



PREFEITURA MUNICIPAL DE SARAPUÍ

ESTADO DE SÃO PAULO

Paço Municipal Prefeito "Argemiro Holtz"



Sarapuí, 28 de fevereiro de 2019

Ofício PMS Nº 033/2019.

Senhor Presidente;

Apraz-me cumprimentá-la cordialmente e sirvo-me do presente para encaminhar a esta Colenda casa de Leis para apreciação de Vossa Excelência e dos Nobres Pares o Projeto de Lei Ordinária Nº 01/2019, o qual Ementa: **"AUTORIZA O REPASSE DE "AUXÍLIO FINANCEIRO" A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL SELECIONADA PARA O SISTEMA SAMU-192 DO MUNICÍPIO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS"**.

Tendo em vista a inegável relevância e o evidente interesse Público que a matéria encerra, solicito a gentileza, que o mesmo tramite em Regime Urgência, em conformidade com o Artigo 53 da Lei Orgânica desta Municipalidade.

Contando com o alto Espírito Público de Vossa Senhoria e dos demais Vereadores na Aprovação do referido Projeto de Lei Ordinária e na certeza do pronto atendimento como lhes é peculiar, reitero os protestos de elevada estima e distinta consideração, sentimentos com os quais subscrevo.

Atenciosamente;


WELLINGTON MACHADO DE MORAES
PREFEITO MUNICIPAL
Wellington Machado de Moraes
Prefeito Municipal de Sarapuí
RG 10.705.997-6

EXMO SR
LAÉRCIO LARICE RODRIGUES
D.D.PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL



Prefeitura Municipal de Sarapuí

Estado de São Paulo

Paço Municipal Prefeito Argemiro Holtz

Projeto de Lei nº 09/2019

*Autoriza o repasse de “auxílio financeiro”
a Organização da Sociedade Civil
selecionada para o Sistema SAMU – 192
do município e dá outras providências.*

Wellington Machado de Moraes, Prefeito Municipal de Sarapuí, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, torna público que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a repassar recurso financeiro à Organização da Sociedade Civil selecionada por meio do Chamamento Público nº 04/2018 e denominada Instituto Civitas de Desenvolvimento Humano, inscrita no CNPJ sob o nº 07.638.566/0001-92, no valor anual de R\$ 419.956,07 (Quatrocentos e dezenove mil, novecentos e cinquenta e sessenta Reais e sete centavos), diluídos em 12 (doze) parcelas iguais de R\$ 34.996,34 (Trinta e quatro mil, novecentos e noventa e seis Reais e trinta e quatro centavos).

Art. 2º As despesas oriundas da execução desta Lei correrão à conta de dotação orçamentária própria do fluente exercício, devendo, nos orçamentos futuros, ser consignada dotação específica.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, vigendo seus efeitos a partir da assinatura do termo de colaboração.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SARAPUÍ, aos ___ de fevereiro de 2019


WELLINGTON MACHADO DE MORAES
Wellington Machado de Moraes
Prefeito Municipal de Sarapuí
RG 1.0.705.997-6

Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Sarapuí

Estado de São Paulo

Paço Municipal Prefeito Argemiro Holtz

Senhor Presidente:

Apresento o Projeto de Lei que trata da autorização para que o executivo municipal possa efetuar repasse a empresa selecionada através do Chamamento Público 04/2018.

O presente repasse serve para auxiliar financeiramente a empresa sem fins lucrativos (OSC) selecionada e denominada Instituto Civitas de Desenvolvimento Humano a manter Termo de Colaboração com esta Administração impulsionando uma melhor prestação de serviço referente ao conhecido sistema SAMU – 192.

A Organização da Sociedade Civil beneficiada com recursos públicos submeter-se-á à fiscalização do poder concedente, mediante apresentação de prestação de contas ao órgão competente, no prazo estabelecido no Termo de Colaboração ou de Fomento.

A prestação de contas deverá comprovar o cumprimento das metas e objetivos do plano de Trabalho.

Lembramos que é obrigação do município fornecer saúde de qualidade, não só por exigência constitucional delineada em atendimento a direitos fundamentais, mas também por conta do princípio da eficiência.

Assim, atende com primazia o interesse público e o aprimoramento técnico da gestão pública municipal, num oferecimento de serviço de qualidade aos cidadãos, dependentes do sistema municipal de saúde.

Para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessárias, sobre a matéria em questão, coloco-me a disposição.

Assim, diante do exposto, solicito a apreciação do incluso Projeto de Lei EM CARÁTER DE URGÊNCIA, nos termos do art. 53 da Lei Orgânica Municipal.

Atenciosamente.


WELLINGTON MACHADO DE MORAES

Prefeito Municipal

Wellington Machado de Moraes
Prefeito Municipal de Sarapuí
RG 10.705.997-6

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2018

Prefeitura Municipal de SarapuÍ
Estado de São Paulo

Plano de Trabalho

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, MEDIANTE COLABORAÇÃO NA OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA BASE DESCENTRALIZADA LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE SARAPUÍ E PERTENCENTE AO SISTEMA REGIONAL SAMU 192 DE ITAPETINGA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, COM TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS ATRAVÉS DE TERMO DE COLABORAÇÃO.



INSTITUTO
CIVITAS
DESENVOLVIMENTO HUMANO

APRESENTAÇÃO

O presente Plano de Trabalho tem por finalidade demonstrar de forma concisa e consistente todos os aspectos necessários para o gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços técnicos/operacionais a serem contratados. A proposta foi elaborada seguindo fielmente os apontamentos descritos no referido edital, acrescidas de todo o conhecimento da equipe de profissionais do Instituto Civitas, para que não reste dúvidas a respeito da capacidade de nossa organização em prestar o serviço.

O documento está estruturado de maneira a permitir a fácil localização de todos os quesitos necessários para a avaliação. Consta no corpo deste plano as informações que demonstram como cada característica do serviço será executada, gerenciada e monitorada. Por fim, apresenta-se em anexo todas as informações que complementam nossas propostas.

Não temos dúvidas de que possuímos todo o conhecimento e estrutura necessária para executar plenamente o serviço objeto deste plano, com a transparência e qualidade certamente almejada pela gestão municipal de Sarapuí, oferecendo aos munícipes beneficiários o atendimento competente e humanizado que é de seu direito.

Boa Leitura

Instituto Civitas de Desenvolvimento Humano





SUMÁRIO

1.	DADOS CADASTRAIS.....	4
2.	PROPOSTA DE TRABALHO	4
3.	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE METAS	12
4.	PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS	17
5.	CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO	18
6.	ESTIMATIVA DE VALORES A SEREM RECOLHIDOS PARA O PAGAMENTO DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS.....	19
7.	MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS.....	20
7.1.	MENSAL.....	20
7.2.	QUADRIMESTRAL.....	20
7.3.	ANUAL	20
8.	PRAZO DE ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	21
9.	DECLARAÇÃO	22
10.	APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	23
	ASSINATURAS	24
	ANEXO I - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO	26
	I - Apresentação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.....	27
	II - Projetos com a finalidade de conscientização e divulgação do método de trabalho do SAMU regional perante a população, incluindo o projeto SAMUZINHO	29
	III - Projeto de implantação de ações de humanização e de avaliação de satisfação do usuário	30
	IV - Cronograma de implantação e de realização do projeto SAMUZINHO no município	32
	ANEXO II - RELAÇÃO DE INDICADORES	33
	ANEXO III - MATERIAIS PROJETO SAMUZINHO	38
	ANEXO IV - PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO	39
	ANEXO V - PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA SAMU 192.....	44
	ANEXO VI - PESQUISAS DE PREÇOS QUE DEMONSTRAM A COMPATIBILIDADE DOS CUSTOS COM OS PREÇOS PRATICADOS NO MERCADO	407

[Handwritten signatures and initials]



1. DADOS CADASTRAIS

Nome da Entidade: Instituto Civitas de Desenvolvimento Humano CNPJ: 07.638.566/0001-92			
Endereço: Rua Dr. João Collin, nº 1285			
Município: Joinville	U.F.: SC	C.E.P.: 89204-001	Telefone/FAX: (47) 34613144
Conta Bancária Específica: 20172-3	Banco: Banco do Brasil	Agência: 3850-4	Praça de Pagamento: Matinhos-PR
Período Mandato: 17/04/2017 à 17/04/2021		C.I./Órgão Expedidor: 5.740.649-6 SSP/PR	Cargo: Presidente
Nome do responsável indicado pela execução das atividades: Andre Luis Ulrich			C.P.F.: 967.442.789-91
Endereço: Rua Dr. João Collin, nº 1285 América Joinville/SC		C.E.P.: 89204-001	

2. PROPOSTA DE TRABALHO

Nome do Projeto: Edital de chamamento público para seleção de entidade da sociedade civil, a receber recurso financeiro para atendimento de urgência e emergência, mediante colaboração na operacionalização e execução do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência da base descentralizada localizada no município de Sarapuí e pertencente ao sistema regional SAMU 192 de Itapetininga.	Prazo de execução: 12 (doze) meses
Público Alvo: Usuários do Sistema Único de Saúde	
Objeto do Termo: Constitui objeto a seleção de Entidade da Sociedade Civil para de atendimento de urgência e emergência, mediante colaboração na operacionalização e execução do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência da base descentralizada localizada no município de Sarapuí e pertencente ao sistema regional SAMU 192 de Itapetininga, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com transferência de recursos financeiros através de Termo de Colaboração.	



DIAGNÓSTICO:

O Município de SarapuÍ conta atualmente com três (03) Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo:

- UMS SarapuÍ - situada à rua Cel. Ernesto Piedade, 137 – Centro, com atendimento médico 12 h durante todos os dias da semana (07:00 às 19:00hs), inclusive em feriados e fins de semana;
- PAS Bairro Rodeio - situado no bairro do Rodeio, com atendimento das 07:00 as 16:00h de segunda a sexta feira, localizado a 4 Km da UMS SarapuÍ;
- PAS Distrito do Cocaes - situada à Av. Olegário Correa da Silva, s/nº com atendimento de segunda a sexta-feira das 07:00 às 16:00h, localizada a 12 Km da UMS SarapuÍ;

O município possui também uma base descentralizada do SAMU 192 - Regional de Itapetininga, que realiza os atendimentos de urgência e emergência, principalmente para suprir o período noturno que não temos atendimento médico em nenhuma Unidade de Saúde.

O modelo implantado no município é de Gestão Plena da Atenção Básica, desde 2.000, sendo que esta Secretaria se encontra na região administrativa da DRS XVI no Estado de São Paulo, estando em pleno funcionamento os mecanismos gerenciais repassados pelo Estado a esta Secretaria como: SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), SINASC, SINANNET, SIM, SIS-PRÉNATAL, HIPERDIA, API, TBWEB, SIVISA, SISAED. Tal modelo respeita o proposto pela Lei 8080/90 e 8142/90 e a constituição Federal no seu título VII da Ordem Social, artigos 193 a 204, de 1.988 e pela Constituição do Estado de São Paulo no seu Título VII, artigos 217 a 243, além da regulamentação proposta pela NOB 1/96.

A assistência médica ofertada para a população é composta das especialidades básicas, além de estarem implantados os Programas de Hipertensão e Diabetes, Saúde da Criança e da Mulher e Viva-Leite. Assim, as ações de saúde praticadas são as de baixa complexidade, de caráter ambulatorial. Temos um perfil epidemiológico com prevalência de doenças pulmonares, doenças cardiovasculares, bem como diabetes melittus. Temos as especialidades de Psiquiatria, Fonoaudióloga, Pediatria, Psicologia, Ginecologia, Odontologia e Fisioterapia.

É necessário frisar que o município sofre invasão dos municípios circunvizinhos, portanto o critério populacional levado em questão para distribuição dos medicamentos e recursos recebidos fica prejudicado, penalizando, portanto, o poder público municipal, pois para atender a toda população somos obrigados a adquirir os materiais e medicamentos faltantes com recursos próprios.

Também ocorre esta invasão de população de municípios circunvizinhos que procuram atendimento em nosso município, devido ao fato de que a Unidade de Saúde de SarapuÍ fica mais próxima para a realização destes atendimentos. São exemplos os seguintes bairros: Bairro Cercado de Araçoiaba, Bairro do Assentamento de Itapetininga, Bairro do Rio Acima de Itapetininga, etc.



CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA REGIONAL SAMU 192 DE ITAPETININGA

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional de Itapetininga, possui como área de abrangência os Municípios de Itapetininga, Angatuba, Alambari, Campina de Monte Alegre, Guareí, Quadra, Sarapuí, Tatuí, foi habilitado pelo Ministério da Saúde em 18 de novembro de 2010, através da Portaria nº 3.613, de 18/11/10. O Sistema Regional possui a seguinte conformação:

Município	Popul.	Km ²	Dist. CRM	CRM	SBV	SAV	RT
Itapetininga	155.436	1.790.208		1	3	1	2
Alambari	5.460	159.271	18	-	1	-	-
Angatuba	23.917	1.029	45	-	1	-	-
Guareí	16.513	566	37	-	1	-	-
Campina do Monte Alegre	5.869	184	59	-	-	-	-
Quadra	3.539	205	55	-	1	-	-
Sarapuí	9.734	354	33	-	1	-	-
Tatuí	115.515	524	42	-	2	1	-
TOTAL	335.983	1.952.341	-	1	10	2	2

CRM - Central de Regulação Médica

SBV - Suporte Básico de Vida

SAV - Suporte Avançado de Vida RT - Reserva Técnica

Fonte: População e Área em Km² IBGE

Existem bases descentralizadas nos municípios de Alambari, Angatuba, Guareí, Quadra, Sarapuí e Tatuí, além da base centralizada de Itapetininga vinculada à Central de Regulação.

Pelo seu papel de estar instalada e operante no município sede das atividades regionais do SAMU 192 perante os municípios anteriormente elencados, é necessário e relevante que a Central de Regulação de Itapetininga possua, dentre as suas atribuições, em conjunto a Diretoria Municipal da Saúde e a ENTIDADE, o planejamento e execução de ações voltadas para a integração regional dos serviços operados pelas bases instaladas e operantes em cada município da região sob a sua coordenação e articulação, de modo a bem corresponder às expectativas que serão objeto de interesse concreto nas atividades bi-partites e outras perante o Ministério da Saúde relacionadas ao SAMU.

[Handwritten signatures and initials]

ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

De acordo com a conformação do Sistema Municipal de Saúde de Sarapuí – SP, apresenta-se abaixo a estrutura e organização necessárias para o funcionamento adequado da Base Descentralizada do SAMU de Sarapuí, abaixo descritas:

SAMU 192:

O SAMU 192 é componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

Bases Descentralizadas:

Base Descentralizada é a infraestrutura que garante tempo/resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 Regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da (s) ambulância (s). Deverá seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual.

Projeto Samuzinho:

O projeto será realizado no período que corresponde as férias escolares para divulgação e conscientização das crianças em idade escolar pertencentes ao ensino fundamental (1º ano ao 9º ano), de escolas públicas e privadas quanto à importância e finalidade do programa SAMU 192. Tem os objetivos de conscientizar a importância da atuação correta em situação de risco, refletir sobre a importância de vida e os movimentos de solidariedade, comunicar adequadamente a solicitação de ajuda do serviço 192 e desmistificar ideias errôneas comumente associadas a impulsos na busca do auxílio à saúde.

Instalações Físicas:

A Base Descentralizada do SAMU de Sarapuí funciona em local anexo a Unidade Mista de Saúde de Sarapuí, porém com entrada/saída de viatura e garagem específica para atendimentos de urgência e emergência e que possui ligação com o serviço de Pronto Atendimento da Unidade Mista de Saúde de Sarapuí. Deste modo, sucede maior agilidade nos atendimentos que forem encaminhados para o serviço municipal de Pronto Atendimento.

Possui 02 quartos para uso dos condutores/técnicos de enfermagem que estiverem de plantão. Além disto, possui área externa com copa em conjunto com a sala de descanso para os profissionais. Neste mesmo espaço, encontra-se o armário com os materiais de uso comum.



Profissionais:

No Quadro I abaixo, informamos os profissionais e horário de escala, necessários para o funcionamento da Base Descentralizada do SAMU de SarapuÍ e que serão contratados pelo Instituto Civitas:

Quadro I – Profissionais e horário de escala da Base Descentralizada do SAMU de SarapuÍ

BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU 192 DE SARAPUÍ		
PROFISSIONAL	QTDE	ESCALA DE TRABALHO
Técnico de Enfermagem	05	02 Profissionais sob escala 12x36 para período diurno 02 Profissionais sob escala 12x36 para período noturno 01 Profissional cumprindo a escala como folguista
Condutor de Veículo de Urgência	05	02 Profissionais sob escala 12x36 para período diurno 02 Profissionais sob escala 12x36 para período noturno 01 Profissional cumprindo a escala como folguista
Coordenador de Enfermagem e Responsável Técnico	01	01 Profissional cumprindo jornada de 40 horas semanais
Auxiliar de Limpeza	01	01 Profissional cumprindo jornada de 40 horas semanais
TOTAL		12 colaboradores

Profissionais vinculados ao SAMU 192:

São os profissionais oriundos ou não da área da saúde, cujas atribuições, competências, formação e qualificação estão definidas na Portaria MS/GM 2.048/2002.

- **Coordenador de Enfermagem Responsável Técnico:** O Responsável Técnico de Enfermagem é o profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem do serviço de Atendimentos Pré-Hospitalar fixo ou móvel de Urgência e Emergência.
- **Técnicos de Enfermagem:** São os profissionais com formação técnica específica, que atuam sob supervisão imediata do profissional enfermeiro.
- **Condutor de Veículo de Urgência:** Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pela Política Nacional de Atenção às Urgências como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação específicos.
- **Auxiliar de Limpeza:** profissional que zela pela limpeza e organização da unidade em perfeitas condições de uso.

Unidades Móveis:

No âmbito dos serviços objeto do TERMO DE COLABORAÇÃO, a Unidade Móvel pertencente a base descentralizada do SAMU 192 de SarapuÍ obedece a seguinte descrição:

- Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre - SBV: Veículo tripulado por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico de enfermagem.

É destinada ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

Descrição dos serviços necessários:

Os seguintes princípios nortearão todas as disposições deste documento:

- a) Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde;
- b) Gestão e logística de suprimentos e insumos necessários à execução das atividades contratadas;
- c) Gestão, guarda, conservação e manutenção dos bens móveis e imóveis necessários para a realização dos serviços e ações pactuadas;
- d) Contratação de profissionais de todas as áreas concernentes à operação do serviço;
- e) Execução direta dos serviços objeto deste TERMO DE COLABORAÇÃO, sendo admitida subcontratação unicamente dos serviços acessórios necessários à oferta da assistência, com a anuência do Município e discriminação no Plano de Trabalho;

Instalações:

Com relação à manutenção e reforma das instalações, o Instituto Civitas irá mantê-las em bom estado durante todo o prazo de vigência do Termo de Colaboração, responsabilizando-se pela manutenção das áreas físicas internas e externas, incluindo áreas de acesso e estacionamento, incluindo e não se limitando também a instalações elétricas, hidráulicas, sistema de ar condicionado e refrigeração, sistemas de ventilação e exaustão. Todo material que será utilizado nas manutenções será adquirido pela Contratante e deve ser solicitado com antecedência para a Diretoria de Saúde.



