Precedido de movimento circular à esquerda




## 2º MOTOCICLISTA PARAR À ESQUERDA

OBS: atenção para o braço à 45º (apontando para o chão)




## ANIMAL NA PISTA




## INFILTRAÇÃO

OBS: realizar movimento com a mão espalmada à frente e acima do capacete




## LOMBADA / OBSTÁCULO

OBS: realizar movimento ondulado com a mão espalmada



| PARAR E/OU DESLIGAR SINAIS SONOROS | SUJIDADE NA PISTA |
|---|---|
|  | OBS: realizar movimento circular com a mão espalmada para baixo e braço estendido<br> |
| **DIMINUIR VELOCIDADE** | **AUMENTAR VELOCIDADE** |
| OBS: realizar movimento para cima e para baixo com a mão espalmada para baixo<br> | OBS: realizar movimento para cima e para baixo com a mão espalmada para cima<br> |
| **COLUNA POR DOIS ALTERADA** | **INVERSÃO DE COLUNA POR DOIS ALTERNADA** |
|  |  |

**OBSERVAÇÕES:**

- A comunicação não verbal realizada por meio de sinais durante os deslocamentos é um recurso em benefício da segurança.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# MOTO4 – REGRAS ESPECÍFICAS DE DESLOCAMENTO DA MOTOLÂNCIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Aplica-se ao profissional responsável pela condução da motolância, durante deslocamento.

- Este protocolo considera os aspectos que se aplicam à motolância no Protocolo PE6 e o complementa quanto a aspectos específicos relacionados à condução desse tipo de veículo.

**Conduta:**

1. ASPECTOS FUNDAMENTAIS
   - Utilizar equipamentos de proteção obrigatórios específicos (Protocolo MOTO1).
   - Considerar as atribuições e responsabilidades da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMUFor) (Protocolo PE6) e do condutor de motolância (Protocolo MOTO2).
   - Considerar os aspectos fundamentais que se aplicam à motolância no Protocolo PE6.
2. CONDUÇÃO DEFENSIVA
   - Considerar as diretrizes da regra PIPDE para condução defensiva da motolância:

| | |
|---|---|
| **P** | PROCURAR / PESQUISAR |
| | ○ Atentar para tudo o que está ao seu redor (animais, pedestres, outros veículos, condições de piso e objetos fixos) |
| **I** | IDENTIFICAR |
| | ○ Situações que possam gerar riscos. |
| **P** | PREVER / PREVENIR |
| | ○ Manter atenção constante às mudanças do cenário. |
| **D** | DECIDIR |
| | ○ Escolher a menor situação de risco diante de uma adversidade. |
| **E** | EXECUTAR |
| | ○ Diante de uma adversidade, realizar a manobra adequada com determinação e rapidez. |

3. DURANTE O DESLOCAMENTO ATÉ O LOCAL DA OCORRÊNCIA
   - Utilizar Carta de Sinais (Protocolo MOTO3).
   - Manter faróis acesos em luz baixa durante a noite e o dia, conforme art.40, cap. III do Código de Trânsito Brasileiro (CTB).
   - Deslocar-se em velocidade compatível com a via.
   - Utilizar tipos diferentes de sirenes entre as motolâncias, quando em deslocamento para atendimento.
   - Deslocar em "Coluna por um alternada".
   - Manter distância de seguimento de três segundos em velocidade de até 70km/h e de cinco segundos em velocidade acima de 70km/h.
   - Em ultrapassagens:
     - Realizar sempre pela esquerda do veículo na via;
     - Executar obrigatoriamente o mesmo trajeto pelas duas motolâncias ("onde passa a primeira, passa a segunda").
   - Na passagem por corredor:
     - Sinalizar antecipadamente, respeitando o tempo de 3 segundos entre as motolâncias;
     - Reduzir a velocidade para no máximo 40 km/h e garantir a segurança.
   - Na passagem por via coletora:

- Usar a "Passagem tática com fechamento faixa a faixa", um motociclista à esquerda e outro à direita respeitando distância lateral entre guias.
- Evitar o ponto cego dos veículos, mantendo-se no visual dos outros motoristas.

4. NO DESLOCAMENTO EM SITUAÇÕES DE CHUVA, NEBLINA E BAIXA LUMINOSIDADE
   - Aumentar o nível de atenção no deslocamento nas condições.
   - Ajustar a velocidade à condição de segurança proporcionada pela pista.
   - Aumentar a distância entre as motolâncias e os veículos.
5. NO DESLOCAMENTO EM SITUAÇÕES DE BAIXA ADERÊNCIA
   - Aumentar o nível de atenção no deslocamento nas condições.
   - Ajustar a velocidade à condição de segurança proporcionada pela pista.
   - Aumentar a distância entre as motolâncias e os veículos.
   - Deslocar o corpo para manter tração das rodas atentando para a inclinação da motocicleta, sempre com pernas flexionadas, pés firmes nas pedaleiras e pressionando os joelhos contra o tanque.
   - Em transposição de obstáculos, sempre manter a posição em pé, utilizando sempre ângulo de 90°.
6. NO LOCAL DA OCORRÊNCIA
   - Decidir pela distância segura em se tratando de um acidente, observando a existência de vazamento de óleo, combustível, gazes, fumaça, fogo, etc. (Protocolo PE1)
   - Quanto ao posicionamento na cena:
     - Posicionar as motolância de forma a facilitar o fluxo de veículos na via e não dificultar ou obstruir a chegada de viaturas de apoio;
     - Estacionar as motolâncias com distância de 1 (um) metro entre elas e perpendicular ao meio-fio, mantendo alinhamento entre elas;
     - Em vias públicas, posicionar a motolância de forma a garantir a adequada sinalização da cena: uma motolância antes e outra à frente do incidente com a sinalização voltada para o fluxo de veículos observando posicionar o farol em direção oposta ao fluxo, obedecendo ao limite de distância conforme a velocidade da via;
     - Posicionar a motolância após o evento, se a cena já estiver sinalizada com outros veículos de serviço no local, desde que não haja nenhum impedimento para deslocar-se até essa posição. Se houver, posicione antes ou no melhor local possível e revise as sinalizações já existentes para garantir as distâncias de segurança. (Protocolo PE7)
7. NO RETORNO PARA BASE
   - Deslocar-se em velocidade compatível com a via.
   - Manter atenção à solicitação de nova ocorrência.
   - Desligar sinais luminosos intermitentes, cumprindo a Resolução nº 268 do Conselho Nacional de Trânsito.
8. ESTACIONAMENTO DA MOTOLÂNCIA
   - Estacionar as motolâncias com distância de 1 (um) metro entre elas e perpendicular ao meio-fio, mantendo alinhamento.
9. PRERROGATIVAS E PRIVILÉGIOS EM EFETIVA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA
   - Ultrapassar um semáforo vermelho, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII);
   - Trafegar na contramão, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII);
   - Estacionar em local proibido, desde que garantidas todas as questões de segurança (CTB artigo 29, VIII).
10. IMPEDIMENTOS
    - Não é permitido ultrapassar o limite de velocidade máxima estabelecida para uma via.