Equipamentos e mobiliários:

Em relação a equipamentos e mobiliários o Instituto Civitas:

- a) Manter em perfeitas condições de uso os equipamentos, mobiliários e os instrumentos necessários para a realização dos serviços e ações pactuadas.
- b) Manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem padrões altos de conforto e limpeza;
- c) Implantar boas práticas de gerenciamento de equipamentos de saúde;

Para tanto, o Instituto se obriga a, durante todo o prazo de vigência do Termo de Colaboração, requerer à Diretoria de Saúde o fornecimento ou substituição do material necessário para a realização dos serviços com tempo hábil para o processo de compra pela CONTRATANTE. Além disto, manterá e limpará todos os equipamentos clínicos, não-clínicos, mobiliários, bem como todos os instrumentos cirúrgicos para execução da prestação de serviços na referida base descentralizada do SAMU.

Esterilização:

O Instituto Civitas responsabilizar-se pelo Reprocessamento dos Materiais e Equipamentos utilizados pela Base Descentralizada do SAMU 192 conforme Legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, instituindo rotina para manter os materiais esterilizados de forma adequada e dentro do prazo de validade da esterilização.

Segurança:

O Instituto Civitas é integralmente responsável pelos serviços de segurança do patrimônio, das instalações físicas e dos recursos humanos da base descentralizada do SAMU 192 de Sarapuú.

Biossegurança:

Instituto Civitas é responsável por fornecer, implantar e implementar o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) e dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de acordo com as normas da ANVISA.

Rouparia e Lavanderia:

Instituto Civitas é responsável pelo acompanhamento dos serviços de lavanderia, podendo utilizar o setor de lavanderia da Unidade Mista de Saúde de Sarapuú, quando necessário, para a limpeza e desinfecção dos materiais necessários para uso;

[Handwritten signatures and initials]



Sistema de Limpeza:

Instituto Civitas é responsável pela realização dos serviços de limpeza e higiene da base descentralizada do SAMU 192 de SarapuÍ, devendo promover e impulsionar a qualidade dos serviços de limpeza de modo a atingir um padrão de excelência, implantar padrão de serviço que ajude na imagem positiva da Base Descentralizada do SAMU 192, manter ambiente seguro com práticas seguras de trabalho garantindo a manutenção dos padrões de conforto e limpeza aos colaboradores contratados através do TERMO DE COLABORAÇÃO, reconhecer e corrigir, em tempo imediato e eficiente, qualquer redução na qualidade da limpeza na Base Descentralizada do SAMU 192, e garantir grau de sujeidade zero no local da prestação do serviço, durante toda a duração do Termo de Colaboração.

Estacionamento:

O estacionamento da Base Descentralizada do SAMU 192 de SarapuÍ em conjunto com a Unidade Mista de Saúde de SarapuÍ é de uso exclusivo de ambulâncias, viaturas e veículos da saúde, será mantido o controle rigoroso da área designada para uso de viaturas do SAMU, com o intuito de proibir o uso deste local por outros veículos. Deste modo, não poderá existir exploração comercial do estacionamento.

Instituto Civitas conservará as vagas de estacionamento utilizadas pelas ambulâncias de suporte básico de vida, bem como garantirá a adequada manutenção e operará o estacionamento de acordo com as normas de segurança e limpeza local.

Plano de Contingência:

Instituto Civitas dispõem de plano de contingência para os seguintes casos:

- falha de equipamento: a coordenação emitirá imediatamente ofício para a diretoria de saúde comunicando a falha do equipamento, se disponível no município a substituição será imediata, caso contrário o equipamento será substituído através de um equipamento que supra a necessidade até que o referido equipamento seja consertado ou substituído.
- ausência de profissional na escala: seguindo o regimento interno da instituição, os profissionais devem informar com no mínimo 48hs a ausência no Plantão, caso o coordenador identifique a falta de algum profissional deverá imediatamente encontrar outro profissional do quadro para assumir o plantão, caso não haja disponibilidade, deverá contratar profissional através de Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA, da listagem de profissionais previamente cadastrados no plano de contingência.
- falha do veículo automotor: é de responsabilidade do município de SarapuÍ a manutenção preventiva e corretiva da ambulância, nos casos em que esta apresenta defeito a coordenação de enfermagem emitirá imediatamente ofício para a diretoria de saúde comunicando a falha.

Em condições de emergência em saúde pública a equipe estará focada no adentimento seguindo as orientações estabelecidas pela Diretoria Municipal de Saúde.

[Handwritten signatures and initials]

PLANO DE TRABALHO





3. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE METAS

Metas	Etapa / fase	Especificação	Indicador físico		Duração: 12 (doze) meses	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
1. Contratar os profissionais através de Processo Seletivo.	1.1	Contratar todos os profissionais em regime emergencial, através de avaliações curriculares, a fim de que as atividades continuem de forma ininterruptas no momento da assinatura do contrato até a transição definitiva.	Contratos com os profissionais	De acordo com quadro de recursos humanos	Mês 01	Com a conclusão do Processo Seletivo
	1.2	Realizar Processo Seletivo para a contratação dos profissionais previstos.	Editais de Contratação	01	Mês 01	Mês 03
	1.3	Prover todos os exames admissionais para os funcionários selecionados.	ASOS	01 para cada profissional	Mês 03	Mês 03
	1.4	Realizar integração e capacitação inicial para todos os profissionais contratados	Relatórios de Atividades	01	Mês 03	Mês 03
	1.5	Garantir que todos os funcionários selecionados no processo seletivo recebam uniformes, crachás e EPIs.	Relatório	01	Mês 03	Mês 03

Metas	Etapa / fase	Especificação	Indicador físico		Duração: 12 (doze) meses	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
2. Organizar e monitorar a equipe e sua produtividade	2.1	Definir organograma delimitando a hierarquia dos profissionais	Organograma	01	Mês 01	Mês 01
	2.2	Implantar regimento interno, delimitando as atribuições e estabelecendo os direitos e deveres de cada categoria profissional	Regimento Interno	01	Mês 01	Mês 01
	2.3	Apresentar aos profissionais as metas a serem atingidas e os indicadores monitorados	Reunião de integração	01	Mês 01	Mês 01
	2.4	Elaborar relatórios de produtividade contendo os indicadores e metas	Relatório de Produtividade	12	Mês 01	Mês 12
	2.5	Monitorar a frequência dos profissionais através de Relógio Ponto Biométrico	Folhas Ponto	01 para cada funcionário	Mês 01	Mês 12
	2.6	Instituir reunião mensal entre a coordenação local e a equipe para discussão sobre o andamento do serviço	Ata de Reunião	12	Mês 01	Mês 12
	2.7	Instituir reunião bimensal entre a coordenação local e a supervisão, para discussão de assuntos referentes ao andamento do projeto.	Ata de Reunião	06	Mês 01	Mês 12

RECIBO
N.º 100001
10/05/2011

Metas	Etapa / fase	Especificação	Indicador físico		Duração: 12 (doze) meses	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
3. Instituir Programa de Educação Permanente – PEP para os profissionais contratados, com foco na humanização e em consonância com as demandas e particularidades da população assistida.	3.	Estabelecer juntamente Núcleo de Educação Permanente em Urgência Emergência – NEU, de Itapetininga o PEP	PEP	01	Mês 01	Mês 03
	3.	Executar Programa de Educação Permanente - PEP	PEP	01	Mês 02	Mês 12
	3.	Realizar capacitação aos profissionais da equipe para implementação dos Protocolos Previamente Estabelecidos	Relatório	01	Mês 01	Mês 03
	3.	Monitorar a participação dos profissionais nas atividades previstas no PEP	Relatório de monitoramento	01	Mês 02	Mês 12
	3.	Realizar capacitações específicas sugeridos pela Gestão Municipal.	Relatório	Conforme demanda	Mês 01	Mês 12





 11.05.2014
 11.05.2014
 11.05.2014

Metas	Etapa / fase	Especificação	Indicador físico		Duração: 12 (doze) meses	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
4. Implantar pesquisa de Satisfação ao Usuário (Plano apresentado no anexo IV)	4.1	Definir os indicadores a serem avaliados e elaborar questionário para monitoramento dos indicadores estabelecidos	Questionário	01	Mês 01	Mês 01
	4.2	Realizar teste dos questionários junto a 10 usuários e fazer ajustes caso necessário	Relatório	01	Mês 01	Mês 01
	4.3	Elaborar um sistema para sistematização dos resultados obtidos	Planilha para sistematização	01	Mês 01	Mês 01
	4.4	Realizar mensalmente coleta de respostas dos usuários e elaborar relatórios de acompanhamento das pesquisas, contendo gráficos e análises da evolução dos indicadores	Relatório de sistematização	01 por mês	Mês 02	Mês 12
	4.5	Levar os resultados para as reuniões mensais para tomar ações corretivas	Ata das reuniões	12	Mês 01	Mês 12
5. Implantar projeto SAMUZINHO	5.1	Divulgação e conscientização do projeto SAMUZINHO	Relatório	01	Mês 01	Mês 01
	5.2	Capacitação da Equipe Técnica	Relatório	01	Mês 01	Mês 01
	5.3	Aquisição e disponibilização de materiais necessários para realização efetiva do projeto SAMUZINHO no município (Anexo III)	Materiais		Mês 01	Mês 01
	5.4	Realização efetiva do PROJETO SAMUZINHO	Relatório	01	Mês 01	Mês 01

INSTITUTO CIVITAS
 INSTITUTO DE PESQUISA E ACOMPANHAMENTO

Metas	Etapa / fase	Especificação	Indicador físico		Duração: 12 (doze) meses	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
6. Promover a Conscientização e divulgação do método de trabalho do SAMU e para uso consciente do número de atendimento de Urgência e Emergência 192 com a finalidade de evitar "trotes";	6.1	Confeccionar e distribuir panfletos para a população em geral	Panfletos	5.000	Mês 3	Mês 3
	6.2	Confeccionar e distribuir de Cartazes para serem afixados na comércio local	Cartazes	100	Mês 3	Mês 3
	6.3	Confeccionar e fixar Banners na Recepção das Unidade de Saúde e Pronto Socorro	Banners	5	Mês 04	Mês 04
	6.4	Realizar Palestras ¹ para os Profissionais de Saúde do Município	Relatório e lista de presença	4	Mês 05	Mês 06
	6.5	Realizar Palestras ¹ para os Profissionais de Educação do Município	Relatório e lista de presença	4	Mês 07	Mês 08
	6.6	Realizar Palestras ¹ para os profissionais da administração municipal	Relatório e lista de presença	4	Mês 09	Mês 10
	6.7	Realizar Palestras ¹ nas salas de espera da recepção da unidade mista	Relatórios	4	Mês 11	Mês 12
7. Contribuir com as Campanhas Preventivas de Doenças Crônicas e Educativas à População	7.1	Estabelecer junto com a equipe de coordenação da atenção básica calendário de atividades para realização das Campanhas	Agenda de atividades	1	Mês 01	Mês 03
	7.2	Realização de Campanhas Preventivas de Doenças Crônicas e Educativas à População, conforme estabelecido com a Diretoria de Saúde e Coordenação da atenção Básica	Relatório de atividades e lista de presença	Conforme estabelecido no agenda de atividades	Mês 01	Mês 12

¹ Os horários e a frequência da informação serão estabelecidos posteriormente, adequando a realidade dos participantes.

RECIBO
N.º 1824

4. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

QTDE	DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
	Técnicos de Enfermagem	R\$ 7.310,00	R\$ 87.720,00
	Condutores	R\$ 6.250,00	R\$ 75.000,00
	Enfermeiro	R\$ 3.051,09	R\$ 36.613,08
	Auxiliar de Limpeza	R\$ 1.150,00	R\$ 13.800,00
	Insalubridade	R\$ 2.289,60	R\$ 27.475,20
1	Adicional Noturno 1	R\$ 657,90	R\$ 7.894,80
1	Adicional Noturno 2	R\$ 562,50	R\$ 6.750,00
1	Hora extra	R\$ 813,60	R\$ 9.763,20
1	Vale Alimentação	R\$ 1.654,80	R\$ 19.857,56
1	Encargos / provisões	R\$ 7.502,57	R\$ 90.030,84
1	Uniformes e EPIs	R\$ 800,00	R\$ 9.600,00
1	Custos Indiretos	R\$ 2.954,28	R\$ 35.451,36
TOTAL GERAL		R\$ 34.996,34	R\$ 419.956,04

[Handwritten signature]



5. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

META	Recursos Humanos Encargos e Custos Indiretos	
1º MÊS	R\$	34.996,34
2º MÊS	R\$	34.996,34
3º MÊS	R\$	34.996,34
4º MÊS	R\$	34.996,34
5º MÊS	R\$	34.996,34
6º MÊS	R\$	34.996,34
7º MÊS	R\$	34.996,34
8º MÊS	R\$	34.996,34
9º MÊS	R\$	34.996,34
10º MÊS	R\$	34.996,34
11º MÊS	R\$	34.996,34
12º MÊS	R\$	34.996,34
TOTAL	R\$	419.956,07

m
P
...



6. ESTIMATIVA DE VALORES A SEREM RECOLHIDOS PARA O PAGAMENTO DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS

META	Recursos Humanos
1º MÊS	R\$ 3.165,46
2º MÊS	R\$ 3.165,46
3º MÊS	R\$ 3.165,46
4º MÊS	R\$ 3.165,46
5º MÊS	R\$ 3.165,46
6º MÊS	R\$ 3.165,46
7º MÊS	R\$ 3.165,46
8º MÊS	R\$ 3.165,46
9º MÊS	R\$ 3.165,46
10º MÊS	R\$ 3.165,46
11º MÊS	R\$ 3.165,46
12º MÊS	R\$ 3.165,46
TOTAL	R\$ 37.985,52

mc
DR
01/01/2011



7. MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

7.1. MENSAL

A entidade apresentará mensalmente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias que antecedem a data do repasse:

- a) Original ou cópias reprográficas dos comprovantes da despesa devidamente autenticadas em cartório ou por servidor da administração, devendo ser devolvidos os originais após autenticação das cópias;
- b) Extrato bancário de conta específica e/ou de aplicação financeira, no qual deverá estar evidenciado o ingresso e a saída dos recursos, devidamente acompanhado da Conciliação Bancária, quando for o caso;
- c) Demonstrativo de Execução de Receita e Despesa, devidamente acompanhado dos comprovantes das despesas realizadas e assinado pelo dirigente e responsável financeiro da entidade;
- d) Relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas pela entidade no exercício e das metas alcançadas, baseadas nos indicadores constantes do Anexo II.
- e) Apresentar até o 5º dia útil de cada mês o faturamento dos procedimentos unidade assistencial, de acordo com a legislação e sistemas de informação do Ministério da Saúde/Datasus.

7.2. QUADRIMESTRAL

A entidade apresentará quadrimestralmente, em até 10 (dez) dias úteis após o encerramento de cada quadrimestre do ano civil:

- a) Relatório de Execução do Objeto, assinado pelo seu representante legal, contendo as atividades desenvolvidas para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, a partir do cronograma acordado, anexando-se documentos de comprovação da realização das ações, tais como lista de presença, fotos e vídeos, se for o caso;
- b) Relatório de Execução Financeira, assinado pelo seu representante legal e o contador responsável, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas, conforme modelo contido no Anexo RP-14 das Instruções Normativas nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

7.3. ANUAL

A entidade apresentará anualmente, até o dia 31 de março do ano seguinte ao da execução da parceria:

- a) Certidão indicando os nomes e CPFs dos dirigentes e conselheiros da OSC, forma de remuneração, períodos de atuação com destaque para o dirigente responsável pela administração dos recursos recebidos à conta do termo de colaboração.

- b) Relatório anual de execução do objeto do ajuste, contendo as atividades desenvolvidas para o seu cumprimento e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;
- c) Demonstrativo integral das Receitas e Despesas computadas por fonte de recurso e por categorias ou finalidades dos gastos no período, aplicadas no objeto do termo de colaboração, conforme modelo contido no Anexo RP-14 das Instruções Normativas nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de SP
- d) Relação dos contratos e respectivos aditamentos firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela Entidade para os fins estabelecidos no termo de colaboração ou de fomento, contendo tipo e número do ajuste, identificação das partes, data, objeto, vigência, valor pago no exercício e condições de pagamento;
- e) Conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica aberta em instituição financeira pública indicada pelo órgão ou entidade da Administração Pública para movimentação dos recursos do termo de colaboração, acompanhada dos respectivos extratos de conta corrente e de aplicações financeiras;
- f) Publicação do Balanço Patrimonial da Entidade, dos exercícios encerrado e anterior;
- g) Demais demonstrações contábeis e financeiras da Entidade, acompanhadas do balancete analítico acumulado no exercício;
- h) Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;
- i) Na hipótese de aquisição de bens móveis e/ou imóveis com os recursos recebidos, prova do respectivo registro contábil, patrimonial e imobiliário da circunscrição, conforme o caso;
- j) Comprovante da devolução de eventuais recursos não aplicados;
- k) Declaração atualizada acerca da não existência no quadro diretivo da Entidade de membro de Poder ou do Ministério Público, ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública da mesma esfera governamental celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;
- l) Declaração atualizada da ocorrência ou não de contratação ou remuneração a qualquer título, pela Entidade, com os recursos repassados, de servidor ou empregado público, ainda que previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;
- m) Informação e comprovação da destinação de eventuais bens remanescentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos recebidos à conta do termo de colaboração, quando do término da vigência do ajuste.

8. PRAZO DE ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O município deverá emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas mensal e final, com até 10 dias contados da data do recebimento.

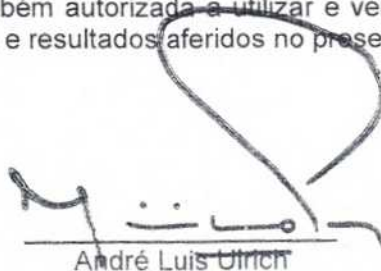


9. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de comprovação junto à Concedente, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito ou situação de inadimplência com o Município de Sarapuí/SP ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho. Anexo a este Plano de Trabalho, constam as pesquisas de preços que demonstram a compatibilidade dos custos com os preços praticados no mercado (cotações, tabelas de preços de associações de profissionais, publicações especializadas e/ou outras fontes).

A Administração Pública fica também autorizada a utilizar e veicular, da melhor forma que lhe convier, todas as imagens, dados e resultados aferidos no presente Plano de Trabalho.

Peço deferimento.



André Luis Ulrich

Sarapuí, 08 de janeiro de 2019.





10. APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

_____ APROVADO	
_____ APROVADO COM RESSALVAS, com possibilidade de celebração do Termo de Colaboração, devendo o administrador público cumprir o que houver sido ressaltado ou, mediante ato formal, justificar as razões pelas quais deixou de fazê-lo.	
_____ REPROVADO	
_____ Local e Data	_____ Responsável pelo órgão técnico

[Handwritten signature]
[Handwritten initials]



INSTITUTO
CIVITAS
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

PREF. SARAPUÍ
FLS. 1002

ASSINATURAS

ANDRE LUIS ULRICH
Presidente

OSNI ARTURO FRANCISCO JUNIOR
Consultor de Projetos

Instituto Civitas de Desenvolvimento Humano

Sarapuí, 08 de janeiro de 2019.