**OBSERVAÇÕES:**

- PONTO CEGO - Área da pista lateral ao veículo fora do alcance da visão periférica do motorista mesmo com uso de retrovisores.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

## MOTO5 – PROCEDIMENTOS INICIAIS EM CASO DE ACIDENTES COM A MOTOLÂNCIA



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em qualquer situação de acidente que envolva a motolância. Inclui:

- Acidentes durante deslocamentos de emergência ou administrativos;
- Acidentes com ou sem vítimas.

**Conduta:**

ACIDENTE SEM VÍTIMA:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Confirmar ausência de vítimas no acidente;
3. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
    - Sobre a ocorrência de acidente sem vítimas, com ênfase para a localização do evento;
    - Sobre a condição da motolância: acidente em deslocamento ou não;
    - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;
4. Na presença de terceiros envolvidos no acidente, anotar: nome, RG e endereço dos envolvidos e placa dos demais veículos;
5. Informar a Regulação Médica sobre a possibilidade de prosseguimento ou não para o local de destino previamente estabelecido e a condição do paciente (se houver);
    - Na impossibilidade de prosseguimento, solicitar apoio via Regulação Médica e aguardar no local;
    - Na possibilidade de prosseguimento, após contato com a Regulação Médica seguir para o destino previamente estabelecido ou informado pela Regulação Médica;
6. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência.

ACIDENTE COM VÍTIMA:

Considerando a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMUFor) fisicamente apta para as ações, seguir as seguintes regras gerais:

1. Garantir a segurança do local conforme preconizado nos protocolos PE1 e PE7;
2. Entrar em contato com a Regulação Médica e informar:
    - Sobre a ocorrência de acidente com vítima, com ênfase para localização, número de vítimas e presença de vítimas entre os profissionais da equipe;
    - Sobre a condição: acidente em deslocamento ou não;
    - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;
3. Realizar o atendimento à(s) vítima(s), considerando os protocolos indicados.
4. Assim que possível, informar a Regulação Médica sobre:
    - vítimas já em atendimento e suas condições;
    - chegada de equipes de apoio;
    - chegada de equipes especializadas (policiamento e outras);
    - possibilidade de prosseguimento ou não para o destino:
        - Na impossibilidade de prosseguimento, aguardar apoio no local. Na presença de vítima, garantir se possível suporte à vida até a chegada de outra ambulância para o transporte;
        - Na possibilidade de prosseguimento, aguardar autorização da Regulação Médica para prosseguir para o destino previamente estabelecido ou informado;
5. Considerar orientação da Regulação Médica sobre o momento oportuno para a realização do boletim de ocorrência.
6. Considerando a equipe do SAMUFor fisicamente inapta para as ações, se possível:
    - Entrar em contato com a Regulação Médica e informar sobre a ocorrência de acidente com vítimas entre

os profissionais da equipe e aguardar apoio; ou

- Solicitar a um cidadão que entre em contato com o 192 e informe a ocorrência com a equipe da Motolância.

**OBSERVAÇÕES:**

- Caso o acidente tenha ocorrido durante deslocamento para atendimento, é importante identificar esse fato para a Regulação Médica, a fim de permitir o direcionamento de outra equipe para o esse atendimento.
- Cabe à Regulação Médica a tomada de decisão e acionamento dos recursos adicionais ou especializados para fazer frente às necessidades no local do acidente, incluindo guinchamento e providências legais.
- Na avaliação da possibilidade de prosseguimento com a motolância mesmo após a ocorrência de acidente, devem ser considerados: as condições gerais de segurança, a capacidade de movimentação do veículo e os riscos para agravamento dos danos.
- Cabe à Regulação Médica decidir se a motolância, estando em condições de prosseguir mesmo após se envolver em acidente, deverá sair da cena do acidente para socorrer vítima em estado grave.
- Os serviços devem estabelecer rotinas adicionais para apoio aos profissionais em caso de acidentes com as motolâncias, bem como em relação a confecção do boletim de ocorrência;
- Sugere-se o registro sistemático, acompanhamento e avaliação dos acidentes envolvendo motolâncias, a fim de compreender e atuar sobre fatores que possam estar associados à sua ocorrência por meio de ações educativas e de gestão.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# MOTO6 – REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTO DE MOTOLÂNCIAS EM COMBOIO



**Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Em qualquer situação de necessidade de deslocamento de grupo de motolâncias (comboio).

**Conduta:**

1. Utilizar equipamento de proteção individual (Protocolo MOTO1);
2. Considerar atribuições e responsabilidades da equipe do SAMUFor (Protocolo PE4) e do condutor da motolância (Protocolo MOTO2);
3. Deslocar motolância conforme regras específicas (Protocolo MOTO4), com especial atenção para as particularidades do deslocamento em comboio:
   - Deslocamento em bloco único formado por duas colunas intercaladas;
   - Utilizar apenas uma faixa de rolamento;
   - Posicionar a 1ª moto do comboio sempre à esquerda da via.

   Obs.: Poderá ser solicitado, pelo líder, novas formações:

   - Coluna por um
   - Coluna por um alternada
   - Coluna por um em linha
   - Inversão de coluna
   - Coluna por dois;
4. Executar funções de acordo com o posicionamento dentro do comboio:

| PRIMEIRO MOTOCICLISTA DO COMBOIO |
|---|
| • Assumir a função de líder do comboio;<br>• Definir:<br>  ○ Informações ou instruções gerais ao comboio<br>  ○ Trajeto<br>  ○ Velocidade do deslocamento<br>  ○ Tipo de formação a ser adotada<br>  ○ Pontos de parada |
| **MOTOCICLISTA INTERMEDIÁRIO** |
| • Atender qualquer solicitação de integrantes do comboio e transmiti-la ao líder; |
| **MOTOCICLISTA CERRA FILA** |
| • Última motolância do comboio<br>• Dar suporte ao líder indicando anormalidades durante o deslocamento |

5. Utilizar carta de sinais para comunicação entre os participantes do comboio (Protocolo MOTO3).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Janeiro/2016
Revisão: Julho/2016

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

## COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

| **MATRIZ 1**: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, SEGUNDO O PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO | | | |
|---|---|---|---|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
| PRIMÁRIA | UAPS | • Atendimento para verde e azul<br>• 1º atendimento para vermelho e amarelo<br>• Chamar SAMU<br>• Classificação – Caderno 28 | ÁREA ADSCRITA |
| SECUNDÁRIA | UPA | • 1° atendimento para vermelho<br>• Atendimento para laranja e amarelo<br>• Acolhimento para verde e azul com encaminhamento para UAPS<br>• Classificação Manchester | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | FROTINHAS, GONZAGUINHAS, N. S. CONCEIÇÃO, CAC | • 1° atendimento para vermelho e laranja<br>• Atendimento para amarelo e verde<br>• Acolhimento para azul e encaminhamento de acordo com pactuado<br>• Atendimento referenciado conforme protocolo | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |
| | SAMU | • 1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| TERCIÁRIA | IJF | • Atendimento para vermelho, laranja e amarelo.<br>• Acolhimento para verde e azul, encaminhamento pactuado. | MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA |

| **MATRIZ 2**: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA OS CIDADÃOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO | | | |
|---|---|---|---|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
| PRIMÁRIA | UAPS | • $O_2$<br>• AAS,<br>• Nitrato;<br>• Chamar SAMU | ÁREA ADSCRITA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SECUNDÁRIA | UPA | • Avaliação diagnóstica (ECG);<br>• $O_2$<br>• AAS,<br>• Nitrato;<br>• Chamar SAMU. | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | HOSPITAL DE RETAGUARDA<br>(Prontocárdio) | • IAM sem supra | HOSPITAL DE MESSEJANA |
| | FROTINHAS, GONZAGUINHAS | • Avaliação diagnóstica (ECG)<br>• $O_2$<br>• Nitrato<br>• AAS<br>• Chamar SAMU<br>• Assistência em leitos retaguarda | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |
| | SAMU | • Regulação primária de urgência<br>• Regulação secundária de urgência<br>• Transporte qualificado de alta complexidade<br>• Primeiro atendimento em via publica | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| TERCIÁRIA | HOSPITAL DE MESSEJANA | • IAM angioplastia em tempo preconizado<br>• Trombolítico<br>• Assistência em leitos de UTI (Cardiovascular, Geral, Unidade de Dor Torácica) | MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA |

**MATRIZ 3**: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA OS CIDADÃOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
|---|---|---|---|
| PRIMÁRIA | UAPS | • Suspeita diagnóstica<br>• Chamar SAMU | ÁREA ADSCRITA |
| SECUNDÁRIA | UPA | • Suspeita diagnóstica.<br>• Tratamento clínico inicial e solicitar TC e parecer da neurologia<br>• Se AVC na janela para trombolítico<br>• Chamar SAMU | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | HOSPITAL DE RETAGUARDA | • Cuidado continuado<br>• Reabilitação<br>• Suporte de paciente | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Waldemar de Alcântara e Fernandes Távora | | |
| | FROTINHAS, GONZAGUINHAS | • Assistência em leitos retaguarda<br>• Atendimento do AVE | |
| | SAMU | • Regulação Primária de urgência<br>• Regulação secundária de urgência<br>• Primeiro atendimento em via publica<br>• Transporte Qualificado de alta complexidade | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| TERCIÁRIA | HGF | • Atendimento do AVE<br>• Assistência em leitos de UTI<br>• Assistência em unidades de AVC. | MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA |

| **MATRIZ 4**: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA OS CIDADÃOS COM TRAUMA, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO | | | |
|---|---|---|---|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
| PRIMÁRIA | UAPS | • Atendimento ao trauma de muito baixo adensamento tecnológico (contusão, sutura simples)<br>• Chamar SAMU | ÁREA ADSCRITA |
| SECUNDÁRIA | UPA | • Atendimento trauma que requer menor densidade tecnológica (raio x)<br>• Paciente com perfil traumato-ortopédico é encaminhado para serviço especializado.<br>• Chamar SAMU, se paciente vítima de trauma grave | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | HOSPITAL DE RETAGUARDA<br><br>PSA, Santa Casa, Hospital e maternidade Zilda Arns | • Cuidado continuado<br>• Reabilitação<br>• Suporte de paciente | IJF |
| | FROTINHAS, GONZAGUINHAS | • Atendimento ao trauma de média complexidade | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • Cirurgias traumato-ortopédico de média complexidade | |
| | SAMU | • Regulação Primária de urgência<br>• Regulação secundária de urgência<br>• Primeiro atendimento em via publica<br>• Transporte Qualificado de alta complexidade | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| TERCIÁRIA | IJF | • Assistência em leitos de UTI<br>• Atendimento ao trauma de alta complexidade inclusive neurocirúrgico, vascular e de especialidades | MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA |

| **MATRIZ 5**: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO | | | |
|---|---|---|---|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
| PRIMÁRIA | UAPS | • Assistência ao puerpério.<br>• Assistência pré-natal de risco habitual<br>• Assistência pré-natal de risco intermediário para as unidades que tem obstetra no seu corpo clinico | ÁREA ADSCRITA |
| SECUNDÁRIA | UPA | • Não dispomos de atendimento obstétrico<br>• Atendimento inicial de urgência e emergência e encaminhamento a uma unidade de referência | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | GONZAGUINHAS (MESSEJANA – M, BARRA DO CEARÁ – BC, JOSÉ WALTER – JW)<br>N.S. CONCEIÇÃO – SNC,<br>CURA D'ARS – CD, HOSP ZILDA ARNS – ZA | • Assistência pré-natal de risco intermediário (M, BC, JW, NSC)<br>• Assistência pré-natal de alto risco (M, ZA)<br>• Assistência ao parto de risco habitual (leitos de sala de parto e alojamento | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | conjunto) (M, BC, JW, NSC, CD, ZA)<br>• Atendimento intercorrências na gestação (M, BC, JW, NSC)<br>• Atendimento as mulheres em situação de abortamento (M, JW, NSC, ZA, BC)<br>• Leitos de gestação de alto risco (a implantar (M, ZA)<br>• Atendimento as mulheres em situação de violência(M, JW, NSC)<br>• Atendimento ao aborto legal (M)<br>• Assistência ao recém nascido de risco (UTIN, UCINco, UCINca) (M, CD, ZA)<br>• Assistência ao recém nascido com perfil de médio risco (UCINco,) (BC ,JW, NSC)<br>• Atendimento as intercorrências ginecológicas (M, BC, JW, NSC) | |
| | SAMU | • 1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| TERCIÁRIA | MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND<br><br>HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA<br><br>HOSPITAL GERAL CESAR CALS | • Assistência ao pré-natal de alto risco<br>• Assistência ao parto de risco habitual e alto risco (leitos de sala de parto e alojamento conjunto)<br>• Atendimento intercorrências na gestação<br>• Assistência ao recém nascido de risco (UTIN, UCINco e UCINca)<br>• Atendimento a mulher em situação de abortamento<br>• Atendimento as intercorrências ginecológicas | MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • Atendimento as mulheres em situação de violência (MEAC)<br>• Atendimento ao aborto legal(MEAC) Leitos de gestação de alto risco<br>• Atendimento as gestantes e puérperas na UTI | |