INSTITUTO
CIVITAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS

PREF. SARAPIquí
FLS. 191

ANEXOS

[Handwritten signature and scribbles]



ANEXO I - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO

[Handwritten signature]

17	Escalas de avaliação de gravidade; (ANEXO V – página 404)	✓
18	Trauma crânio-encefálico; (ANEXO V – página 117)	✓
19	Lesão do aparelho locomotor – extremidades; (<i>Trauma de membros superiores e inferiores</i>) (ANEXO V – página 125)	✓
20	Lesão do aparelho locomotor – extremidades; (<i>Fratura exposta de extremidades</i>) (ANEXO V – página 126)	✓
21	Lesão do aparelho locomotor – extremidades; (<i>Amputação traumática</i>) (ANEXO V – página 127)	✓
22	Queimaduras; (<i>Queimadura térmica (calor)</i>) (ANEXO V – página 132)	✓
23	Emergências Obstétricas – trabalho de parto (Anexo IX – páginas 257)	✓
24	Afogamento (ANEXO V – página 320)	✓
25	Trauma de pelve (ANEXO V – página 129)	✓
26	TRM – Trauma Raquimedular (ANEXO V – página 123)	✓
28	Trauma de face (ANEXO V – página 118)	✓
29	Trauma Ocular (ANEXO V – página 119)	✓
30	Pneumotórax aberto – Ferimento aberto no tórax (ANEXO V – página 120)	✓
Geral de protocolos apresentados	<p>Além dos protocolos destacados nos quadros acima, no anexo IX constam ainda os seguintes protocolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> 32 – Emergências Clínicas 23 – Emergências Traumáticas 28 – Procedimentos 37 – Protocolos Especiais 14 – Ginecologia e Obstetrícia 40 – Pediatria 17 – Intoxicação com produtos perigosos 04 – incidentes com múltiplas vítimas 	



II – PROJETOS COM A FINALIDADE DE CONSCIENTIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO MÉTODO DE TRABALHO DO SAMU REGIONAL PERANTE A POPULAÇÃO, INCLUINDO O PROJETO SAMUZINHO
40 (quarenta) Pontos.

NÚMERO DO PROJETO	NOME DO PROJETO	AÇÕES PROPOSTAS PARA EXECUÇÃO DO PROJETO
1	Projeto SAMUZINHO	Meta nº 5
2	Distribuição de panfletos	Meta nº 6.1
3	Distribuição de Cartazes	Meta nº 6.2
4	Banners na Recepção das unidade de Saúde e Pronto Socorro	Meta nº 6.3
5	Palestras para os Profissionais de Saúde	Meta nº 6.4
6	Palestras para os Profissionais de Educação	Meta nº 6.5
7	Palestras para os profissionais da administração municipal	Meta nº 6.6
8	Palestras nas salas de espera da recepção da unidade mista	Meta nº 6.7
9	Realização de Campanhas Preventivas de Doenças Crônicas e Educativas à População	Meta nº 7

III - PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO E DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
20 (vinte) pontos

NÚMERO DA AÇÃO	AÇÃO PROPOSTA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO PROPOSTAS
1	Implantação da Pesquisa de Satisfação do Usuário	Meta nº 4
2	Implantação do Programa de Educação Permanente	Especificado na Meta nº 3
3	Estabelecer reuniões mensais para gestão e cogestão do serviço	Conforme especificado na Meta ° 2.6, haverá reuniões mensais com vista a valorizar e promover o protagonismo, a co-responsabilidade e a autonomia dos sujeitos envolvidos, incluindo os profissionais na tomada de decisão.
4	Estudo da Política Nacional de Humanização - PNH do SUS	Em todas as reuniões mensais entre a coordenação e a equipe, prevista na meta nº 2.6, haverá um momento para debater sobre aspectos relevantes da PNH
	Estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários	Será buscado em todas as esferas do serviço realizado construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde e seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.
6	Promover o trabalho em equipe	Serão consideradas a troca e construção de saberes para melhorar o ambiente de trabalho, promovendo a transdisciplinaridade e a grupalidade.



NÚMERO DA AÇÃO	AÇÃO PROPOSTA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO PROPOSTAS
7	Utilização da informação e da comunicação	Serão utilizados para avaliação do serviço prestado e tomada de decisão quanto a necessidade de readequação de aspectos críticos as informações sistematizadas. Os profissionais serão avaliados nos relatórios de produtividade (meta 2.4) quanto a correta informação dos atendimentos.
8	Foco no cuidado com a infraestrutura da Base e da VTR, com vista a melhorar o ambiente do trabalho	Sendo responsabilidade de Prefeitura a estrutura da Base do SAMU, o Instituto manterá um contato próximo a gestão municipal no sentido de prover as adequações necessárias para que os profissionais tenham plenas condições de desempenhar suas atividades. Além disso buscará estabelecer um espaço saudável, acolhedor e confortável num ambiente acolhedor.
9	Fortalecimento da Rede de Serviços	A coordenação e supervisão estará ativamente envolvida com a rede de serviços, buscando compreender os fluxos, bem como propondo mudanças, buscando estimular que o serviço obtenha alta conectividade entre os diferentes níveis de complexidade de atendimento aos usuários, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência e garantindo a resolução da urgência e emergência.
10	Promover a ética e respeito	Será buscado em todas as esferas do serviço prestado, evidenciar o compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida.
11	Defesa dos direitos dos usuários	Incentivar o conhecimento dos direitos garantidos por lei aos usuários e também assegurando que eles sejam cumpridos nos aspectos de alcance do serviço do SAMU.

IV - CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E DE REALIZAÇÃO DO PROJETO SAMUZINHO NO MUNICÍPIO
20 (vinte) pontos

ETAPAS	AÇÕES PROPOSTAS PARA CUMPRIMENTO DA ETAPA	PRAZO (EM QUANTIDADE DE DIAS) PARA CUMPRIMENTO DA ETAPA
1ª Etapa Divulgação e conscientização do projeto SAMUZINHO	Realizar visitas às escolas entregando fichas e interesse e autorização dos pais.	30
2ª Etapa Capacitação da Equipe Técnica	Realização de capacitação da equipe que atuará como multiplicadores nas escolas e conduzirá as atividades do projeto	30
3ª Etapa Aquisição e disponibilização de materiais necessários para realização efetiva do projeto SAMUZINHO no município	Realizar a impressão dos materiais previamente estabelecidos e apresentados no anexo III.	30
4ª Etapa Realização efetiva do PROJETO SAMUZINHO	Será realizada durante as férias escolares	30
PERÍODO TOTAL EM DIAS		30 dias

Handwritten signatures and initials



ANEXO II - RELAÇÃO DE INDICADORES

Ji
u
D
u
u



2.3. Indicador: Média de atendimentos

- Descrição: Número efetivo de atendimentos de emergência com e/ou sem risco iminente à vida atendidos por equipe especializada. Buscamos o atendimento intensivo com qualidade (eficiência e eficácia) em todos os casos protocolados e regulados.
- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento do SAMU
- Periodicidade: mensal
- Método de cálculo: Número absoluto de atendimentos do mês referência
- Meta: Atender em média de 270 casos/mês através da SBV com risco à vida iminente no menor tempo possível

2.4. Indicador: Tempo Resposta

- Descrição: Realizar atendimento dentro do tempo resposta: máximo de 10 minutos dentro da área urbana. Para cobertura no raio de 100km a tolerância de tempo resposta será de até 01 (uma) hora.
- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento do SAMU
- Periodicidade: mensal
- Método de cálculo:
Número de atendimentos realizados dentro do tempo resposta máximo X 100
Número total de atendimentos no mês de referência
- Meta: Melhoria no atendimento pré-hospitalar com diminuição de mortalidade e das sequelas.

2.5. Indicador: Tempo saída da base

- Descrição: As equipes de atendimento deverão sair da base após acionamento da Central de Regulação em no máximo 30 segundos, durante o período diurno e no máximo 45 segundos no período noturno.
- Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento do SAMU
- Periodicidade: mensal
- Método de cálculo:
Número de atendimentos realizados dentro do tempo de saída previsto X 100
Número total de atendimentos no mês de referência
- Meta: Melhoria no atendimento pré-hospitalar com diminuição de mortalidade e das sequelas.

[Handwritten signatures and initials]

INDICADORES DO SISPACTO MUNICIPAL

Segue abaixo a relação dos indicadores do SISPACTO Municipal no ano de 2018 que se relacionam direta ou indiretamente com o SAMU 192 e que devem ser alcançados com o esforço conjunto da Entidade e da Diretoria de Saúde (a numeração segue o quadro original do SISPACTO):

Indicador 1. - Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 49 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

- Formula de Cálculo: número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local.
- Fonte de informação: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): RIPSAs para estimativas de população por município, sexo e idade 2000-2015
- Periodicidade: anual
- Meta 2018: 21.

Indicador 2 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.

- Formula de Cálculo: **Numerador:** Total de óbitos MIF investigados **Denominador:** total de óbitos MIF **Fator de multiplicação:** 100
- Fonte de informação: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Periodicidade: anual
- Meta 2018: 100%

Indicador 3 - Proporção de registros de óbitos com causa básica definida.

- Formula de Cálculo:
- **Numerador:** Total de óbitos não fetais com causa básica definida **Denominador:** total de óbitos não fetais **Fator de multiplicação:** 100
- Fonte de informação: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Periodicidade: anual
- Meta 2018: 90%

Indicador 13 - Proporção de parto normal no Sistema único de Saúde e na Saúde Suplementar.

- Formula de Cálculo:
- **Numerador:** Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos de mães residentes em determinado local e ano
- **Denominador:** Número de nascidos vivos de todos os partos ocorridos de mães residentes em determinado local e ano
- **Fator de multiplicação:** 100
- Fonte de informação: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
- Periodicidade: anual
- Meta 2018: 45,76

Indicador 15 - Taxa de mortalidade infantil.

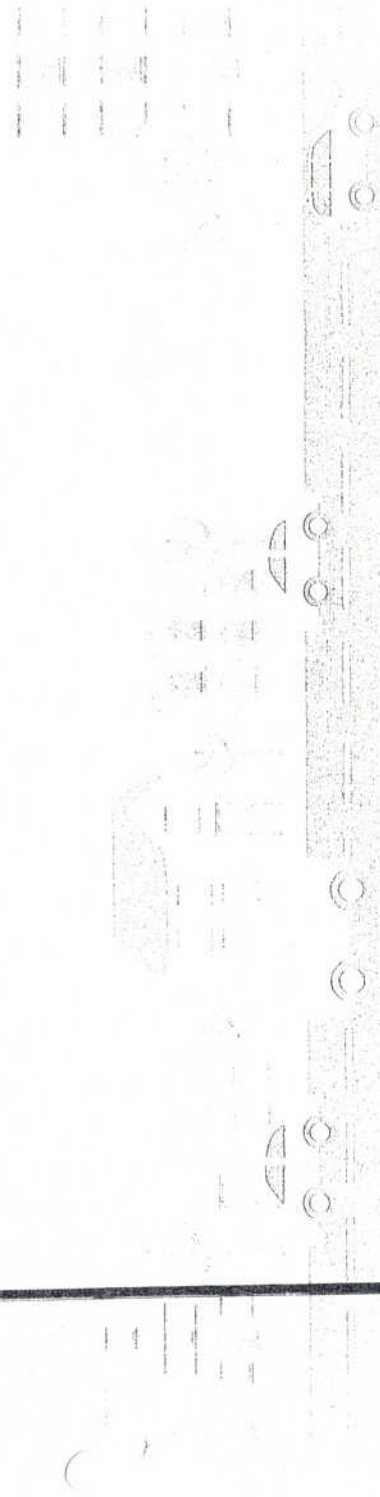
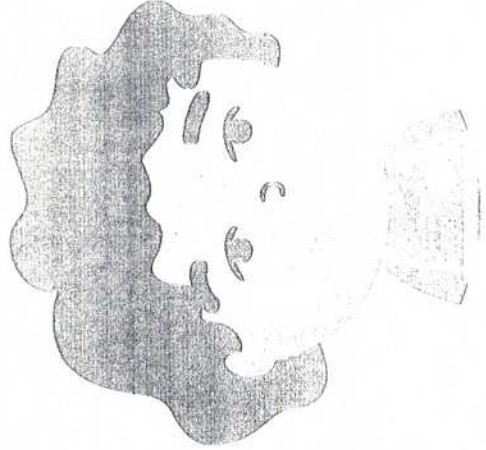
- Formula de Cálculo: número absoluto de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade.
- Fonte de informação: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e SIM
- Periodicidade: anual
- Meta 2018: 0

Indicador 16 - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.

- Formula de Cálculo: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
- Fonte de informação: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
- Periodicidade: anual
- Meta 2018: 0

CIVITAS

POST OFFICE BOX 1000
P.O. BOX 1000



Handwritten text, possibly a signature or initials, located in the bottom right corner of the page. The text is written in a cursive or semi-cursive style and is somewhat difficult to decipher.



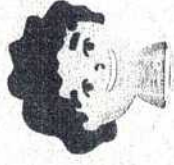
INSTITUTO
CIVITAS

INSTITUTO CIVITAS

Handwritten signature or initials in the bottom left corner.

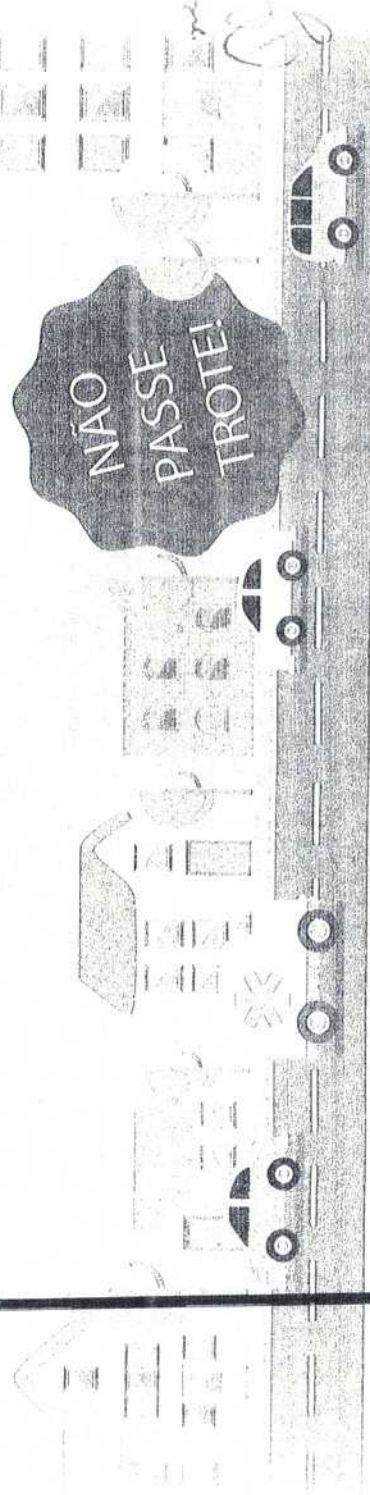
Handwritten signature or initials in the bottom right corner.

PREF. SARAPUÍ
FLS. 2014



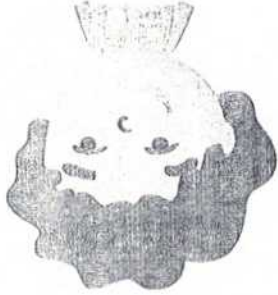
- Problemas respiratórios
- Dores no peito
- Queimaduras graves
- Ocorrências de maus-tratos
- Trabalhos de parto
- Crises hipertensivas
- Acidentes com produtos perigosos
- Acidente de trânsito
- Quedas
- Prevenção e combate a incêndio
- Resgate em Altura
- Acidente de trânsito com vítima presa a ferragens
- Vazamento de gás e produtos perigosos
- Acidente em rede elétrica
- Captura de animais
- Enxame de abelhas
- Desastres

NAO
PASSE
TROLEI



INSTITUTO
CIVITAS

FROM SARAJEVO
PLS. 208



THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



ESTA CARTILHA EDUCATIVA TEM O OBJETIVO DE ORIENTAR AS CRIANÇAS E OS PAIS, DE FORMA DIDÁTICA E DESCONTRAÍDA, SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SAMU PARA A SOCIEDADE. VOCÊ SABIA QUE TROTES PODEM CAUSAR MUITOS TRANSTORNOS E PREJUÍZOS?

O INSTITUTO CORPORE REALIZA A INICIATIVA POIS ACREDITA QUE, DESDE PEQUENOS OS CIDADÃOS DEVEM SER INSTRUÍDOS A SE TORNAREM CRÍTICOS E CONSCIENTES.

ESPERAMOS QUE VOCÊS APROVEITEM AS INFORMAÇÕES!

Handwritten signatures and initials in the bottom left corner.



PAEF. SARINUI
FIS. 2004

S
A
M
U
Z
I
N
H
O

Esperê! Antes vou
ligar para o 192 e
chamar o SAMU

Acho que o
bebê vai nascer
Joãozinho
Chame seu pai!

Alô é do SAMU?
Meu irmão vai
nascer!

Esperê! Antes vou
ligar para o 192 e
chamar o SAMU

Tchau mãe.
Cuidem bem
dele!

Vai ficar
tudo bem,
não se
preocupe

Eu acho que
já vai nascer!
Ai, Ai, Ai

Parabéns!
Você acaba de
dar a luz a uma
menina.
Agora vamos
para o hospital

Gracias a Deus
Muito obrigada!

Foi isso
mesmo querido,
a sua irmã
nasceu na
ambulância!

E eu nem
sabia que
eles também
faziam esses
procedimentos

UAUI

fim

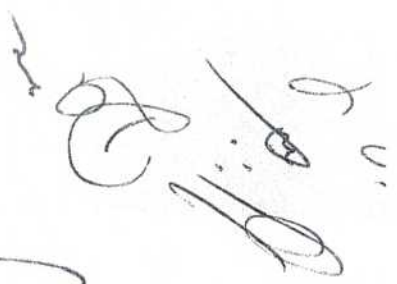
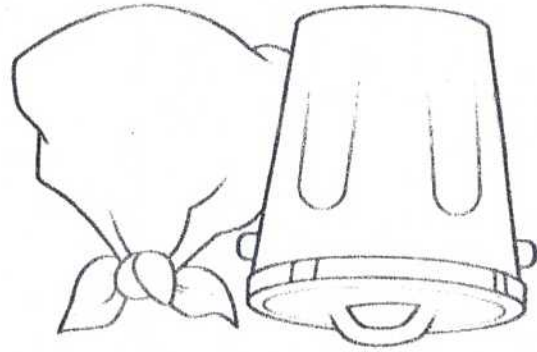
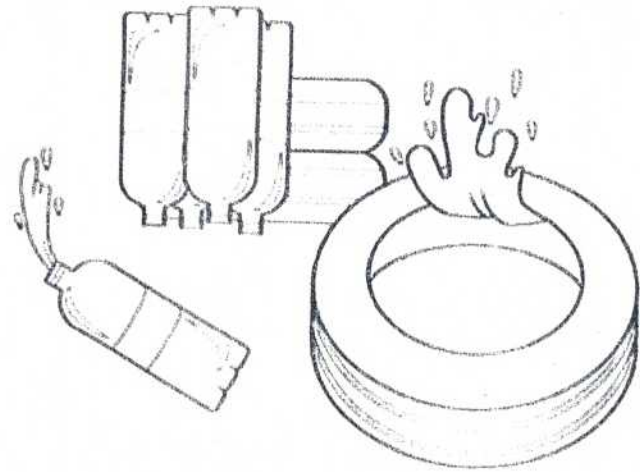


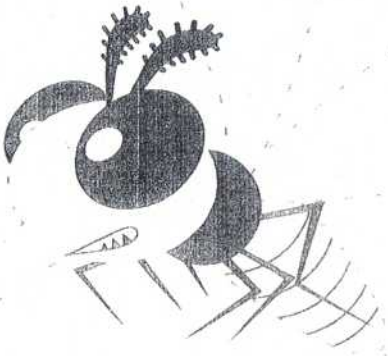
Handwritten signature or scribble at the bottom right of the page.



VINAGRE

PAULINE
P. S. 210p





PREF. SARINJIT
FLS. 212 up



INSTITUTO
CIVITAS
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE

PREF. SARARUÍ
FLS. 130

ANEXO IV - PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including a large signature and some illegible scribbles.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

O presente anexo tem por objetivo apresentar de que maneira está planejado a atividade de monitoramento da satisfação dos usuários no SAMU do município de Sarapuí.

JUSTIFICATIVA

A pesquisa de satisfação do usuário é uma ação prevista do Chamamento Público nº 04/2018 do município de Sarapuí – SP. O monitoramento da satisfação dos usuário é uma atividade básica para o gerenciamento de qualquer serviço e através do uso correto de métodos para sistematizar a percepção dos usuário é possível identificar os pontos críticos do trabalho, analisando com maior precisão aquelas pontos a serem aperfeiçoados nos serviços, centralizando ações corretivas nas questões que realmente impactarão positivamente o resultado final ao usuário.

Dar ao usuário a oportunidade de relatar sua percepção sobre serviço que recebeu, estabelece um canal de comunicação entre a equipe executora e os beneficiários, estreitando esta relação. Sendo assim, realizar a pesquisa de satisfação, por si só, já é um importante elemento para ampliar a qualidade do serviço, visto que contribui para a noção que o usuário pode ter de confiança e credibilidade do trabalho.

Internamente a pesquisa de satisfação, quando elaborada de forma participativa com os trabalhadores envolvidos, também pode ser utilizada como instrumento de gestão e motivação da equipe. O processo de elaboração dos indicadores a serem avaliados, bem como a execução da pesquisa e a sistematização dos resultados obtidos, podem contribuir significativamente para alinhamento das condutas dos profissionais e avaliação coletiva dos processos e atividades que são realizadas.

OBJETIVO GERAL

Monitorar durante o período de outubro de 2018 à setembro de 2019 a satisfação dos usuários perante os serviços prestados no Pronto Socorro Municipal 24hs, município de Nova Veneza - SC, através da realização de pesquisas periódicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir os indicadores a serem avaliados;
- Elaborar questionário para monitoramento dos indicadores estabelecidos;
- Realizar teste dos questionários junto a 10 usuários e fazer ajustes caso necessário;
- Realizar mensalmente coleta de respostas dos usuários;
- Elaborar um sistema para sistematização dos resultados obtidos;
- Elaborar relatório mensal de acompanhamento das pesquisas, contendo gráficos e análises da evolução dos indicadores.

METODOLOGIA

O plano de realização da pesquisa de satisfação está dividido em cinco etapas: definição dos indicadores, elaboração dos questionários, coleta das respostas, sistematização dos dados e análise dos resultados obtidos. Abaixo descreveremos cada uma das etapas deste processo.

A - DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Com base na experiência do Instituto Civitas na execução do Serviço do SAMU, prevê inicialmente os seguintes aspectos a serem monitorados com a realização da pesquisa de satisfação:

- Nome
- Gênero
- Idade
- Tipo de atendimento
- Sobre o tempo em que a ambulância levou para realizar o atendimento
- Sobre os procedimentos realizados pela equipe
- Se ao final do atendimento a equipe orientou corretamente o paciente e/ou os familiares sobre os procedimentos e encaminhamentos a serem realizados

Além destes indicadores, ao final do questionário será acrescentada uma questão para elaboração de um índice de satisfação do usuário. Este índice está pautado no método NPS (Net Promoter Score) uma das principais métricas de satisfação dos clientes no mundo. A metodologia foi criada em 2003 por Fred Reichheld, Bain & Company e Satmetrix (20016) e consiste numa técnica para estipular um índice de satisfação dos usuários para acompanhamento, através da resposta a um questionamento. (20016).

O método é bastante simples de ser aplicado, o usuário deverá responder a duas perguntas:

- Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria nosso serviço para um amigo?
- Gostaria de comentar o por que você deu esta nota?

Para sistematizar o resultado das respostas os pesquisados são divididos em três categorias com base nas notas que dão, abaixo a descrição de cada um deles:

- 9 ou 10: são chamados usuários **promotores**, aqueles que gostam do serviço, estão satisfeitos e tem grandes chances de continuarem a relação. Eles também são importantes divulgadores do serviço para outras pessoas;
- 7 ou 8: são chamados usuários **neutros**, aqueles que são indiferentes ao serviço e não contribuem nem prejudicam com a divulgação do serviço;
- 0 à 6: são chamados de usuários **detratores**, aqueles que estão insatisfeitos com e que não tiveram uma boa relação com o serviço, estes usuários possuem grandes chances de darem depoimentos ruins à outras pessoas.



O índice é calculado da seguinte maneira: percentual de usuários promotores do total respostas obtidas, menos o percentual de usuários detratores do total de respostas obtidas. O percentual de usuários neutros é descartada. O índice então será apresentado como uma nota que varia entre "-100" e "100", que será contabilizada e acompanhada mensalmente para cada serviço. As respostas dadas a questão final serão tabuladas e analisadas também dentro do período estipulado.

B - ELABORAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

As fichas de questões serão elaboradas pela equipe do Instituto Civitas, com a participação da coordenação do serviço, e auxiliadas pelo departamento de consultoria. O questionário conterá os indicadores estabelecidos.

Para o questionário será realizada a aplicação teste com 10 usuários no sentido de identificar se as questões estão inteligíveis e de acordo com o público a ser pesquisado, se a sistematização dos resultados atendem a necessidade da pesquisa e dão respostas confiáveis aos indicadores a serem monitorados.

C - COLETA DAS RESPOSTAS

O processo de coleta das respostas e produção dos dados será realizado através de ligação para o telefone registrado na ficha de atendimento dos pacientes. Tendo como meta a pesquisa com 20 usuários por semana.

O método de resposta adotado permitirá neutralidade em relação as informações preenchidas pelos usuários, possibilitando que ele se manifeste de maneira que considerar mais adequada. Contudo, no caso de não ser atingido a quantidade estimada de respostas por mês a equipe poderá complementar a pesquisa realizando entrevistas diretamente com os usuários.

D - SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados serão tabulados mensalmente por um profissional treinado, que utilizará uma plataforma específica para este fim. Isso permitirá a elaboração de gráficos, bem como dos indicadores necessários para o acompanhamento da satisfação dos usuários.



E - ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS

Mensalmente os dados serão tabulados e quadrimestralmente será elaborado pela coordenação do projeto um relatório analítico dos resultados alcançados no período, neste relatório constará como foi a evolução de cada indicador no período, assim como uma análise do índice de satisfação global do serviços. Estas informações serão levadas para as reuniões da equipe no sentido de encontrar soluções corretivas para as dificuldades apresentadas.

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including a large 'R' and other illegible marks.



INSTITUTO
CIVITAS
TRANSACCIONES Y FINANCIAMIENTO

PREF. SARAPIquí
FLS. 2184

ANEXO V – PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA SAMU 192

[Handwritten signatures and initials]



SAMU
1992

Protocolos de Soporte Básico de Vida

PREP. SANCINQUI
E.L.S. 219

Handwritten notes and signatures:
A large stylized signature.
A smaller signature.
A drawing of a hand holding a pen.
A signature below the drawing.

Créditos

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS
Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências - DAHU
Coordenação Geral da Força Nacional do SUS - CGFNS
Ministro da Saúde: Exmo. Sr. Arthur Chioro
Brasília/ DF, 2014

PRDADI-SUS

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
Projeto: Capacitação dos Profissionais do Sistema Único De Saúde – SUS em Urgências e Emergências

Coordenação Executiva do Projeto

Fausto Pereira dos Santos

Secretário de Atenção à Saúde- SAS/ MS, DF.

Maria do Carmo

Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência - DAHU/MS, DF.

Maria Inez Pordeus Gadelha

Diretora Substituta do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência - DAHU/MS, DF.

Jefferson Gomes Fernandes

Superintendente de Educação e Ciências do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC, SP.

Cleusa Ramos Enck

Superintendente de Desenvolvimento Humano e Institucional do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC, São Paulo, SP.

Letícia Faria Serpa

Gerente do Instituto de Educação e Ciências em Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC, São Paulo, SP.

Ricardo Mendes

Supervisor do Projeto, Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC, São Paulo, SP.

Coordenação Geral - Protocolos

Paulo de Tarso Monteiro Abrahão

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/DAHU/SAS/MS, DF.

Ricardo da Rocha Sales Oliveira

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/DAHU/SAS/MS, DF.

Marisa Amaro Malvestio

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/DAHU/SAS/MS e SAMU 192 São Paulo, SP.

Angela Ribeiro Vargas

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/DAHU/SAS/MS, DF.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signatures

Créditos

Grupo Condutor - Protocolos

Antonio T. Onimaru

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/
DAHU/SAS/MS e SAMU 192 Regional Embu das
Artes, SP.

Carlos Alberto Guglielmi Eid

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/
DAHU/SAS/MS, DF.

Flavio Guimarães Campos

SAMU 192 Brasília, DF.

Jader Gus

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

Kayursula Dantas de Carvalho Ribeiro

SAMU 192 Brasília, DF.

Grupo Técnico - Protocolos

Alexandre Teixeira Trino

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e
outras Drogas/DAET/SAS/MS, DF.

Antonio Fernando Carneiro de Campos Costa

SAMU Salvador, BA.

Benedito Viana de Lira

SAMU 192 Mossoró, RN.

Brenda Karla de Paula

SAMU 192 Brasília, DF.

Camila Cardoso Selau

SAMU 192 Aeromédico, RS.

Carlos Alberto Rangel Peres

SAMU 192 Palmas, TO.

Cibeli de Lina Souza Silveira

SAMU 192 Recife, PE.

Claudio Roberto F. Azevedo

SAMU 192 Regional Fortaleza, CE.

Claus Robert Zeefried

SAMU 192 São Paulo, SP.

Danilo Araujo Guimarães

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/
DAHU/SAS/MS, DF e SAMU 192 Luziânia, GO.

Enio Teixeira Molina Filho

SAMU 192 Maringá, PR.

Enius Freire Versiani

SAMU 192 Regional Montes Claros, MG.

Kelle Regina A. Ribeiro

SAMU 192 Brasília, DF.

Lêda Lima Sobral

SAMU 192 Manaus, AM.

Lissandro Luis Pinto da Silva

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/
DAHU/SAS/MS e SAMU 192 Campinas e SAMU
192 São João da Boa Vista, SP.

Olga Messias Alves de Oliveira

SAMU 192 Brasília, DF.

Silas Lawley Santana

SAMU 192 Sergipe, SE.

Tauá Vieira Bahia

SAMU 192 Salvador, BA.

Francisco das Chagas Pontes Rodrigues

SAMU 192 Brasília, DF.

Francisco de Salles Collet e Silva

Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC, São
Paulo, SP.

Giane Alves Stefani

SAMU 192 Regional Três Colinas, SP.

Gladis Mari Semensato

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

Helena Lopes

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/
DAHU/SAS/MS, DF.

Israel Silveira Paniago

SAMU 192 Rondonópolis, MT.

Ivan de Mattos Paiva Filho

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/
DAHU/SAS/MS e SAMU 192 Metropolitano de
Salvador, BA.

João Ricardo Simczak

SAMU 192 Brasília, DF.

José Caruso

SAMU 192 São Paulo, SP.

José Eduardo Cury

SAMU 192 Campo Grande, MS.

Julia Maria de Oliveira Duarte

SAMU 192 Brasília, DF.

Créditos

Grupo Técnico - Protocolos

Julio Espinel

SAMU 192 Porto Alegre, RS.

Karine Dutra

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAET/SAS/MS, DF.

Katrusula Dantas de C. Ribeiro

SAMU 192 Brasília, DF.

Keia Kikushi

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAET/SAS/MS, DF.

Kelle Regina A. Ribeiro

SAMU 192 Brasília, DF.

Larissa de Andrade Gonçalves

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAET/SAS/MS, DF.

Lêda Lima Sobral

SAMU 192 Manaus, AM.

Luciana Machado Coelho

SAMU 192 Baixada Fluminense, RJ.

Mairon de Paula Vargas

SAMU 192 Rio Grande do Sul, RS.

Martelo Alessandro Costa da Silva

SAMU 192 Tucuruí, PA.

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAET/SAS/MS, DF.

Rafael Vinhal da Costa

SAMU 192 Brasília, DF.

Ramem Tartari

SAMU 192 Santa Catarina, SC.

Reinaldo Del Pozzo

SAMU 192 São Paulo, SP.

Renata Calheiros Viana

SAMU 192 Brasília, SP.

Ricardo Furtado de Mendonça

SAMU 192 Goiânia, GO.

Roberto Tykanori Kinoshita

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAET/SAS/MS, DF.

Robert Stephen Alexander

SAMU Vitória, ES.

Rodrigo Luiz da Silva Gasparelle

SAMU 192 Tucuruí, PA.

Rodrigo Wilson de Souza

Coordenação Geral da Força Nacional do SUS/ DAHU/SAS/MS, DF.

Rogério Welbert Ribeiro

SAMU 192 Regional Três Colinas, SP.

Sandra de Nazaré Costa Monteiro

SAMU 192 Brasília, DF.

Thaís Soboslai

CGMAD/MS, DF.

Tiago Silva Vaz

SAMU 192 Brasília, DF.

Ubirajara Picanço

SAMU 192 Brasília, DF.

Valéria Campos de Oliveira Murta

SAMU 192 Belo Horizonte, MG.

Zelinda Torri

SAMU 192 Brasília, DF.

PREF. SARAPUI
FLS. 220up

Créditos

Grupo Técnico – Fotografias e Imagens

Alberto Moreira Leão

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Denise Guimarães Ferreira

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Enza Maria Lucio Marcelino Yamamoto

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Leonardo Ilói Felisberto

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Lucimara Marques Romani

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Rogério Sequetin

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Silvana Maria Duarte Calixto

SAMU 192 Guarulhos, SP.

Instituto de Educação e Ciências em Saúde IECS do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Equipe Técnica

Aline Antonia da Silva Lira

Bibliotecária, IECS/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz- HAOC, São Paulo, SP.

Cauê Tarelho Zoppe

Analista de Ensino, IECS/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz- HAOC, São Paulo, SP.

Débora Scheskel

Pedagoga, IECS/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz- HAOC, São Paulo, SP.

Giovana de Souza Bonetti

Analista de Comunicação e Relacionamento, IECS/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz- HAOC, São Paulo, SP.

Thiago Vilarova Tredicci

Analista de Ensino, IECS/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz- HAOC, São Paulo, SP.

Wellington Leite

Técnico Audiovisual, IECS/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz- HAOC, São Paulo, SP.

Créditos

Grupo Técnico - Protocolos 2015 - 2016

Adson José Martins Vale
SAMU Natal
Alberto Moreira Leão
SAMU Guarulhos
Ana Cristina Lopes Machado
SAMU DF
Antonio Onimaru
CGUE/MS
Benedito Vieira de Lira
SAMU Mossoró
Brenda Karla de Paula
SAMU DF
Carlos Alberto Gugliemi Eid
CGUE/MS
Caio Tarelho Zoppe
HAOC
Cibele Vasconcelos de Castro
SAMU DF
Claudio Azevedo
SAMU Fortaleza
Clau Robert Zeefried
SAMU SP
Cristina de Faccio Paolozzi
CGUE/MS
Daniel Souza Lima
SAMU Ceará
Danilo A. Guimarães
CGUE/Ministério da Saúde
Edison Vale
CGFMS/MS
Elaine Medina N. e Silva
SAMU DF
Flávia Guimarães Campos
SAMU DF
Francisco das Chagas Pontes
SAMU DF
Francisco de Assis Pereira Filho
SAMU Diadema

Giane Alves Stefani
SAMU Franca
Gilmar Benedito de Souza Junior (imagens MOTO3)
SAMU Guarulhos
Humberto Pereira de Souza
SAMU DF
Ione Melo
CGSCAM/MS
Ivan de Mattos Paiva Filho
SAMU Salvador
Jader Gus
SAMU POA
João José de Godoi
CFAB - SP
João Ricardo Simczak
SAMU DF
Jorge Michel Ribera
GRAU SP
José Alexander de Albuquerque Freixo
Polícia Militar do Estado de São Paulo
José Tarcisio P. Buschinelli
Santa Casa - SP
Julia Maria O. Duarte
SAMU DF
Karine Cruz
CGMAD - MS
Kayursula D.C. Ribeiro
SAMU DF
Kelle Regina A. Ribeiro
SAMU DF
Leda Lima Sobral
SAMU Manaus
Ligia Fruchtengarten
CCI - SP
Lígia Spinel
HAOC
Lissandro L. P. da Silva
CGUE/Ministério da Saúde

BRASIL
SAMU 192
192
224up

RECEBUEMOS
EM 02/08/2014
N.º 225wf

Créditos

Grupo Técnico - Protocolos 2015 - 2016

Luciana A. Barbuio

CGUE/MS

Lucimar Aparecida Françoso

SAMU SP

Marcelo Conrado dos Reis

CGSCAM/Ministério da Saúde

Marco Aurélio Rangel

SAMU DF

Marcos Paulo Braz de Paula

SAMU DF

Marisa Amaro Malvestio

CGUE/Ministério da Saúde

Mauro de Souza Teixeira

CETESB - SP

Michele Petersen

SAMU Sorocaba

Monica B. O. Libardi

SAMU DF

Nildenice C. de Farias

SAMU DF

Olga Messias A. de Oliveira

SAMU DF

Oswaldo Alves Bastos Neto

SAMU Salvador

Patricia Drumond Ciruffo

ABRACIT

Petrus C. B. Sanches

SAMU DF

Rafael Vinhal da Costa

SAMU DF

Renata C. C. Viana

SAMU DF

Renata S. Reis

CGSM/MS

Ricardo Mendes

HAOC

Robert S. Alexander

SAMU Vitória

Roberto Tiska Bueno

SAMU São Leopoldo

Rodrigo Caselli Belém

SAMU DF

Rodrigo Nicácio Santa Cruz

SAMU Cascavél

Rogério Welbert Ribeiro

SAMU Franca

Sandra de N. Monteiro

SAMU DF

Sérgio Graff

Sergio T. M. Marba

CGSCAM/Ministério da Saúde

Simone de Campos Vieira Abib

UNIFESP

Tarcisio Buschinelli

FUNDACENTRO

Tauá Vieira Bahia

SAMU Salvador

Thais Soboslai

CGMAD - MS

Tiago Silva Vaz

SAMU DF

Valéria Murta

SAMU BH

Valmir da Silva Lecca

SAMU SP

Zelinda Torri

SAMU DF

Grupo Técnico - Design e Multimídia

Laura Camilo

Criação e direção de arte

Fábio Andrade

Autoração multimídia e diagramação

Ficha Catalográfica

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
BIBLIOTECA
19/08/2016

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

1. Emergências Clínicas. 2. Emergências Traumáticas. 3. Emergências Pediátricas. 4. Emergências Obstétricas. 5. Procedimentos. 6. Protocolos Especiais.