| **MATRIZ 6**: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AS URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO | | | |
|---|---|---|---|
| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
| PRIMÁRIA | UAPS | • Atendimento para verde e azul<br>• 1º atendimento para vermelho e amarelo<br>• Chamar SAMU<br>• Classificação – Caderno 28 | ÁREA ADSCRITA |
| SECUNDÁRIA | UPA | • Atendimento geral do eixo infantil.<br>• Necessidade de internação ou avaliação especializada, a criança é encaminhada. | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | HOSPITAL RETAGUARDA<br><br>Gonzaguinhas, N. S. Conceição e SOPAI | • Cuidado continuado Reabilitação<br>• Suporte de paciente | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |
| | FROTINHAS | • Cirurgia traumato-ortopedia (média complexidade) | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |
| | Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá - CAC | • Atendimento de média complexidade<br>• Retaguarda clinica e pós cirúrgico de apendicectomia para HIAS | 1ª REGIÃO DE SAÚDE |
| | SAMU | • Regulação Primária de urgência<br>• Regulação secundária de urgência<br>• Transporte Qualificado de alta complexidade<br>• Primeiro atendimento em via publica | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TERCIÁRIA | HIAS | • Atendimento em alta complexidade, subespecialidades e cirurgia pediátrica exceto trauma | MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA |
| | IJF | • Assistência em leitos de UTI<br>• Atendimento ao trauma em alta complexidade, inclusive neurocirúrgico, vascular e de especialidades. | |

**MATRIZ 7**: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AS URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
|---|---|---|---|
| PRIMÁRIA | UAPS | Azul (Não Aguda)<br>• Escuta qualificada abordando a história, vulnerabilidade e quadro clínico da queixa do usuário/família e encaminhamentos utilizando os recursos comunitários, do NASF e da própria Unidade)<br>Verde (Aguda ou Crônica Agudizada)<br>• Situação a ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação do risco biopsicossocial e encaminhamentos (plano de cuidado) utilizando os recursos comunitários, Centro de Convivência, NASF e da própria Unidade)<br>Amarelo (Aguda ou Crônica Agudizada)<br>• Atendimento prioritário, no mesmo turno, acolhimento pela equipe de enfermagem e utilização de protocolos. | ÁREA ADSCRITA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • Formulação de plano de cuidado utilizando recursos comunitários, NASF e CAPS, caso necessário.<br>• Agendar retorno breve para acompanhamento do caso.<br><br>Vermelho (Aguda ou Crônica Agudizada)<br>• Atendimento imediato.<br>• Acolhimento e estabilização de pacientes com sofrimento mental agudo.<br>• Acionar o SAMU. | |
| | Consultório na Rua | • Ação de Cuidado itinerante, oferta de cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua de forma articulada com outros pontos de atenção.<br>• Aplicação dos critérios de classificação.<br>• Acionar o SAMUFor na classificação vermelha. | |
| SECUNDÁRIA | CAPS | • Acompanhamento longitudinal de usuários com transtornos mentais graves e persistentes e uso problemático de álcool e outras drogas<br>• Acolhimento e estabilização de crises (utilização de protocolos) Leitos de desintoxicação<br>• Encaminhamento para UPA, Leitos SOPAI, Leitos psicossociais, Leitos de desintoxicação, Hospitais Gerais, de casos específicos | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | HOSPITAL DE RETAGUARDA<br><br>SOPAI (25 leitos) | • Leitos psicossociais para acompanhamento de transtornos mentais graves e decorrentes do uso de drogas para crianças e adolescentes de 06 a | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 17 anos e 11 meses e 29 dias. | |
| | HOSPITAL DE RETAGUARDA<br><br>SANTA CASA | • Leitos de desintoxicação | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | UPA | • Acolhimentos de Overdose ou Envenenamento<br>• Acolhimento e estabilização de Crises Psicóticas/Quadros Agudos (alteração do nível de consciência, agitação psicomotora, confusão mental, agressividade) e encaminhamentos necessários (utilização de protocolos): UAPS, CAPS, leitos psicossociais, Hospitais Gerais) | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | SAMU | • Abordagem biopsicossocial e transporte para ponto de atenção adequado às necessidades do usuário (utilização de protocolos)<br>• Notificar equipe de referência (UAPS) | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| | LEITOS PSICOSSOCIAIS | • Leitos psicossociais para acompanhamento de transtornos mentais graves e decorrentes do uso de drogas para adultos | MUNICÍPIO DE FORTALEZA |
| TERCIÁRIA | Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSMM | • Tratamento de pacientes com quadros psiquiátricos agudos ou com episódios de reagudização de quadros crônicos (provisório) | MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA |

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## LEGISLAÇÃO NACIONAL


1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituição/constituição.htm
2. _____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
3. _____. Lei nº 8.213/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm
4. _____. Lei n.9503 de 23 de setembro de 1997. Institui o novo Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9503Compilado.htm
5. _____. Lei n. 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o novo Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9503.htm
6. _____. Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Disponível em: http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2175.htm
7. _____. Portaria n.2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
8. _____. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
9. _____. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm
10. _____. Portaria nº 2.406 de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Republicada em 8/11/2004, seção 1, página 84.
11. _____. Portaria nº 2971, de 08 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971_08_12_2008.html
12. _____. Portaria n.2994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html
13. _____. Portaria n.665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentive financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html
14. _____. Portaria n.1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html
15. _____. Portaria 1.115 de 19 de outubro de 2015. Aprova o Protocolo de uso da hidroxocobalamina na intoxicação aguda por cianeto. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo_Uso/ProtocoloUso_Hidroxocobalamina_2015.pdf


## PUBLICAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE


1. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. Portaria n.º 086, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre o uso de capacete para condutores e passageiros de motocicletas e similares. Disponível em : http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC000764.pdf
2. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf

3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/processamento_artigos.pdf
4. ____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais técnicos).
5. ____. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.
6. ____. Prevenção de suicídio. Manual dirigido a profissionais de saúde mental 2006. [12 fev. 2011]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
7. ____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a materiais biológicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
8. ____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
9. ____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 7ª ed. Caderno 14. Acidentes com animais peçonhentos. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf
10. ____. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf
11. ____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_366915019.pdf
12. ____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
13. ____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 4ª. ed. Brasília, 2011. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf
14. ____. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para o tratamento de emergência das queimaduras. Brasília. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf
15. ____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico – Gestação de Alto Risco. Brasília, 2012.
16. ____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf
17. ____. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.
18. ____. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia. 8ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
19. ____. Portaria no. 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
20. ____. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.465 p. (Cadernos HumanizaSUS).
21. ____. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas Para as Mulheres – Norma Técnica da Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.spm.gov.br/centralde-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf

22. ____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf
23. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect.
24. _____.. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010.
25. _____. Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: Desfibrilador Externo BIT – Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, nº 01, jan/fev/mar 2011.Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_fev2011/PDF/matriz_desfibri_que_emos04fev2011.pdf
26. _____.. Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: Ventilador Pulmonar BIT – Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília, nº 03, jul/ago/set 2011. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_novembro_2011/PDF/Microsoft22112011.pdf
27. _____.. FIOCRUZ. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Disponível em: file:///C:/Users/DELl/Downloads/protoc_identificacaoPaciente.pdf
28. _____. ANVISA. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília : ANVISA1ª.ed:2013. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf

**CONSELHOS DE CLASSE**

1. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311 de 08 de fevereiro de 2007 Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html
2. _____. Resolução 427 de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos de Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Diário Oficial da União, Brasília 07 de julho de 2010, seção I, p 133.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. DOU nº 160, 21 ago 1997. Seção 1,p. 18.227.
4. _____. Resolução nº 1.638, de 10 de Julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5.
5. _____. Resolução nº 1.641, de 12 de julho de 2002. Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências. DOU nº 144, 29 jul. 2002. Seção 1, p. 229.
6. _____. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. DOU 05 dez 2005, Seção I, p. 121.
7. _____. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. DOU, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
8. _____. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Diário Oficial da União, 23 nov. 2007. Seção I, p. 252.
9. _____. Resolução nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009. Novo Código de Ética Médica. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.
10. _____. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao_de_obitooo.pdf
11. _____. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. DOU, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269.
12. _____. Resolução 2057 de 12 de novembro de 2013. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo território nacional. Diário Oficial da União, Brasília 19 de novembro de 2014, seção I, p 199.
13. Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Resolução nº 70 de 14 de novembro de 1995. Diário

Oficial do Estado n. 226, 28 nov. 1995. Seção 1
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.605, de 15 de setembro de 2000. Retificação publicada no D.O.U. 31 JAN 2002, Seção I, pg. 103.

**REFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS INTERNACIONAIS**

1. World Health Organization. mhGAP Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings - Version 1 -[English]. Genebra 2010.
2. ____. Guidelines on neonatal seizures. WHO, 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77756/1/9789241548304_eng.pdf .
3. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio. Um Manual para médicos clínicos gerais. [12 fev. 2011]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR. Vol. 54, nº RR-9, 30/09/2005.
5. ____. Blast injuries: crush injuries and crush syndrome. CDC, 2008. Disponível em: www.emergency.cdc.gov/BlastInjuries. Acesso em: 07/02/12.
6. National Association of Emergency Medical Technician. PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
7. American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support for doctors (student course manual). 8th ed. Chicago : American College of Surgeons; 2008.
8. American Heart Association. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 5. Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. Circulation. 2015;132:S414-S435.
9. ____. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support. Circulation. 2015;132:S444-S464
10. ____. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care- Part 8. Post–Cardiac Arrest Care. Circulation. 2015;132:S465-S482.
11. ____. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 10: Special Circumstances of Resuscitation 2015. Circulation 2015;132 (suppl 2).
12. ____. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 11: Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. Circulation 2015; 132 (suppl 2):S519-S525.
13. ____. Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Part 12. Pediatric Advanced Life Support. Circulation 2015:132:S521-S542.
14. ____. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual do Profissional. Edição em português. Guarulhos: Artes gráficas e Editora Sesil; 2012.
15. ____. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual para provedores. Edição em português. Rio de Janeiro; 2003.
16. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care. Guidelines for air and ground transportation of pediatric patients. Pediatrics 1986;78:943-50.
17. ____. Clinical Report - Fever and Antipyretic Use in Children. Pediatrics 2011; 127(3):580-7.
18. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium. Assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes 2014: 15(Suppl. 20): 180–192.
19. ____. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Pediatric Diabetes 2014: 15(Suppl. 20): 154–179.
20. American Academy of Family Physicians. Advanced life Support in Obstetrics . Provider Course Syllabus. 4ª ed. 2001.
21. Australian Government Department of Health and Ageing. Management of Patients with Psychostimulant Toxicity: Guidelines for Emergency Departments. National Drug Strategy, 2006. Disponível em: http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf
22. British Thoracic Society. British Thoracic Society. British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline. Thorax 2008; 63 (Suppl IV): IV 1-121.
23. National Heart, Lung and Blood Institute. Expert Panel Report 3: guidelines for diagnosis and management of asthma. Full report 2007. Disponível em: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf
24. Florida Regional Common Emergency Medical System. Florida Regional Common Emergency Medical System

Protocols. 4a. Ed Version 2: 2015. Disponível em: http://www.gbemda.org/florida-regional-common-ems-protocolspdf
25. Pennsylvania Department of health bureau of emergency medical system. Pennsylvania Statewide basic life support protocols 2008. Disponível em: www.health.satate.pa.us/ems
26. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, Tamura M, Velaphi S. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (Reprint). Part 7. Neonatal Resuscitation. Circulation 2015; 132 (suppl 1): S204-S241.
27. Regional Emergency Medical Advisory Committee of New York City. Prehospital Treatment Protocols. Appendices, Version 2015. Disponível em: http://www.remo-ems.com/images/uploads/pdfs/2015_Collaborative_Protocols_12302014.pdf

**REFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS NACIONAIS**

1. São Paulo. Lei nº. 10.241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html
2. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos do Serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha. Doença hipertensiva específica da gravidez. 4ª ed., 2008, p.117-28.
3. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. CODEPPS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Manual de Emergências Psiquiátricas do Município de São Paulo, 2007.
4. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Produtos químicos - Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente. Parte 1: Terminologia. Brasília: ABNT; 26/08/2009. NBR 1475-1.
5. ____. Transporte rodoviário de produtos perigosos — Diretrizes do atendimento à emergência. Brasília: ABNT; 30/07/2015 NBR 14064.
6. ____. Veículos rodoviários automotores — Capacete e viseiras para condutores e passageiros de motocicletas e veículos similares — Requisitos de desempenho e métodos de ensaio. Brasília: ABNT; 09/12/2015. NBR 7471.
7. Bahia S de S da. Protocolos de Regulação [Internet]. Salvador: SESAB, Secretaria de Saúde da Bahia; 2014 [cited 2014 Aug 30]. 175 p. Disponível em: https://www.yumpu.com/pt/document/view/15675657/protocolos-de-regulacao-sesab/52
8. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução no. 203 de 29 de setembro de 2006. Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizados e quadriciclo motorizado, e dá outras providências. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao203_06.pdf
9. Centro educacional de trânsito Honda [homepage na internet]. Técnicas de pilotagem fundamentais [Acesso em 05 de agosto de 2015]. Disponível em: http://www.honda.com.br/harmonianotransito/Downloads/impressao_fundamental.pdf
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br
11. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar em Suporte Básico de Vida. 7a rev. 2011.
12. ____. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar em Suporte avançado de Vida. 3a rev. 2012.
13. ____. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar, Suporte Avançado de Vida, 3ª. revisão 2012. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolodeatendimentoprehospitalar.pdf
14. ____. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar, Suporte Básico de Vida, 7ª. revisão 2011. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ProtocoloSBV.pdf
15. Secretaria dos Transportes. Governo do Estado de São Paulo. Departamento de Estrada de Rodagem. Manual de Sinalização Rodoviária, 2ª edição, Vol III. Obras, Serviços de Conservação e Emergência, 2006. (Série Manuais).
16. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, EDFRN, 2014.101 p.

17. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Núcleo de Educação Permanente. Assistência à Múltiplas Vítimas e Desastres (AMVED): Manual do Curso para Profissionais do SAMU 192 / Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado, Fortaleza: 2015.
18. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Diretrizes Clínicas. Protocolos Clínicos. Convulsão no recém-nascido. Última revisão: 20/07/2014. Disponível em: http://www.fhemig.mg.gov.br/protocolos-clinicos
19. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Diretrizes Clínicas. Protocolos Clínicos. Asma na infância. Última revisão: 05/08/2014. Disponível em: http://www.fhemig.mg.gov.br/protocolos-clinicos
20. Sociedade Brasileira de Pneumologia. II Consenso Brasileiro sobre DPOC. Sociedade Brasileira de Pneumologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol 30, supl 5, Nov 2004.
21. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma, 2012. J Bras Pneumol 2012; 38(Supl 1).
22. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf
23. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras de Card. 2013;10, n. 2 (Suppl3).
24. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Neonatologia. A linguagem da dor no recém nascido, 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf
25. ____. Departamento Científico de Neonatologia e Departamento Científico de Endocrinologia. Diretrizes SBP – Hipoglicemia no Período Neonatal. 2014. Disponível em: http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/diretrizessbp-hipoglicemia2014.pdf
26. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Hospital Albert Einstein. Protocolos e Diretrizes Assistenciais do Hospital Albert Einstein, 2010. Gerenciamento da Dor na SBIBHAE. Disponível em: http://medsv1.einstein.br/diretrizes/tratamento_dor/Gerenciamento%20da%20dor%20na%20SBIBHAE.pdf
27. Eduardo OR, Felix VM, Silva AGB. Protocolo de atendimento pré-hospitalar. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: CBMDF; 2003. 183 p.
28. GRAU Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Pré-hospitalar. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2015.
29. Cetesb. Manual de Emergências Químicas da Cetesb. São Paulo; Cetesb; 2014.
30. Associação Brasileira da Indústria Química - ABIQUIM. Manual para atendimento à emergências com produtos perigosos. São Paulo: ABIQUIM;2011.
31. Polícia Militar do Estado de São Paulo. Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo. Manual de procedimentos operacionais padrão do Sistema de Resgate a Acidentados. 2. Revisão, 2006.
32. NEP SAMUFor, Protocolos de Regulação de Urgência - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016. 179 p.

**OUTRAS REFERÊNCIAS**

1. Abend NS, Gutierrez-Colina AM, Dlugos DJ. Medical Treatment of Pediatric Status Epilepticus. Seminars in Pediatric Neurology 2010; 17:169-75.
2. Almeida MFB , Guinsburg R. Reanimação do recém-nascido ≤ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: http://sbp.com.br/reanimacao e http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf. Acesso em 01/02/16.
3. Alves EA, Zugaib M. Eclâmpsia. In: Zugaib M, Bittar RE. Protocolos Assistenciais da Clínica de Obstetrícia da FMUSP. 4ª ed. São Paulo, Atheneu, 2011, p.563-68.
4. Araújo S. Acessos Venosos Centrais e Arteriais Periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos. RBTI. 2003 Abril/Junho;15(2).
5. Auler Junior, JOC, et al. Manual Teórico de Anestesiologia para o Aluno de Graduação, São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
6. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. RBTI 2014;26(2):89-121.
7. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Recomendações brasileiras de