CDD 616.0252

CDU 616-083



PRÉF. SAMU
 TISS: 227up

Apresentação

Com pouco mais de 10 anos de existência o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 se afirma como mais uma potente instituição do SUS, capaz de ligar todos os pontos de atenção da Rede de Urgência. Suas Centrais de Regulação, distribuídas no território nacional, disponibilizam acolhimento e resposta às solicitações de atendimento de mais de 75% da população.

Só em 2014, a previsão é que 13,6 milhões de solicitações de atendimento cheguem às Centrais de Regulação das Urgências e a resposta às necessidades desses cidadãos será realizada por mais de 55 mil profissionais de saúde que atuam no SAMU 192. Para isso, esses profissionais contam com unidades de suporte básico, unidades de suporte avançado, motolâncias, ambulâncias e unidades aeromédicas habilitadas e disponíveis.

Esses profissionais exercitam diariamente uma luta em favor da saúde dos cidadãos e enfrentam toda a sorte de urgências, do parto à parada cardiorrespiratória, da crise convulsiva ao politraumatizado, da intoxicação à queimadura, da dor no peito à hipoglicemia e muito mais. É um verdadeiro desafio diário na busca por uma oferta de ações de saúde de qualidade.

Diante dessa variabilidade e imprevisibilidade, para uma resposta pronta, eficaz e no momento oportuno, esses profissionais precisam muito mais do que ambulâncias, materiais e equipamentos. A boa estruturação, uma gestão eficiente, educação permanente e ferramentas modernas de condução das ações e de apoio à tomada de decisão, podem auxiliar muito.

O Ministério da Saúde tem efetivado ações que buscam o desenvolvimento institucional do SUS com intervenções tecnológicas, gerenciais e de capacitação por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) com a ajuda de importantes parceiros. Para o SAMU e a Rede de Urgência, dentre as várias ações de impacto que estão sendo desenvolvidas destacam-se a Capacitação Nacional dos Profissionais do SUS que já alcançou mais de 15 mil profissionais do SAMU e a elaboração dos "Protocolos de Intervenção para o SAMU 192".

Essas ações se complementam e preparam o caminho necessário para a disponibilização da melhor prática e consequentemente do alcance de melhores resultados de saúde.

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.

Nesse momento importante da evolução do SUS, apresento o 1º grupo de **Protocolos Nacionais de Intervenção para o SAMU 192** para as modalidades de Suporte Avançado e Suporte Básico lançado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz por meio do PROADI. São temas relevantes que foram selecionados por seu impacto na morbimortalidade, sua frequência como motivo de solicitação ou sua importância para a estruturação dos serviços ou da Rede. O 2º Grupo de protocolos já está em desenvolvimento e seu lançamento, para complementação do material ora lançado, está previsto para o início de 2015.

Os Protocolos Nacionais de Intervenção para o SAMU 192 foram construídos a partir da análise de experiências nacionais e internacionais de desenvolvimento de protocolos, da análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional das diferentes categorias envolvidas no cuidado e sua base fundamental foi composta pela literatura científica mais recente sobre cada tema.

Apresentação

A condução dos trabalhos foi realizada por meio de um processo colaborativo, de análise das evidências e compartilhamento de experiências que contou com a presença de profissionais médicos e enfermeiros, representantes de serviços diferentes e provenientes de todas as regiões do país. Esses profissionais trabalharam intensamente, reunidos em grupos temáticos entre Abril a Setembro de 2014 em cinco oficinas presenciais apoiadas por técnicos das áreas temáticas de interesse do Ministério da Saúde, técnicos das linhas de cuidado e sob coordenação dos técnicos da Coordenação Geral da Força Nacional do SUS (CGFNS). Esse compartilhamento permitiu uma construção de consenso, sólida, representativa e com alto potencial de reprodução e aceitação das recomendações pelos diferentes serviços do país.

Nesse cenário, esta 1ª edição dos **Protocolos Nacionais de Intervenção para o SAMU 192** se concretiza como mais um esforço na busca pelo melhor cuidado aos pacientes em situação de urgência.

A configuração estrutural do material impresso permite consulta rápida, fácil atualização e incorporação de novos protocolos, o que permitirá rápido desenvolvimento de novos temas complementares. Esforços estão sendo feitos para a incorporação destes protocolos no software de Regulação, além da elaboração de um aplicativo para consulta rápida via celular para que os profissionais contem com mecanismos modernos de apoio à tomada de decisão diante de situações complexas do dia-a-dia.

Com a ajuda das ações de Educação Permanente, tais protocolos auxiliarão não apenas na determinação de um padrão de assistência, mas de fluxos assistenciais desde a regulação até a intervenção, com forte impacto na gestão dos serviços por favorecerem a geração de indicadores, a incorporação de tecnologias e a avaliação dos resultados.

Os Protocolos Nacionais de Intervenção para o SAMU chegarão a cada serviço do país, apresentando uma descrição da melhor prática profissional no âmbito pré-hospitalar sem desprezar a autonomia do profissional e dos serviços. Os serviços que disponibilizam outras tecnologias e já desenvolveram protocolos adicionais poderão contribuir com sua experiência para a atualização da presente edição e para o crescimento e desenvolvimento dos demais serviços e do atendimento pré-hospitalar do país.

Estamos avançando. Com muito orgulho.

Fausto Pereira dos Santos
Secretário de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

PAEF SAMU
NLS. 229

Orientações Gerais

A configuração estrutural deste material foi desenvolvida para permitir atualização dos protocolos existentes e incorporação de novas unidades nos diferentes agrupamentos de interesse, a qualquer momento.

Cada serviço SAMU 192 receberá uma unidade impressa das pastas (SBV e SAV) contendo os protocolos já finalizados para consulta. Esses mesmos arquivos poderão ser baixados em PDF do site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) ou acessados a partir de aplicativo para celular.

Os serviços que já possuem protocolos ou outras tecnologias adicionais incorporadas, poderão utilizar esse material como consulta e contribuir com sua experiência para a atualização da presente edição e para o crescimento e desenvolvimento dos demais serviços e do atendimento pré-hospitalar do país.

Temos muitas áreas de atuação e em expansão no SAMU 192: veículos de intervenção rápida, motolância, aeromédico, veículos fluviais e marítimos, incidentes de múltiplas vítimas, grandes eventos, acidentes QBRN (químicos, biológicos, radiológicos e nucleares) e outros. Vivemos uma transição demográfica e epidemiológica e é preciso manter atenção às novas áreas e suas demandas. Há muitos de nós com experiência nesses diferentes temas. Precisamos compartilhar nossas experiências e ideias.

Os profissionais do SAMU 192 e do atendimento pré-hospitalar poderão colaborar com o desenvolvimento desse material enviando suas críticas e sugestões para o email:

protocolos.samu@saude.gov.br

As contribuições serão avaliadas em reuniões técnicas. Esse é o compromisso que assumimos com o desenvolvimento desse material, para que ele se torne representativo da experiência brasileira em APH e referência para seus profissionais, além de um elo entre a intervenção, a educação permanente e a gestão dos serviços.

Aguardamos sua colaboração.

Equipe Técnica

PREP. SAMU
FLS. 2004

Sumário

PROTOCOLOS SBV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS		
BC1	Avaliação primária do paciente (agravo clínico)	
BC2	Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)	
BC3	OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpo estranho	
BC4	Parada respiratória no adulto	
BC5	PCR e RCP – Guidelines AHA 2015	
BC6	Interrupção da RCP	
BC7	Cuidados pós-RCP no adulto	
BC8	Decisão de não ressuscitação	
BC9	Algoritmo geral de PCR-RCP SBV – Guidelines AHA 2015	
BC10	Insuficiência respiratória do adulto	
BC11	Choque	
BC12	Dor torácica não traumática	
BC13	Crise hipertensiva	
BC14	AVC - Acidente vascular cerebral	
BC15	Inconsciência	
BC16	Crise convulsiva no adulto	
BC17	Hipotermia	
BC18	Hiperglicemia	
BC19	Hipoglicemia	
BC20	Dor abdominal não traumática	
BC21	HDA - Hemorragia digestiva alta	
BC22	HDB - Hemorragia digestiva baixa	
BC23	Reação alérgica-Anafilaxia	
BC24	Epistaxe	
BC25	Hemoptise	
BC26	Manejo da dor no adulto	
BC27	Cólica nefrética	
BC28	Manejo da crise em saúde mental	
BC29	Agitação e situação de violência	
BC30		Atual BTox 3
BC31		Atual BTox 2
BC32	Autoagressão e risco de suicídio	

PREF. SARAPUÍ
 FLS. 231

Sumário

PROTOCOLOS SBV EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS		
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	
BT3	Avaliação da cinemática do trauma (Padrão básico de lesões)	
BT4	Choque	
BT5	Trauma cranioencefálico	
BT6	Trauma de face	
BT7	Trauma ocular	
BT8	Pneumotórax aberto - Ferimento aberto no tórax	
BT9	TAA - Trauma abdominal aberto	
BT10	TAF - Trauma abdominal fechado	
BT11	TRM - Trauma raquimedular	
BT12	Trauma de membros superiores e inferiores	
BT13	Fratura exposta de extremidades	
BT14	Amputação traumática	
BT15	Trauma de pelve	
BT16	Síndrome do esmagamento	
BT17	Síndrome compartimental	
BT18	Queimadura térmica (calor)	
BT19		Atual BTox 4
BT20		Atual BTox 5
BT21		Atual BTox 6
BT22	Afogamento	
BT23		Atual BTox13

Handwritten signatures and initials:
 [Signature] [Initials] [Initials]

Sumário

PROTOCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SBV	
BP1	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: abertura manual das vias aéreas
BP2	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração
BP3	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: cânula orofaríngea (COF)
BP4	Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio
BP5	Dispositivos para oxigenoterapia: máscara facial não-reinalante com reservatório
BP6	Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi
BP7	Oximetria
BP8	Controle de hemorragias: compressão direta da lesão
BP9	Controle de hemorragias: torniquete
BP10	Aferição de sinais vitais: pressão arterial
BP11	Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca
BP12	Aferição de sinais vitais: frequência respiratória
BP13	Aferição de sinais vitais: temperatura
BP14	Escala de Coma de Glasgow
BP15	Escala pré-hospitalar de AVC de Cincinnati
BP16	Avaliação da glicemia capilar
BP17	Colocação do colar cervical
BP18	Imobilização sentada – Dispositivo tipo colete (KED)
BP19	Retirada de pacientes: retirada rápida (1 ou 2 profissionais)
BP20	Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais)
BP21	Remoção de capacete
BP22	Rolamento em bloco 90°
BP23	Rolamento em bloco 180°
BP24	Pranchamento em pé (3 profissionais)
BP25	Pranchamento em pé (2 profissionais)
BP26	Técnica de acesso venoso periférico
BP27	Contenção Física
BP28	AVDI
BP29	
BP30	

Sumário

PROTOSCOLOS ESPECIAIS EM SBV		
PE1	Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena	
PE2	Regras gerais de biossegurança	
PE3	Práticas para a segurança do paciente	
PE4	Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU	
PE5	Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU	
PE6	Regras gerais na condução de ambulância	
PE7	Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via	
PE8	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância	
PE9	Consentimento para tratamento de paciente menor de idade	
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 paciente sem condição de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)	
PE14	Atendimento a paciente que recusa atendimento e/ou transporte	
PE15	Recebimento de ordens de autoridades policiais, outras autoridades na cena	
PE16	Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço	
PE17	Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime	
PE18	Cuidados com pertences de pacientes	
PE19	Dispensa de pacientes na cena	
PE20	Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto	
PE21		Atual AERO
PE22	Sistematização da passagem do caso para a regulação médica	Em finalização
PE23	Limpeza concorrente da ambulância: Hipoclorito e álcool	
PE24	Limpeza concorrente da ambulância	
PE25	Limpeza na presença de matéria orgânica	
PE26	Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192	
PE27	Identificação do óbito por equipes do SAMU 192	

PR. PREF. SARAPUI
 Nº. 234uf

Sumário

PROTOSCOLOS ESPECIAIS		
PE28	Código Q e alfabeto fonético	Em finalização
PE29	Acidente de trabalho com material biológico	
PE30	Acidente de trabalho: outros acidentes (não biológicos)	
PE31	Solicitação de apoio do SAV, SBV e/ou Resgate	Em finalização
PE32		Atual BTox 16
PE33	Suspeita de maus tratos/abuso/negligência	Em finalização
PE34		
PE35	Anotações na ficha de atendimento	Em finalização
PE36	Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SBV	
PE37	Interceptação por SAV	Em finalização
PROTOSCOLOS SBV GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
BGO1	Assistência ao trabalho de parto não expulsivo	
BGO2	Assistência ao trabalho de parto iminente	
BGO3	Assistência ao parto consumado	
BGO4	Assistência ao trabalho de parto prematuro	
BGO5	Assistência ao parto iminente distócico	
BGO6	Hemorragia gestacional	
BGO7	Hemorragia puerperal	
BGO8	Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia	
BGO9	Trauma na gestante	Em finalização
BGO10	PCR na gestante	Em finalização
BGO11	Hemorragias ginecológicas	Em finalização
BGO12		
BGO13		
BGO14		

TIPO DE PROVA
 192, 235 up

Sumário

PROCOLOS SBV PEDIATRIA		
BPed 1	Parâmetros pediátricos	
BPed 2	Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
BPed 3	Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
BPed 4	OVACE na criança	
BPed 5	OVACE no bebê	
BPed 6	Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico	
BPed 7	PCR e RCP no bebê e na criança	
BPed 8	Cuidados pós-ressuscitação	
BPed 9	Algoritmo geral de RCP pediátrica – Suporte básico	
BPed 10	Assistência ao RN que nasce bem	
BPed 11	Reanimação neonatal	
BPed 12	Choque	
BPed 13	Insuficiência respiratória aguda	
BPed 14	Rebaixamento do nível de consciência	
BPed 15	Crise convulsiva	
BPed 16	Hipotermia	Em finalização
BPed 17	Hiperglicemia	
BPed 18	Hipoglicemia	
BPed 19	Anafilaxia	
BPed 20	Febre	
BPed 21	Vômitos	
BPed 22	Epistaxe	
BPed 23	Manejo da dor	
BPed 24	Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BPed 25	Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BPed 26	Especificidades da criança vítima de trauma	Em finalização
BPed 27	Afogamento	
BPed 28	Queimaduras	
BPed 29	Manobras manuais de vias aéreas	
BPed 30	Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)	
BPed 31	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Aspiração	
BPed 32	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - Cânula Orofaringea (COF) – Guedel	

[Handwritten signatures and initials]

Sumário

PROTOSCOLOS SBV PEDIATRIA		
BPed 33	Colar cervical	
BPed 34	Imobilizações pediátricas	
BPed 35	Imobilização em cadeirinha	
BPed 36	Imobilização em prancha	
BPed 37	KED	
BPed 38		
BPed 39		
BPed 40		
PROTOSCOLOS SBV - INTOXICAÇÕES E PRODUTOS PERIGOSOS		
BTox 1	Intoxicações: medidas gerais	
BTox 2	Intoxicação por drogas de abuso	
BTox 3	Intoxicação e abstinência alcoólica	
BTox 4	Inalação de fumaça	
BTox 5	Intoxicação por monóxido de carbono	
BTox 6	Intoxicação por organofosforados e carbamatos	
BTox 7		
BTox 8	Intoxicação por plantas	Em finalização
BTox 9	Intoxicação por medicamentos depressores	
BTox 10	Exposição a solventes	
BTox 11	Exposição a corrosivos	
BTox 12	Descontaminação	
BTox 13	Acidentes com Animais Peçonhentos	
BTox 14	Primeiro na Cena com Produtos Perigosos	
BTox 15	Identificação do Produto Perigoso	
BTox 16	Produtos Perigosos - Princípios Gerais	
BTox 17		
BTox 18		
BTox 19		

PREF. SARAPUI
FLS. 274

Sumario

PROTOCOLOS SBV - INCIDENTES MÚLTIPLAS VÍTIMAS	
BMV1	Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de IMV
BMV2	Atribuições da equipe de SBV ao chegar na cena de um IMV em andamento
BMV3	Triagem de múltiplas vítimas
BMV4	Triagem de múltiplas vítimas: crianças
BMV5	
BMV6	
BMV7	
BMV9	
BMV10	
PROTOCOLOS SBV - MOTOLÂNCIA	
MOTO 1	Regras gerais de biossegurança para motolância
MOTO 2	Atribuições e responsabilidades específicas do condutor da motolância
MOTO 3	Carta de sinais para deslocamento de motolâncias
MOTO 4	Regras específicas de deslocamento da motolância
MOTO 5	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a motolância
MOTO 6	Regras gerais para deslocamento de motolâncias em comboio
MOTO 7	
MOTO 8	
MOTO 9	

[Handwritten signatures and initials]

Lista de Siglas

PREF. SARADUI
FLS. 238uf

PROTOSCOLOS SBV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

AESP	Atividade Elétrica Sem Pulso
AM	Ambulância
APH	Atendimento pré-hospitalar
AVC	Acidente vascular cerebral
BVM	Bolsa-valva-máscara
DEA	Desfibrilador Externo Automático
EAP	Edema Agudo de Pulmão
ECG	Eletrocardiograma
EPI	Equipamento de proteção individual
FV	Fibrilação Ventricular
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IM	Intramuscular
IO	Intraóssea
IOT	Intubação orotraqueal
IV	Intravenoso
KED	Kendrick Extrication Device
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MV	Murmúrio vesicular
OVACE	Obstrução de vias aéreas por corpo estranho
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
PCR	Parada cardiorrespiratória
PR	Parada respiratória
PIC	Pressão intracraniana
RCP	Ressucitação cardiopulmonar
RL	Ringer lactato
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMPLA	Sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente.
SatO ₂	Saturação de oxigênio

DR. SARADUI
No. 239 uf

Lista de Siglas


SAV	Suporte Avançado à Vida
SBV	Suporte Básico à Vida
Tax	Temperatura axilar
TBP	Tromboembolismo Pulmonar
TVSP	Taquicardia Ventricular Sem Pulso
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TRM	Traumatismo raquimedular
VA	Vias aéreas
35	Segurança de cena, Segurança do paciente, Biossegurança

[Handwritten signatures and initials]

SBV Clínico

BB

Handwritten marks

PRER. SARADUI
FLS. 243 

BC1 – Avaliação primária do paciente (agravo clínico)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:
Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico.

Conduta:

1. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e expansão torácica:
 - se não responsivo e sem movimentos respiratórios, checar pulso central:
 - se pulso ausente, iniciar Protocolo BC5 (PCR); e
 - se pulso presente, abrir VA com manobras manuais (hiperextensão da cabeça e elevação do queixo) 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 via aérea (VA) e corrigir situações de risco com: hiperextensão da cabeça e elevação do queixo, cânula orofaríngea, aspiração e retirada de próteses, se necessário.
3. Avaliar ventilação:
 - padrão ventilatório;
 - simetria torácica;
 - frequência respiratória; e
 - considerar a administração de O₂.
4. Avaliar estado circulatório:
 - presença de hemorragias externas de natureza não traumática;
 - pulsos periféricos ou centrais: frequência, ritmo, amplitude, simetria;
 - tempo de enchimento capilar;
 - pele: coloração e temperatura; e
 - na presença de sangramento ativo, considerar compressão direta, se possível.
5. Avaliar estado neurológico:
 - Escala de Coma de Glasgow; e
 - avaliação pupilar: foto-reatividade e simetria.

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 uso dispositivos de abertura de via aérea.
- Repetir avaliação primária durante o transporte.

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 a entrevista SAMPLA (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;
- P: passado médico – problemas de saúde ou doença prévia;
- L: horário da última ingestão de líquidos ou alimentos; e
- A: ambiente do evento.

2. Realizar a avaliação complementar:

- instalar 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:**
 - observar abdome distendido.
- **Membros superiores:**
 - observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros; e
 - avaliar a força motora, solicitando que o paciente aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.
- **Membros inferiores:**
 - observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar); e
 - avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.

BC2 – Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)**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.



BC3 – OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos

PR. III. SARACI
FLS. 243

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: Paciente capaz de responder se está engasgado. Consegue tossir, falar e respirar.
 - obstrução grave: Paciente consciente e que não consegue falar. Pode não respirar ou apresentar respiração ruidosa, tosse silenciosa e/ou inconsciência.
2. Considerar abordagem específica.
 - obstrução leve em paciente responsivo:
 - não realizar manobras de desobstrução (não interferir);
 - acalmar o paciente;
 - incentivar tosse vigorosa;
 - monitorar e suporte de O₂, se necessário;
 - observar atenta e constantemente; e
 - se evoluir para obstrução grave: ver item obstrução grave.
 - 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 obesas 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 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 não encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente; e
 - 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.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
EQUIPE DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS
TEL: 2464-1111
[Handwritten signature]

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.
1. Se não responsivo e respiração ausente ou gasping, posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
2. Solicitar ajuda (DEA).
3. Checar pulso central (carotídeo) em 10 segundos.
 - se pulso presente:
 - abrir via aérea e aplicar 1 insuflação com bolsa valva-máscara.
 - 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 O₂ alto fluxo (10 a 15l/min) na bolsa valva-máscara;
 - 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. Na ausência de pulso, iniciar RCP com compressões torácicas eficientes e seguir Protocolo BC5; e
 - manter atenção para a ocorrência de PCR (Protocolo BC5).
 - se pulso ausente:
 - iniciar RCP com compressões torácicas eficientes e seguir Protocolo BC5.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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).

[Handwritten signatures and initials]

BC5 – PCR RCP em adultos (*Guidelines AHA 2015*)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente inconsciente, respiração ausente ou em *gasping*, sem pulso central palpável.

Conduta

1. Checar a 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 em *gasping* e:
 - Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Siga o Protocolo BC4 (Parada respiratória);
 - Pulso AUSENTE: informar imediatamente à Central de Regulação Médica, solicitando apoio (caso ainda não o tenha feito) e iniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
5. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, 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 seg cada e com visível elevação do tórax) com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio 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; e
 - Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque.
7. Se choque for indicado:
 - 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.
8. Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA:
 - Se choque for indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações;
 - Se choque não for indicado, checar pulso carotídeo e, se pulso ausente, reiniciar imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações.
9. Checar novamente o ritmo após 2 minutos (considerar possibilidades do item 8);

BC5 – PCR RCP em adultos (Guidelines AHA 2015)

10. Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:
 - A chegada do SAV;
 - A chegada ao hospital ou
 - A vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento);
11. Se retorno à circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós-RCP (BC7);
12. Na ausência de retorno a circulação espontânea ou outras condições de risco, considerar Protocolo de Interrupção da RCP (BC8).
13. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
14. Registrar achados e procedimentos na ficha/boletim de ocorrência.

Observações

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:
 - Mãos entrelaçadas;
 - Deprimir o tórax em pelo menos 5 cm (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 eficientes e de boa qualidade compreendem:
 - Insuflação de 1 segundo cada
 - 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.

PREF. SARADUI
FLS. 247 up

BC6 – Interrupção da RCP

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 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.

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.

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.

PREF. SARADUI
FLS. 2480**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 $\text{SatO}_2 \geq 94\%$;
 - se em Parada Respiratória, iniciar com 10 a 12 insuflações/min com bolsa valva-máscara; e
 - não hiperventilar.
3. Avaliar sinais vitais.
4. Realizar ECG de segunda opinião – Telecárdio.
5. Controlar glicemia.
6. Manter atenção para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP.
7. Preparar para o transporte.
8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

BC8 – Decisão de não Ressuscitação

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 sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

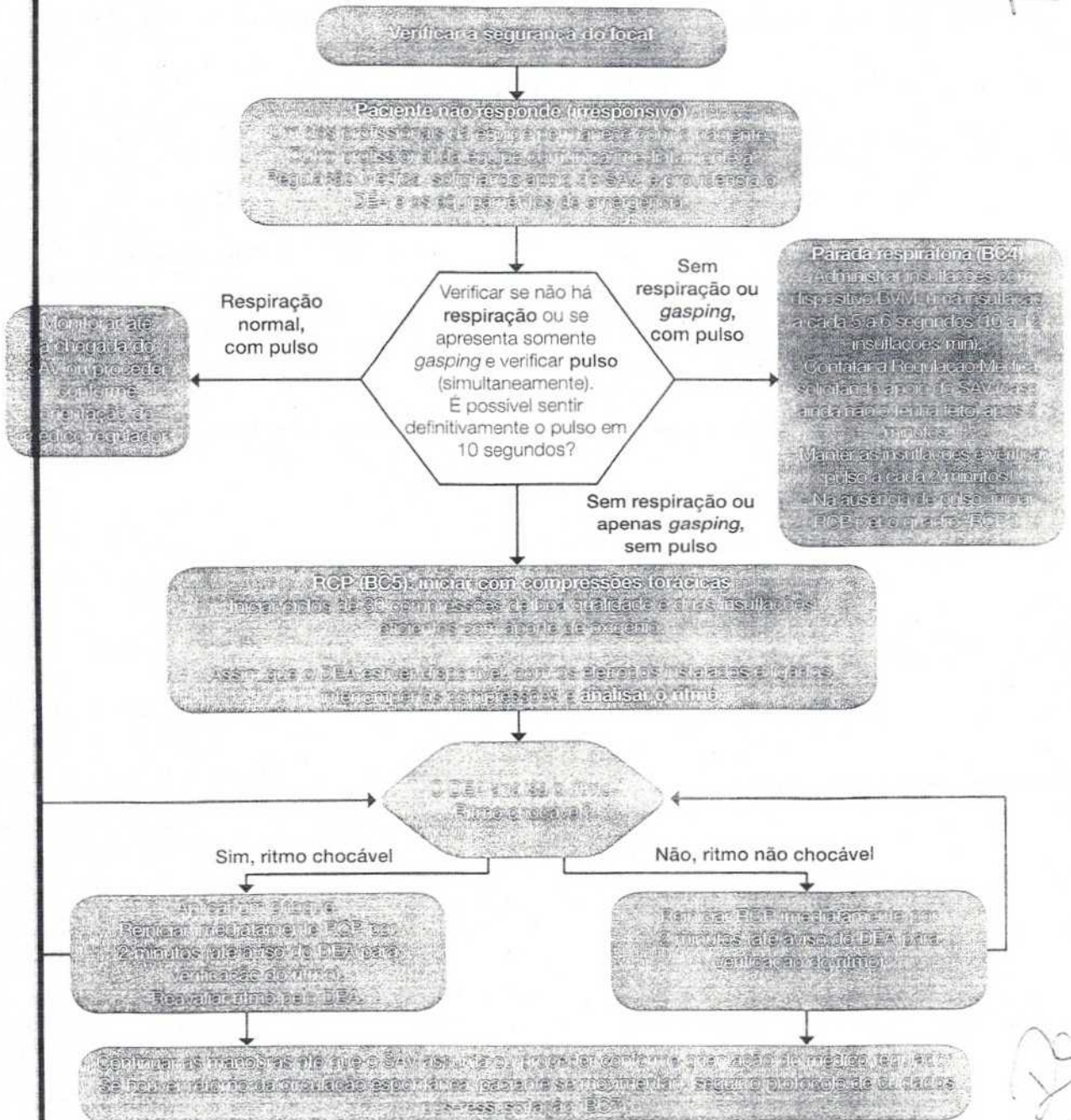
Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Sinais de morte evidente: rigidez cadavérica, livores de hipóstase, 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, orientar os familiares quanto aos procedimentos formais e legais.

BC9 – Algoritmo geral da RCP no adulto (*Guidelines AHA 2015*)

PREF. SARACUÍ
FLS. 250 up

Algoritmo geral RCP adulto – SBV



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



PREF. SARABUI
FLS. 201up

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 (SatO₂ < 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 O₂ suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 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.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

Observações:

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

BC11 – Choque

PREF. SARAPUÍ
FLS. 252

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:
Reconhecimento dos sinais e sintomas.

Temperatura da pele	Fria, úmida, pegajosa
Coloração 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 mrm)

Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
 - avaliar responsividade;
 - manter via aérea pérvia;
 - estabilizar coluna cervical se suspeita de trauma;
 - oferecer O₂ sob máscara não reinhalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 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:
 - coletar história 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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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.

BC12 – Dor torácica não traumática

PREF. SARAPUI
FLS. 253 *uf*

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; e
 - entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação).
3. Oferecer O₂ por máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO₂ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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 -, orientar o paciente sobre seu quadro.



PREF. SARAPUÍ
FLS. 254

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 hipertensa, AVC com 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-lo; e
 - repetir a mensuração dos níveis pressóricos.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
 - monitorizar oximetria de pulso e sinais vitais; e
 - coletar história SAMPLA, com atenção para:
 - 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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

Observações:

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

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 a completa irresponsividade.
- ocorrência de crise convulsiva (primeiro episódio) sem história prévia de trauma ou episódio anterior.
- 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; e
 - manter decúbito lateral em caso de paciente inconsciente e aspirar orofaringe, se necessário.
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 O₂ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO₂ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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.

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 reinhalante 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.
5. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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 e presença de liberação de esfínteres podem sugerir estado pós-convulsivo.
- Obter informações de acompanhantes ou outras testemunhas.

PREF. SARAPUI
FLS. 257uf

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 esfinteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária.
- na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfinteriana, 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 O₂ sob máscara não reinclante, 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:
 - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
 - mensurar glicemia capilar;
 - coletar história SAMPLA; 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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- A crise convulsiva ou epilética pode ser uma manifestação de um processo patológico sistêmico reversível ou de uma disfunção inerente ao Sistema Nervoso Central.
- O estado de mal epilético é a ocorrência de crises epiléticas 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 conseqüente hemorragia potencialmente perigosa.

BC17 – Hipotermia

PREF. SARAPUI
FLS. 258

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- temperatura central < 35°C.
- história de exposição ao frio, avaliar grupo de risco.
- sinais clínicos de hipotermia.

HIPOTERMIA LEVE (32-35°C)

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 (30-32°C)

Bradycardia, hipotensão arterial, arritmias, bradipneia, cessam os tremores, espasmos musculares, depressão do SNC com torpor ou coma, hiporreflexia, pupilas não reativas, alucinações.

HIPOTERMIA GRAVE (<30° 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 O₂ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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.

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, inconsciência e até convulsões).
- 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:
 - coletar história SAMPLA;
 - mensurar glicemia capilar; e
 - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais.
3. Oferecer O₂ suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

PREF. SARAPUÍ
FLS. 260 *uf***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:
 - coletar história SAMPLA; e
 - mensurar glicemia capilar e oximetria.
3. Oferecer O₂ por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

PREF. SARAPUI
FLS. 261up**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, hipotensão 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 Médica e passar dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

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 mmHg; 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.).

BC21 – HDA – 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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

PREF. SARAPUI
FLS. 20347**BC22 – HDB – 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 O₂ sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%.
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC1) com ênfase para:
 - coletar história SAMPLA;
 - monitorar oximetria de pulso e sinais vitais; e
 - identificar sinais de choque.
3. Realizar contato com Regulação Médica e passar dados de forma sistematizada.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para unidade de saúde.

Observações:

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

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). Obs: 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 O₂ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 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.



BC23 – Reação alérgica – Anafilaxia

4. Manter atenção para a ocorrência de PCR.
5. Entrar em contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

BC24 – Epistaxe

PREF. SARAPUI
FLS. 2001

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 cabeça 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.
4. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

[Handwritten signature]

PREF. SARAPUI
FLS. 207

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 O₂ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 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.
4. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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



PREF. SARAPUI
FLS. 268up

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 AC2, AT2) 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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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.

PREF. SARAPUI
FLS. 269uf

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 piora 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 $SpO_2 < 94\%$.
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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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).



PRF. SARAPUI
FLS. 270

BC28 – Manejo da crise em saúde mental

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Trata-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.

Alvorço, 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 UBS, 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.

BC28 – Manejo da crise em saúde mental

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. Comunicar a situação clínica atualizada à Regulação Médica e proceder conforme 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, do próprio paciente e da Equipe de atendimento. |
| N | Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o 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 Autoagressão. |

[Handwritten signatures and initials]

PREF. SARAPUI
FLS. 272up

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 agressão 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.

BC29 – Agitação e situação de violência

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, entrar em contato com a Central de Regulação para orientações e encaminhamentos.

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, do próprio paciente e da Equipe de atendimento.
N	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o 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 Autoagressão.

- 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.

[Handwritten signatures and initials]

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

Crterios de incluso:

- Paciente em condio de intenso sofrimento, que se manifesta por meio de desejo, impulso, ideiaao ou planejamento de atos autolesivos comumente direcionados ao objetivo de levar a morte;
- Paciente que apresenta sinais de autonegligência grave;
- Presena de sentimento de desesperana e/ou culpa, conflitos interinicos ou familiares, rupturas ou alteraes significativas no contexto de vida do sujeito, como doena grave ou terminal, perda de um ente querido, perda de poder econmico ou desemprego.
- Cena que envolva uma pessoa em situao de sofrimento, com sinais de desespero, angustia e/ou desesperana, em local de risco elevado que possa levar a leses graves ou a morte, como pontes altas e viadutos, plataformas de trem/metr, vias de tráfego intenso de veiculos e mar.

Obs.: os aspectos elencados podem estar presentes em situaoes de autoagressao e risco de suicidio. No entanto, de forma isolada, esses aspectos no podem ser considerados critrios de incluso.

Conduta:

ASPECTOS GERAIS

1. Ao se aproximar do local da ocorrencia, desligar a sirene e manter apenas os sinais luminosos, sem pisca ou estrobo;
2. Avaliar ambiente, sujeitos e segurana (mtodo ACENA);
3. Em caso de presena de objetos ou condies que promovam risco de heteroagressao ou autoagressao, informar o mdico regulador para que solicite apoio de equipes especializadas e/ou autoridades policiais. Exemplos:
 - Objetos: armas de fogo, armas brancas, vidros quebrados, etc.;
 - Condies: altura (risco de queda), tráfego intenso (risco de atropelamento), gua (risco de afogamento), refm, etc.
4. Afastar curiosos, imprensa ou qualquer estmulo que possa contribuir para o aumento do estresse na cena;
5. Abordar o paciente conforme os princpios previstos no protocolo de Manejo da Crise em Saude Mental (BC28), considerando, em especial, as seguintes medidas:
 - Definir um mediador (preferencialmente um profissional de saude treinado), considerando a receptividade do paciente em relao a formao de vnculo;
 - Desligar ou baixar o som do rdio comunicador e/ou do celular;
 - Aproximar-se de forma tranquila para ser visto pelo paciente e manter a segurana;
 - Identificar-se (nome e funao) e explicar o motivo da aproximao (oferecer ajuda, escuta, apoio);
 - Iniciar a comunicao diretamente com o paciente, preferencialmente garantindo a privacidade do contato e encorajando a expressao de problemas e sentimentos vivenciados;
 - Perguntar o que est acontecendo e demonstrar interesse e considerao pela situao, tentando estabelecer uma relao de confiana e deixando claro que voc est ali para ajudar o paciente.
 - Fraseologia: "Gostaria de entender como voc est se sentindo"; "Posso me aproximar?"; "Ficarei o tempo que for necessrio para ajudar".
 - Identificar e legitimar ("Dá para entender"; "É compreensvel"; "Estou entendendo") a emoo presente na cena (raiva, desconfiana, medo, ansiedade, angustia, tristeza, irritao, desesperana, indiferena, frustrao) e atentar as situaoes descritas pelo paciente como insuportaveis ("No aguento mais"; "Sou um peso para os outros"; "Eu preferia estar morto"; "Estao querendo acabar com a minha vida");
 - Estabelecer o ritmo da conversao sem pressa para chegar ao desfecho do atendimento, transmitindo ao paciente a sensao de que ele no est sozinho;

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

- 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);
 - Síntis 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.
 - Frasesologia: *"Imagino que o tamanho do seu sofrimento (dor) seja tão grande (insuportável) a ponto de já ter desejado morrer"*; *"Está considerando que acabar com a própria vida é a melhor solução?"*; *"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 densidade, 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) sob as circunstâncias e pensamentos, e o padrão de respostas (atitudes);

PREV. SAMU
FLS. D76up

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

- 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 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):
 - 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, eritemo e garroteamento).
 11. Caso o suicídio seja consumado, seguir protocolo específico de trauma;
 12. Realizar contato com a Central de Regulação das Urgências (CRU) para comunicar a situação a partir da avaliação realizada e para orientações e definições quanto aos encaminhamentos;
 13. Registrar ações e intercorrências na ficha de atendimento. Recomenda-se o registro das orientações passadas à família, se houver.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA O CASO DE PACIENTE ARMADO

- Na presença de apoio especializado ou policial, negociar com o paciente a entrega ou o abandono do objeto;
- 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;
- Nos casos de resistência à entrega ou ao abandono do objeto, o apoio especializado e/ou a autoridade policial têm prioridade na mediação.

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

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, do próprio paciente e da Equipe de atendimento.
N	Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o 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 Autoagressão.

- Se na chegada do SAMU 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 SAMU 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;

[Handwritten signatures and initials]

BC32 - Autoagressão e risco de suicídio

278 af

- Definidos os encaminhamentos, cabe ao SAMU 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 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.

SBV Trauma

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner.