ventilação mecânica 2013. Parte 2. RBTI. 2014;26(3):215-239
8. Benson BE et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. Clinical Toxicology 2013, 51:140-6.
9. Bigham BL; The Canadian Patient Safety Institute. Patient safety in emergency medical services – Advancing and aligning the culture of patient safety in EMS. [data desconhecida] Disponível em: http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS
10. Blakeman TC, Branson RD. Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. Respiratory Care 2013;58:1008-23.
11. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares. 9ª ed. Saunders: Elsevier; 2013.
12. Briggs SM. Manual de Resposta Médica Avançada em Desastres. Bogotá: Distribuna Editorial y Librería Médica Autopista Norte; 2011.
13. Brophy GM, Bell R, Claassen J, Alldredge B, et al. Neurocritical Care Society Status Epilepticus Guideline Writing Committee. Guidelines for the Evaluation and Management of Status Epilepticus. Neurocritical Care 2012;17(1):3-23.
14. Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Rio de Janeiro; Artmed, 2015.
15. Canesin MF, Oliveira Jr. MT, Pereira-Barreto AC. Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca (SAVIC). Editora Phoenix, São Paulo, 2008.
16. Chaparro CM, Lutter C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde;2007.
17. Christophersen AB, Lenin D, Hoegberg LCG. Activated charcoal alone or after gastric lavage: a simulated large paracetamol intoxication. British Journal of Clinical Pharmacology. 2002 Mar; 53(3): 312-317.
18. Costa MPFC, Guimarães HP. Ressuscitação Cardiopulmonar: Uma abordagem multidisciplinar. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 65-81, 2006.
19. Cross KP, Cicero MX. Head-to-Head Comparison of Disaster Triage Methods in Pediatric, Adult and Geriatric Patients. Annals of Emergency Medicine 2013; 61: 6.
20. Dudaryk R, Pretto EA. Ressucitation in Multiple Casualty Event , Anesthesiology Clinical 2013; 31: 85-106.
21. Elridge DL et al. Pediatric Toxicology. Emergency Medical Clinics in North America. 2007;25:238-308.
22. Falcão LFR, Costa LHD, Amaral JLG. Emergências. Fundamentos & Práticas. São Paulo: Martinari; 2010.
23. Fernandes ICO. Intubação traqueal, manejo da via aérea e via aérea difícil. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP, São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2015, pág. 3-12.
24. Ferreira AVS, Simon Jr H, Baracat ECE, Abramovici S. Emergências Pediátricas. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2ª ed. São Paulo. Atheneu, 2010.
25. Françoso LA. Transporte da criança grave. In: Emergências Pediátricas. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2ª Ed. São Paulo, Atheneu, 2010, pág. 391-404.
26. Françoso LA. Transporte de crianças na urgência. In: Reis MC, Zambon MP. Manual de Urgências e Emergências em Pediatria. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2010, pág. 359-67.
27. Garcia PCR, Piva JP. Terapia intensiva pediátrica. In: Piva JP, Garcia PCR. Medicina intensiva em pediatria. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.9-12.
28. Garzon E. Estado de Mal Epiléptico. Journal of Epilepsy Clinical Neurophysiology 2008; 14(Suppl 2):7-11.
29. Glass HC. National Institute of Health. Neonatal Seizures: Advances in Mechanisms and Management. Clinical Perinatology. 2014; 41(1): 177-90.
30. Greaves I, Porter K. Oxford Handbook of Pre-Hospital Care. Oxford. Oxford University Press; 2007.
31. Heckman JD (ed). Emergency care and transportation of the sick and injured patient. 5a. ed. Rosemont - Illinois. American Academy of Orthopaedic Surgeons: 1993.
32. Horita SM, Mekitarian Filho E, Fernandes ICO. Intoxicações Agudas. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pg 551-8.
33. Hsin SH, Guilhoto LMF. Convulsão e Estado de Mal Epiléptico. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo; Atheneu: 2015, pág. 323-31.
34. Hudson Valley Regional Emergency Medical System Council. Advanced Life Support Protocol Manual 2008.[10 jan.2011]. Disponível em: www.hvremsco.org/Documents/2008%20HVREMS%20ALS%20Protocol.pdf
35. Kahn CA, Schultz CH, Miller KT, Anderson CL. Does START Triage Work? An Outcomes Assessment After a

Disaster. Annals of Emergency Medicine 2009; 54:3.
36. Knobel, E. Condutas no paciente grave. 3ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
37. Kothari RU, Pancioli A, Liu T, et al. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. Ann Emerg Med 1999 Apr;33(4):373-8.
38. La Torre FLF, Passarelli ML B, Cesar RG, Pecchini R. Emergências em Pediatria – Protocolos da Santa Casa. São Paulo: Manole; 2013. Pág. 325-33.
39. Lane JC, Guimarães HP. Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. RBTI 2008; 20(1):63-67.
40. Lee LK, Bachur RG, Wiley JF, Fleisher GR. Trauma management: Unique pediatric considerations. UpToDate.Last updated: Jul 23, 2014. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/traumamanagement-unique-pediatric-considerations. Acesso em: 08/03/16.
41. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. J Allergy Clin Immunol: 126;2010
42. Lyon RM et al. Significant modification of traditional rapid sequence induction improves safety and effectiveness of pre-hospital trauma anesthesia. Critical Care 2015, 19:134.
43. Machado BM, Vieira GK. Febre sem sinais localizatórios. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. São Paulo: Atheneu; 2015, pág. 621.
44. Manitoba Health, Healthy Living and Seniors Emergency Medical Services Branch. Emergency Treatment Guidelines: Drug and Alcohol Abuse [internet]. Manitoba. 2003. Disponível em: http://www.gov.mb.ca/health/ems/guidelines/docs/M12.08.03.pdf
45. Mantovani M. Suporte Básico e Avançado de vida no Trauma. Atheneu: São Paulo; 2005.
46. Marcolan JF. A contenção física do paciente. Uma abordagem terapêutica. São Paulo. Edição de autor, 2004.
47. Marques JB, Reynolds A Ana. Distócia de ombros – Uma emergência obstétrica. Acta Med Port 2011; 24: 613-620.
48. Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB (eds). Pronto Socorro. Medicina de Emergência. 3ª ed. Barueri: Manole; 2012.
49. Massaro AR. Triagem do AVC isquêmico agudo. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul 2006; 07 (Jan/fev/Mar/Abr).
50. Mekitarian Filho E, Goes PF, Paulis M. Coma. In: In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. São Paulo, Atheneu, 2015, pág. 377-82.
51. Mekitarian Filho E. Sedação e analgesia na emergência. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pág. 649-53.
52. Miller RD, Eriksson LI, Fleischer LA, Wiener-Kronish JP, Young WL, Editors. Miller´s anesthesia. 8ª. ed. New York: Elsevier; 2015.
53. Mittal MK. Needle cricothyroidotomy with percutaneous transtracheal ventilation. UpToDate. Last updated: Oct 12, 2015. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/needlecricothyroidotomy-with-percutaneous-transtracheal-ventilation?topicKey=EM%2F6313&elapsedTimeMs=4&view=print&displayedView=full#H34. Acesso em 21/01/16.
54. Moto safety foundation – MSF [homepage na internet] . Basic Rider Book [acesso em 05 de agosto de 2015]. Disponível em: http://www.msf.usa.org/downloads/BRCHandbook.pdf
55. Murahovschi, Jayme. Pediatria - Diagnóstico e Tratamento. 7ª ed. Sarvier; 2013.
56. Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2014; 69:1026-45.
57. Nagel F. Apresentação de protocolo: Intubação de sequência rápida - SMI/HCPA Serviço de Medicina Intensiva do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Disponível em ‹http://pt.slideshare.net/fabianonagel/protocolo-intubao-sequncia-rpida-hcpa›.
58. Nelson LS, Hoffman RSD. Goldfrank´s Toxicologic Emergencies. 9a. ed. New York. Mc Graw Hill; 2011.
59. Nettina, MS, et al. Prática de Enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
60. Oliveira BFM, Parolin MKF, Teixeira Jr ED. Trauma Atendimento pré-hospitalar.1ªed. São Paulo: Atheneu; 2001.
61. Oliveira BFM. Trauma: atendimento pré-hospitalar. 3ªed. São Paulo: Atheneu; 2014.
62. Pedreira ML G, Harada MJCS (orgs). Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora,2009.
63. Pereira BMT, Morales W, Cardoso RG, Fiorelli R, Fraga GP, Briggs SM. Lessons learned from a landslide catastrophe in Rio de Janeiro, Brazil. American Journal of Disaster Medicine 2013; 8:3.
64. Ponte STD, Dornelles CFD, Arquilha B, Bloem C, Roblin P. Mass-casualty Response to the Kiss Nightclub in Santa Maria, Brazil. Prehospital and Disaster Medicine 2015 Feb;30(1):93-6.