BT1 – Avaliação primária do 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 (onde não é possível excluir a possibilidade de trauma).

Conduta:

1. Garantir a segurança do local (Protocolo PE1);
2. 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 pervias 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;
 - oximetria e O₂ por máscara facial, 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%;
 - estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical;
 - 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 a ventilação;
 - 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;
 - considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 mrm, 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 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);
 - se possível, aferir a pressão arterial precocemente.
6. Avaliar o estado neurológico:
 - aplicar AVDI ou a Escala de Coma de Glasgow;
 - avaliar pupilas;
7. Expor com prevenção e controle da hipotermia:
 - cortar 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 e passar os dados de forma sistematizada;

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

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.

Condução:

1. SINAIS VITAIS E ENTREVISTA SAMPLA (com o paciente, familiares ou terceiros)

- Nome e idade
- Verificação dos sinais vitais
 - o Respiração (frequência, ritmo e amplitude)
 - o Pulso (frequência, ritmo e volume)
 - o Pressão arterial
 - o Pele (temperatura, cor, turgor e umidade)
- S: sintomas? principal queixa?
- A: tem alergias? problema ou doença atual?
- M: medicamentos e/ou tratamentos em uso?
- P: passado médico/prenhez (gravidez) – problemas de saúde ou doença atual?
- I: ingeriu líquidos ou alimentos? qual foi a última refeição?
- A: ambiente do evento?

OBS: Em pacientes inconscientes ou impossibilitados de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.

2. AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

- Oximetria de pulso se disponível
- 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:

- Inspeccionar 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, 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 látero-medial e ântero-posterior.

BT2 – Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada

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;
- Nas pacientes em situação crítica algumas etapas podem ser suprimidas;
- Retomar avaliação primária a qualquer momento se deterioração do quadro clínico do paciente.

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 e a presença de lesões específicas, ampliando a capacidade de suspeição para a presença de lesões e a tomada de decisão.

Conduta:

1. 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

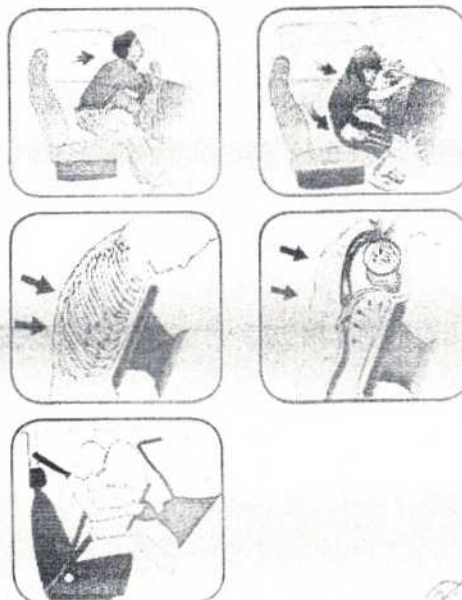
Lesões esperadas:

- Fratura de coluna cervical;
- Tórax instável anterior;
- Contusão miocárdica;
- Pneumotórax;
- Lesão 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 parabrisa) ou por baixo do volante (cabeça em direção ao painel).

Achados no veículo:

- Deformidade na parte anterior;
- Deformidade no volante;
- Marcas no painel;
- Parabrisa em "olho de boi";
- Airbag acionado.



BT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)



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

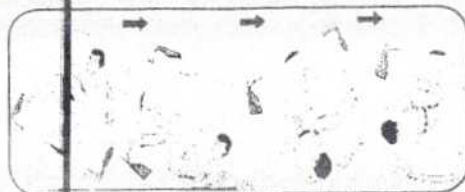
Lesões esperadas:

- 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.

BT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

Atrapelamento

Avaliar:

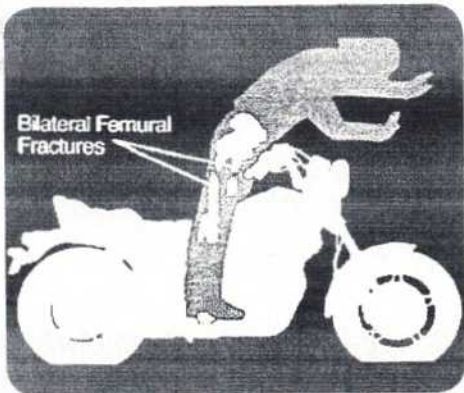
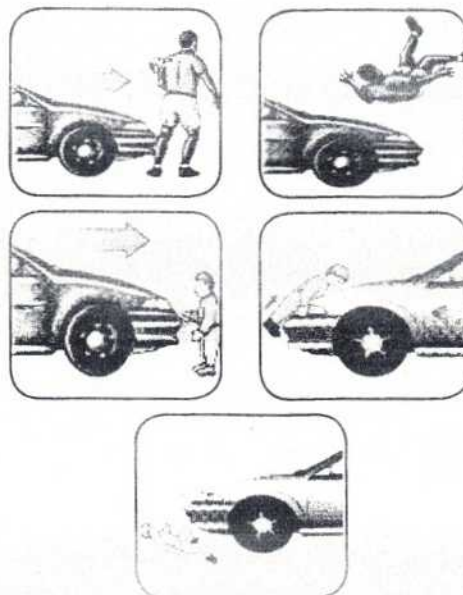
- Impactos no adulto: contra MMII e quadris; tronco contra o capô; paciente contra o chão;
- Peso e altura do paciente em relação à altura do veículo.

Lesões esperadas:

- traumatismo craniano;
- traumatismo raquimedular;
- lesões torácicas e abdominais;
- fraturas das extremidades inferiores;
- ejeção.

Achados no veículo:

- intrusão da parte anterior.
- parabrisa quebrado.



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

Handwritten signature and notes.

28/11/2014

BT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

Observações:

2. 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.

3. FERIMENTOS PENETRANTES:

Avaliar aspectos gerais:

- tipo de objeto: Alta energia (fusis 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.

4. LESÕES POR EXPLOSÃO:

Avaliar aspectos gerais:

LESÕES POR EXPLOSÃO

Primárias: onda de pressão atinge o paciente com velocidades de até três quilômetros /segundo.

Secundárias: paciente é atingido por fragmentos primários, secundários ou ambos, que voam e podem tornar-se projeteis.

Terciárias: quando o paciente é arremessado contra um objeto (torna-se um projétil), podendo ser atirada contra outros objetos ou ao chão.

Quaternárias: lesões provocadas por calor e gases oriundos da explosão.

Quinárias: causadas por aditivos colocados nas bombas, como bactérias, radiação e substâncias químicas e ataque suicida com homem-bomba.

Padrão de lesão: amputação traumática de membros, sangramento pulmonar, pneumotórax, embolia gasosa, laceração de pequenos vasos, rotura de timpano, PCR e explosão de pulmão.

Padrão de lesão: ferimentos penetrantes, lacerações e fraturas, feridas cutâneas superficiais, lesões torácicas e oculares.

Padrão de lesão: semelhantes às lesões que ocorrem em pacientes ejetados de um carro ou que caem de alturas significativas.

Padrão de lesão: queimaduras, lesões por inalação e até asfixia.

Padrão de lesão: lesões por encravamento por restos humanos (ossos do homem bomba), possíveis doenças infecciosas.

BT3 - Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)

Observações:

5. SUSPEITAR DE TRAUMATISMO GRAVE:

- 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 veículo;
- Capotamentos;
- Ferimentos penetrantes de cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve e coxa.

BT4 – Choque

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:
Reconhecimento dos sinais e sintomas.

Temperatura da pele	Fria, úmida, pegajosa
Coloração 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 mrm)

Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para:
 - avaliar responsividade;
 - manter via aérea pérvia;
 - estabilizar coluna cervical se suspeita de trauma;
 - oferecer O₂ sob máscara não reinhalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%; e
 - identificar e controlar sangramentos, se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de belve e membros, se necessário).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
 - coletar história 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.
4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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.

UNIFESP - SARAPUI
FLS. 2004

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 de 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;
 - oferecer O_2 sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se $SatO_2 < 94\%$;
 - monitorizar a oximetria de pulso; e
 - avaliar precocemente a Escala de Coma de Glasgow.
2. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
3. Controlar sangramentos externos.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
 - avaliação da reação pupilar;
 - repetição seriada da Escala de Coma de Glasgow;
 - aferição dos sinais vitais;
 - exame da cabeça e coluna; e
5. História SAMPLA. 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.
7. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

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 sinais de gravidade do TCE:
 - sinais de perda líquórica;
 - presença de fraturas abertas;
 - exposição de tecido cerebral;
 - ferimentos de extensos de couro cabeludo; e
 - sinais de fratura de base de crânio.
- Se $SatO_2 < 94\%$, se Escala de Coma de Glasgow < 10 , se sinais vitais alterados, informar precocemente a Regulação Médica.

BT6**Protocolo Samu 192
Emergências Traumáticas
SUPORTE BÁSICO DE VIDA****BT6 – Trauma de face****Quando suspeitar ou critérios de inclusão:**

Traumas diretos 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 BC1) com ênfase para:
 - Manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada.
2. Oferecer O₂ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%;
3. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
4. Controlar hemorragias, cobrindo 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 atenção para a ocorrência de sinais e sintomas de choque e/ou rebaixamento da 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.
10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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

PROF. SARAPUI
FLS. 29204

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 e mantendo 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 e, 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 corpo estranho 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;
 - 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 a 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.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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



2013

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 hipoxia (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/laços de fixação.
2. Administrar O₂ em alto fluxo para manter SatO₂ ≥ 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 decompressão 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.
10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

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





BT9 – TAA – Trauma Abdominal Aberto

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Lesão aberta no abdome, com mecanismo de trauma sugestivo, como os causados por arma de fogo, arma branca, acidentes com veículos a motor, atropelamentos e outros.

Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2).
2. Oferecer O₂ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 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 com a 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 a 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.
9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas a outros segmentos.
- Atentar para as lesões torácicas abaixo da linha mamária anteriormente, dorso abaixo da linha infra-escapular 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.

295wf

BT10 – TAF – 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. Oferecer O₂ sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar 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.
6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar lesões associadas em outros segmentos.
- Não realizar 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.

BP1 – Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura

Manobra de elevação do mento no trauma (Chin Lift no trauma)

Indicada para pacientes 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 queixo do paciente.

- Com os dedos posicionados, o profissional traçiona o queixo 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.

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.

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.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento necessário.
3. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador, mantendo-a dentro do invólucro.
4. Calçar as luvas de procedimentos ou estéreis, de acordo tipo de procedimento.
5. Retirar a sonda do pacote.
6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze.
7. Ligar o aspirador.
8. Pinçar o látex de aspiração.
9. Considerar a técnica de introdução da sonda de acordo com o tipo de agravo do paciente.

Aspiração oral e nasotraqueal

Agravos clínicos:

- Introduzir sonda flexível na cavidade nasotraqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando lentamente em movimentos circulares; e
- 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.

Agravos traumáticos:

- 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
- Não realizar movimentos circulares na retirada.

Aspiração do tubo traqueal

- Pré-oxigenar o paciente com 100% de O₂.
- Calçar luva estéril.
- Desacoplar o ventilador mecânico ou BVM com reservatório do tubo traqueal.
- 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.
- Manter aspiração por 15 segundos no máximo.
- Ventilar o paciente com BVM, com reservatório acoplado à fonte de oxigênio.

BP2 – Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração

11. Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se ponta rígida metálica).
12. Retirar as luvas.
13. Registrar o procedimento na ficha/boletim 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).



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.

Materiais e Equipamentos

- EPIs obrigatórios;
- COF de tamanhos variados para adultos.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.



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.

2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica.
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 na ficha/boletim 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 laringeo, apneia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.

BP3 – Técnicas básicas de manejo de vias aéreas:
 cânula orofaríngea (COF)

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.
 Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

TELEFONE: 192
3120

BP4 – Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio

Indicação

- Pacientes conscientes, com respiração espontânea e leve desconforto respiratório, que necessitam de baixo fluxo de oxigênio.

Material e equipamentos

- EPIs.
- Cateter nasal tipo óculos.
- Fluxômetro.
- Fonte de oxigênio.
- Extensão / látex.
- Opção para: umidificador e água destilada.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor ao fluxômetro.
4. Introduzir cada uma das extremidades do cateter em cada narina.
5. 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.
6. Conectar o cateter nasal ao extensor/látex, abrir e regular o fluxômetro, conforme prescrição médica com limite de 6 l/min.
7. Registrar o procedimento e seus resultados na ficha/boletim 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 %



BP5 – Dispositivos para oxigenoterapia: 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
- $SpaO_2 \leq 94\%$.

Material 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.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor/látex da máscara ao fluxômetro.
4. Selecionar e regular a velocidade do fluxo de O_2 , de acordo com a FiO_2 prevista na prescrição médica, sendo o mínimo 6 l/min e o máximo 10 l/min.
5. Colocar a máscara sobre o nariz e boca do paciente e adaptar o elástico na região occipital, ajustando suas extremidades.
6. Registrar o procedimento e seus resultados na ficha/boletim 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	FREQÜÊNCIA 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%

BP5 – Dispositivos para oxigenoterapia: máscara facial não-reinalante com reservatório

Elaboração: Agosto/2014
 Revisão: Abril/2015

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Adaptações são permitidas de acordo com as particularidades dos serviços.

BP6 – Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi

Indicação

Pacientes com hipoxemia moderada a grave, sugestiva de DPOC, que necessitam de controle rigoroso da oferta de O₂. Inclui:

- sinais de desconforto respiratório; e
- SatO₂ ≤ 94%.

Material e equipamentos

- EPIs.
- Máscara de Venturi e conectores diversos (diluidores codificados de concentração).
- Látex.
- Fluxômetro.
- Fonte de oxigênio.
- Opção para: umidificador e água destilada.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor/látex ao fluxômetro.
4. Selecionar máscara e diluidor codificado de concentração de oxigênio, de acordo com prescrição médica.
5. Colocar a máscara sobre o nariz e a boca do paciente e ajustar o elástico.
6. Regular o fluxo de oxigênio de acordo com o "diluidor codificado de concentração" indicado e adaptar o extensor/látex à máscara.
7. Registrar o procedimento e seus resultados na ficha/boletim 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

BP7 – Oximetria

Indicação

- Pacientes que necessitem de avaliação do funcionamento/comprometimento ventilatório e/ou cardiovascular.

Material e equipamentos

- EPI.
- Oxímetro portátil com sensor adequado.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar e orientar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Escolher e preparar a região em que será colocado o sensor (em adultos, preferir MMSS, dedo indicador).
4. Ligar o dispositivo.
5. Aguardar o medidor fornecer a leitura digital do valor (cerca de 30 segundos).
6. Registrar dados na ficha do paciente.

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.);
 - hipoxia 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.

BP8 – Controle de hemorragias: compressão direta da lesão**Indicação**

Ferimentos ou lesões com sangramentos externos visíveis observados durante a avaliação inicial.

Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Gaze ou compressa estéril
- Atadura de crepe ou bandagem triangular
- Tesoura de ponta romba

Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Identificar o local do sangramento;
3. Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário;
4. Expor a ferida (cortar as roupas, se necessário);
5. Verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal;
6. Aplicar gazes ou compressa estéril diretamente sobre o ferimento;
7. Aplicar compressão manual direta sobre o ferimento (a pressão deve ser mantida até que o sangramento pare);
8. 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;
9. Após a aplicação do curativo compressivo, verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
10. Na persistência do sangramento externo em membros superiores ou inferiores, considerar o uso do torniquete (Protocolo BP9);
11. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim 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.

BP9 – Controle de hemorragias: torniquete

Indicação

Ferimento em membros superiores ou inferiores com hemorragia externa incontrolável mesmo após compressão direta.

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.

Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Expor o ferimento (cortar as vestes se necessário);
3. Verificar a presença do pulso e a perfusão distal;
4. Instalar o dispositivo escolhido imediatamente acima do ferimento (sentido proximal);
5. 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;
6. Registrar a realização do procedimento e a hora do início da aplicação do torniquete na ficha/boletim de atendimento;
7. Manter o ferimento coberto, com atenção especial à reavaliação do local, monitorando a presença de novos sangramentos.

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.

[Handwritten signatures and initials]



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.

Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Alcool a 70 %
- Algodão
- Esfigmomanômetro com manguito específico (pediátrico, adulto e obeso)
- Estetoscópio

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. Insuflar 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).

BP10 – Aferição de sinais vitais: pressão arterial

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. Registrar na ficha /boletim de atendimento os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço no qual a pressão arterial foi medida.
13. Limpar o estetoscópio e as olivas com algodão embebido em álcool a 70%.

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:

TABELA I - 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.

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.

Materiais

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Relógio

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, o 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 na ficha/boletim de atendimento os valores da frequência cardíaca (FC) obtida e as características de ritmo e volume.

BP11 – Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca

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

[Handwritten signatures and initials]



BP12 – Aferição de sinais vitais: frequência respiratória

PREF. SARADUI
 FLS. 325

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.

Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Relógio

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 – irm);
6. Registrar na ficha/boletim 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	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
Neonato	30 a 60 irm
Lactente	30 a 50 irm
Pré-escolar (2 anos)	25 a 32 irm
Criança	20 a 30 irm
Adolescente	16 a 19 irm
Adulto	12 a 20 irm

BP13 – Aferição de sinais vitais: temperaturaPREF. SARAPUÍ
FLS. 320 uf

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

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.

Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para desinfecção: algodão e álcool a 70%
- Termômetro
- Relógio

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 na ficha/boletim de atendimento o valor obtido.

BP13 – Aferição de sinais vitais: temperatura

Observação

- Após a desinfecção, o termômetro de coluna de mercúrio está pronto para uso se a temperatura apontada for menor que 35°C.
- 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 (°C)
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.

[Handwritten signatures and initials]

BP14 – Escala de coma de Glasgow

PREF. SARAJUÍ
 FLS. 3284

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.

Materiais

- Equipamento de proteção individual obrigatório

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 esternocleidooccipitomastoideo. 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 esternocleidooccipitomastoideo.
 - 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.

BP14 – Escala de coma de Glasgow

- 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.

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.

BP15 – Escala pré-hospitalar para 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 dimídio; parestesia ou hipostesia 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)

Materiais

- Equipamento de proteção individual obrigatório

Procedimentos

1. 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. Sugestão: "O rato roeu a roupa do rei de Roma"	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".

PREF. SARAPUI
FLS. 331**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)
- Outros sinais de hipo ou hiperglicemia (Protocolos BC18 e BC19)
- 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

Materiais e equipamento

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para antissepsia: algodão/gaze e 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

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 suficiente 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;



BP16 – Avaliação da glicemia capilar

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 na ficha de atendimento;
17. Comunicar o resultado e seguir orientação da Regulação Médica 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-antisepsia (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 golpas 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).

BP17 – Colocação do colar cervical

Indicação

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna cervical.