65. Quevedo J, Carvalho AF (orgs).Emergência Psiquiátrica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
66. Réa Neto A et al. Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico - Parte IV: Monitorização da Perfusão Tecidual. RBTI 2006 Abril – Junho; 18 (2).
67. Ruano R, Zugaib M. Pré-eclâmpsia. In: Zugaib M, Bittar RE. Protocolos Assistenciais da Clínica de Obstetrícia da FMUSP. 4ª ed. São Paulo, Atheneu, 2011, p.555-61.
68. Sá RAR, Melo CL, Dantas RB, Delfim LVV. Acesso vascular por via intraóssea em emergências pediátricas. RBTI 2012; 24(4):407-414
69. Sallum AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as situações de emergência. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.
70. Santana JCB, Dutra BS, Pereira HO, Silva EASMS, Silva DCMS. Procedimentos Básicos e especializados de Enfermagem-Fundamentos para a Prática. 1ª. ed. Goiânia: AB Editora; 2011.
71. Santos RR, Canetti MD; Ribeiro Junior M, Alvarez FS. Manual de socorro de emergência. São Paulo: Atheneu; 2000.
72. Sasidaran K, Singhi S, Singhi P. Management of Acute Seizure and Status Epilepticus in Pediatric Emergency. Indian Journal of Pediatrics 2012; 79(4):510–7.
73. Schvartsman C, Reis AG, Farhat SCL. Pediatria – Instituto da Criança Hospital das Cínicas. São Paulo: Manole; 2013.
74. Schvartsman C. Intoxicações Agudas. In: Ferreira AVS, Simon Jr H, Baracat ECE, Abramovici S. Emergências Pediátricas. Série Atualizações Pediátricas. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo; Atheneu: 2010, pg 429-41.
75. Shirm S, Liggin R, Dick R, Graham J. Prehospital Preparedness for Pediatric Mass-Casualty Events. Pediatrics 2007; 120(4).
76. Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, et al. Intramuscular versus Intravenous Therapy for Prehospital Status Epilepticus. New England Journal of Medicine 2012;366:591-600.
77. Silva FC, Thuler LCS. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. J Pediatr (Rio J) 2008; 84(4):344-9.
78. Silva RYR, Horita SM. Medicações mais utilizadas no Pronto Socorro Infantil. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo: Atheneu; 2015, pág. 712.
79. Simons FER, Ardusso LRF, Bilò MB et al. World Allergy Organization Guidelines for Assessment and Management of Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2011; 127(3):587-593.
80. Simons FER, Ardusso LRF, Bilò MB et al. 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. Currents Opinion Allergy Clinical Immunology 2012, 12:389–99.
81. Simons FER, Ardusso LRF, Bilò MB et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. World Allergy Organization Journal 2014, 1:19.
82. Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma. Uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009.
83. Souza DC. Transporte da criança gravemente enferma. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu, 2015, pág. 631-41.
84. Stollings JL, Diedrich DA, Oyen LJ, Brown DR. Rapid-Sequence Intubation: A Review of the Process and Considerations When Choosing Medications. Ann Pharmacother. January 2014 48: 62-76, first published on November 4, 2013.
85. Tallo FS. Intubação orotraqueal e a técnica da sequência rápida: uma revisão para o clínico. Revista Brasileira de Clínica Medica 2011;9(3):211-7.
86. Toporovski MS, Laranjeira MS. Refluxo gastroesofágico. In: Morais MB. Gastroenterologia e hepatologia na prática pediátrica. Série Atualizações Pediátricas da SPSP. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2012, pg.15-28.
87. Vieira G. Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico. In: Gilio AE, Grisi S, Bousso A, Paulis M. Urgências e Emergências em Pediatria Geral. Hospital Universitário da USP. São Paulo. Atheneu: 2015; pág. 495-507.
88. Walls RM, Murphy M, coordenadores. Manual of emergency airway management. 4a. ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Willians & Wilkins; 2012.
89. Warren J, Fromm RE, Orr RA, et al. Guidelines for the inter- and intra-hospital transport of the critically ill patients. Critical Care Medicine 2004; 32:256-62.
90. Xavier D, Fidalgo TM. Manual de Psiquiatria. 1ª ed. São Paulo: ROCA; 2010.
91. Yu-Tze Ng, Rama Maganti. Status Epilepticus in childhood. Journal of Paediatrics and Child Health 2013; 49:432–7.

92. Zhang L, Sanguebsche LS. Segurança de nebulização com 3 a 5 ml de adrenalina (1:1000) em crianças: uma revisão baseada em evidência. J Pediatr (Rio J) 2005; 81(3):193-7.