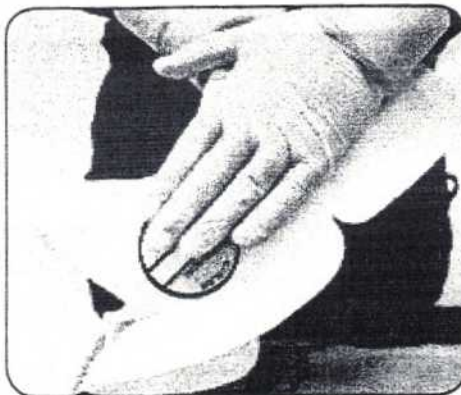
Material e equipamentos

EPI obrigatório
 Colar cervical de tamanho apropriado

Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:

- O profissional 1 realiza a estabilização manual da cabeça com as 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, traquéia, 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;

Handwritten signatures and initials:
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]

BP17 – Colocação do colar cervical

- 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.

[Handwritten signature and notes in the bottom right corner]

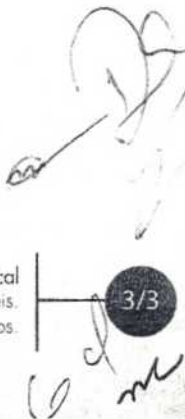
BP17 – Colocação do colar cervical

PREF. SARAPUI
FLS. 335 up

4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim 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 no paciente 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 fixação 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.



BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

Indicação

- Paciente de trauma que se encontra sentado (no carro ou em outra situação) e que não é portador de risco de morte imediato.

Material e equipamentos

- EPI obrigatório.
- Colete de imobilização dorsal (Kendrick extrication device – KED ou similar).
- Colar cervical.
- Prancha longa.
- Bandagem triangular ou similar.
- Maca.

Procedimento

1. Utilizar EPI.
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. 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 auxílio 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.

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

- 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 mesmoldado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa e 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).



[Handwritten signatures and initials]

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

- 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 e o colete para manter o alinhamento neutro. Se necessário, pode ser utilizado acolchoamento.



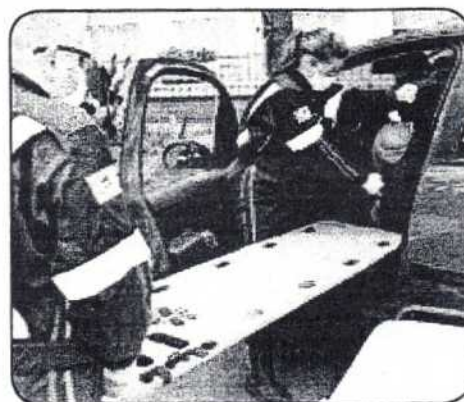
- Em seguida, posicionam-se as tiras de fixação da cabeça. A primeira passando na testa do paciente e a segunda sobre o colar cervical (altura do queixo do paciente).
- As tiras devem ser presas com o velcro no corpo posterior do KED (a tira superior deve ficar bem justa para evitar qualquer movimento e a tira inferior mais solta para permitir a ventilação).
- 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.



BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

- 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.



[Handwritten signatures and initials]



PREF. SARAPUI
 FLS. 340 af

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

- 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 cintos de segurança da prancha e da maca.

[Handwritten signatures and initials]

BP18 – Imobilização sentada – dispositivo tipo colete (KED)

4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim 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.
- 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.



BP19 – Retirada de pacientes: 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.

Materiais e equipamentos

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Colar cervical
- Prancha longa

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 o 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;



BP19 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)

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 o 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 na ficha/boletim de atendimento.



As imagens são alusivas às diferentes fases do procedimento. Idealmente a retirada rápida deve ser realizada com 3 profissionais (Protocolo BP20).

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 (*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.



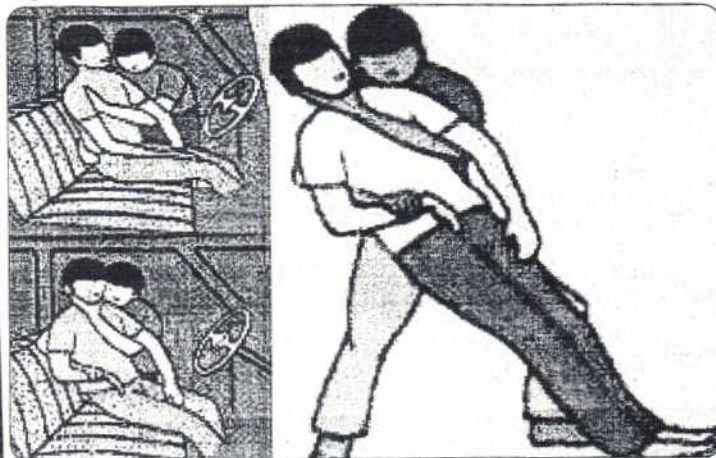
BP19 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)

Procedimento
 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.

BP19 – Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)

5. Colocar colar cervical e imobilizar conforme protocolo, assim que possível;
6. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

Observações

- Quanto mais pesada a vítima, mais difícil será a aplicação da técnica.
- Sempre quando houver mais de um socorrista, optar pelo trabalho de dois socorristas 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.



BP20 – Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais)

PREF. SARAPUÍ
 FLS. 346 up

Indicação

Paciente 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.

Material

- EPI obrigatório
- Colar cervical
- Prancha longa com, no mínimo, três cintos.
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes.
- Maca.

Procedimento

1. Utilizar EPI;
2. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.
3. Realizar manobra conforme indicado:
 - O 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.

BP20 – Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais)

- 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.



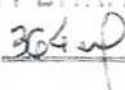
- Uma opção muito útil, é o profissional 2 efetuar a estabilização manual pela frente, enquanto o profissional 1 posiciona e apoia a prancha longa para a descida do paciente, de forma similar ao procedimento de colete imobilizador.



BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

- Profissional 1 mantém 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 repositonar ao lado do paciente, ajustando o posicionamento da mão na face em movimento similar ao do socorrista 2 (braço sob a axila e mão sobre a face).

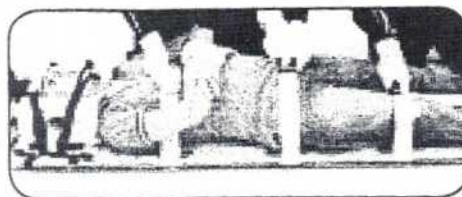


PREF. SARAPUI
 FLS. 304 

BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

Enquanto o alinhamento e estabilização são mantidos com leve pressão sobre a face executados pelos 2 profissionais, 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.



- 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 fixadores para a cabeça e imobilização na prancha longa com pelo menos 3 cintos de segurança.

BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim 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.

PREF. SARAPUÍ
 FLS. 366

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.

Material - Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Material para antisepsia: algodão e algodão 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.

Procedimento - Técnica de acesso com cateter sobre agulha de metal

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 antisepsia 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;
 - Inspeccionar 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;

BP26 – Técnica de acesso venoso periférico

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 na ficha/boletim 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 punccionar 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.

[Handwritten signatures and initials]



BP27 – Contenção Física

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Se a 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;
 - 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 o 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 frente do paciente.

BP27 – Contenção Física

- 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 30°. 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.



BP27 – Contenção Física

1. Comunicar a situação clínica atualizada e proceder com as orientações do médico regulador.

Observações:

- Avaliação ACENA:

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.

Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social do paciente.

Avaliar as Expectativas e a receptividade da rede social, do próprio paciente e da Equipe de atendimento.

Avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o Nível de sofrimento.

Avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de Agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Autoagressão.

- A contenção física e mecânica é uma medida de exceção e, dessa forma, deve ser utilizada como último 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, queimaduras, 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.

PREF. SARAPUI
FILS. 370 P

BP28 – AVDI

Indicação

Avaliação neurológica simplificada com o objetivo de descrever rapidamente o estado de consciência e detectar alterações precoces.

Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório

Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Observar a abertura ocular para determinar se o paciente está alerta ou não (A);
3. Na ausência de abertura ocular, utilizar um estímulo verbal para avaliar a presença ou não de resposta (V):
 - Utilizar as perguntas: "Qual o seu nome?" ou "O que aconteceu com você?";
4. Na ausência de resposta ao estímulo 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;
5. 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.

Protocolos Especiais

PREF. SARAPUI
FLS. 372 *up*

[Handwritten signature]
[Handwritten initials]

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:
 - tipo/natureza de evento;
 - solicitante;
 - número de pacientes;
 - veículos envolvidos;
 - situação em andamento, etc.

Passo 2:
Para onde a situação pode evoluir?

- Ao chegar à cena, observar:
 - tipo/natureza do evento;
 - acesso (difícil?);
 - situação geral: pessoas no entorno;
 - presença de outros serviços;
 - 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.
- Considerar as possibilidades de evolução da situação nos próximos minutos ou horas:
 - fios energizados e soltos? choque elétrico?;
 - explosão?;
 - intoxicação por fumaça?;
 - colapso de estruturas?;
 - hostilidade e/ou violência interpessoal?;
 - vazamento de produtos?;
 - contaminação?;
 - vias intransitáveis?;
 - aumento do número de pacientes?, etc.

Passo 3:
Como controlar a situação?

- Considerar o acionamento de recursos de apoio e/ou especializados como:
 - equipes adicionais do SAMU;
 - corpo de bombeiros;
 - policiamento;
 - departamento de trânsito;
 - companhia de água ou de energia elétrica;
 - serviço aeromédico;
 - concessionária de rodovias, etc.
- Os acionamentos devem ser realizados pela Central de Regulação Médica.



PE1 – Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena

2. Após avaliar os três passos, definir:

- "CENA SEGURA": iniciar os procedimentos de aproximação e abordagem do paciente (Protocolos PE7, 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 início 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.

PREF. SAMU
 FLS. 375

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;
 - 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 perfuro-cortante:
 - utilizar coletor de perfuro cortante (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 perfuro-cortante no chão ou solto sobre o balcão da ambulância;
 - para descartar, quando 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.

PE2 – Regras gerais de biossegurança

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 sujeira.
 - 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 SAMU 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.

[Handwritten signatures and initials]

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

- Identificar o paciente na ficha/boletim 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, confusos 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 na ficha/boletim 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 punho 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 perfuro-cortante 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 na ficha/boletim 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 na ficha 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.

PE3 - Práticas para a Segurança do paciente

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.
 - Prescrever adequadamente a ficha/boletim 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 cama, 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 rebatida.
 - Anotar na ficha/boletim 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.

[Handwritten signatures and initials]

PE3 - Práticas para a Segurança do paciente

Observações:

- Os fatores de risco para a queda são:

FATORES DE RISCO PARA A QUEDA

- 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.




PREP. 380cup

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

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 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 o uniforme completo exclusivamente em atividades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Manter identificação funcional e nominal no uniforme;
- 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 oxigenoterapia 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 PE23, PE24, PE25 e PE36.

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;
- Receber e registrar os dados da solicitação com ênfase para endereço e pontos de referência, motivo da solicitação e gravidade, idade, nome da vítima;

[Handwritten signature and notes]

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

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, chegada na ocorrência/cena, saída da cena, chegada ao hospital, saída do hospital e disponibilidade para nova ocorrência;
 - Durante o atendimento, utilizar estratégias de comunicação em alça fechada com a equipe;
 - Informar o médico regulador sobre as condições do paciente, conforme protocolo de sistematização da passagem do caso para a regulação médica (Protocolo PE22).
- 5. Durante o deslocamento até o local da ocorrência**
- Iniciar o deslocamento imediatamente após a 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:
 - SAM: decisão sobre a unidade de saúde de destino e/ou sobre qualquer outra situação atípica;
 - SBV: definição das intervenções e ações adicionais previstas em protocolo e para a definição sobre o hospital 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.

[Handwritten signatures and initials]

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

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 a ficha 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 da ficha/boletim 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 PE23, PE24 e PE25;
 - 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 uma ficha/boletim de ocorrência 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 na ficha/boletim de atendimento toda a informação disponível sobre o atendimento;
 - Zelar pela confidencialidade das informações a que tiver acesso, bem como das anotadas na ficha;
 - 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.

PE4 – Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU

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. A identificação funcional e nominal deve seguir a padronização visual prevista em manual;
- A comunicação em alça fechada é uma estratégia que visa maior efetividade nas comunicações durante situações de emergência e conseqüente 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 de saúde de destino deve incluir:
 - Identificação da equipe e modalidade de atendimento;
 - Idade e sexo do paciente;
 - Achados da avaliação primária e secundária;
 - História breve (mecanismo da lesão, sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente [SAMPLA], etc.);
 - 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, intercarrências 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 unidade de saúde de destino e a modalidade de transporte devem ser determinados pelo médico regulador.

[Handwritten signatures and initials]

PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU

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.

PE5 – Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU

DURANTE O DESLOCAMENTO DA VIATURA

1. Manter atenção para:
 - Ruidos 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 *checklist*, acrescentando itens à rotina sugerida acima, se necessário.
- Recomenda-se consulta ao Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (Lei 9.503/1997).

PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Aplica-se ao profissional responsável pela condução de uma ambulância.

Conduta

1. Aspectos fundamentais

- "A segurança é prioridade máxima": seja para o próprio condutor, equipe, paciente ou para pedestres e demais veículos na via.
- Sobre o Código de Trânsito Brasileiro: o condutor sempre deverá seguir as resoluções e regras previstas no Código de Trânsito Brasileiro (CTB).
- Sobre o número de passageiros na ambulância: o número de passageiros permitido na ambulância deve ser igual ao número de assentos com cintos de segurança em condições de uso, mais o paciente na maca também com cinto (CTB, artigo 65).
- Sobre o uso de dispositivos sonoros (sirene):
 - Utilizar somente em efetiva prestação de serviço de urgência (CTB, artigo 29) e quando houver momentânea necessidade de aumentar a segurança, como por exemplo nas ultrapassagens e nos cruzamentos;
 - Alternar o tipo de som produzido pela sirene para facilitar a percepção dos outros motoristas sobre a presença e localização da ambulância;
 - Evitar uso contínuo se o paciente estiver na ambulância, pois aumenta o estresse, dificulta a comunicação e parte da avaliação do paciente.
- Sobre o uso de dispositivos de iluminação intermitente de emergência (giroflex):
 - Utilizar somente em efetiva prestação de serviço de urgência (CTB, artigo 29);
 - Desligar quando a ambulância estiver em deslocamento que não se caracterize como de urgência (prestação de serviço), como, por exemplo, ao retornar para base ou deslocamentos administrativos.
- Sobre o uso do farol aceso – "Seja visto!":
 - Circular sempre com farol baixo ligado, mesmo durante o dia e em deslocamentos que não se caracterizem como urgência. Isso torna mais rápida sua visualização por outros motoristas e pelos pedestres, reduzindo significativamente a probabilidade de acidentes.
- Sobre as ultrapassagens:
 - A ambulância em efetiva ação de urgência deve ultrapassar outros veículos pela esquerda (CTB, art. 29, VII, a).
 - 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.

• Sobre o uso do pisca-alerta:

- Nunca deve ser utilizado com o veículo em movimento, pois dificulta a percepção pelos outros motoristas, não identificando para que lado a ambulância irá virar e, por conseguinte, atrapalhando um melhor posicionamento dos outros veículos na via.

PE6 – Regras gerais na condução de ambulância

- Sobre procedimentos e velocidade permitida:
 - 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 ser extremamente reduzida para permitir a realização segura de procedimentos como massagem cardíaca, acesso venoso, intubação, etc.;
 - A interação verbal equipe/conductor é essencial para o sucesso dessa atitude no trânsito.
 - Sobre frear, acelerar e realizar curvas:
 - Evitar frear, acelerar ou alterar a direção do veículo bruscamente;
 - Manter atenção aos movimentos dos outros veículos e antecipar a necessidade de frenagem ou aceleração para conduzir a ambulância com a máxima suavidade.
 - 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.
- 2. 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).
- 3. Impedimentos**
- Não é permitido ultrapassar o limite de velocidade máxima estabelecida para uma via.

Observações

- Recomenda-se consulta ao CTB (Lei 9.503/1997).
- Ambulâncias em efetiva prestação de serviço de urgência podem trafegar ou estacionar de forma distinta dos outros veículos ou agir de forma contrária às normas para os demais veículos, desde que a legislação especifique. Se a legislação não especificar, a ambulância deve seguir as normas gerais de trânsito, mesmo estando em efetiva prestação de serviços de urgência.
- 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.
- 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.
- 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.

[Handwritten signatures and initials]

PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e 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:

1. Seguir as regras gerais para estacionamento e sinalização da via;
2. Zelar pela segurança da viatura e da equipe, evitando causar ou se envolver em um acidente;
3. Não permitir que a equipe desembarque da ambulância com ela ainda em movimento;
4. Informar à equipe o momento correto do desembarque e a porta de saída mais adequada (passageiro na cabina, lateral ou traseira);
5. 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;
6. 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;
7. Auxiliar a equipe de atendimento após estacionar e sinalizar o local.

REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO E SINALIZAÇÃO DA VIA

- 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;
- Decidir pela distância segura, considerando a existência de vazamento de óleo, combustível, gases, fumaça, fogo, etc.;
- 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;
- Se a cena já estiver sinalizada e/ou com outros veículos de serviço no local, estacionar após o evento. 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;
- 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;
- 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;

PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via

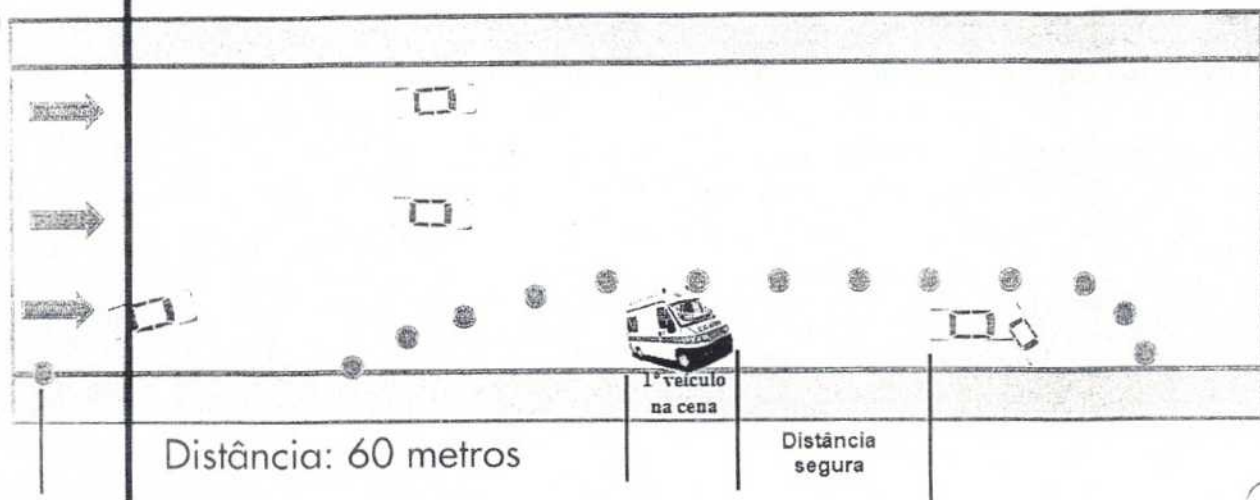
- Para sinalização e canalização do tráfego:
 - Estabelecer a distância entre a 1ª barreira na cena e a primeira sinalização (1º cone), considerando a velocidade máxima permitida na via:

VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA	NO. DE PASSOS PARA A 1ª SINALIZAÇÃO
80km/h	80 passos
70km/h	70 passos
60km/h	60 passos
50km/h	50 passos
40km/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;

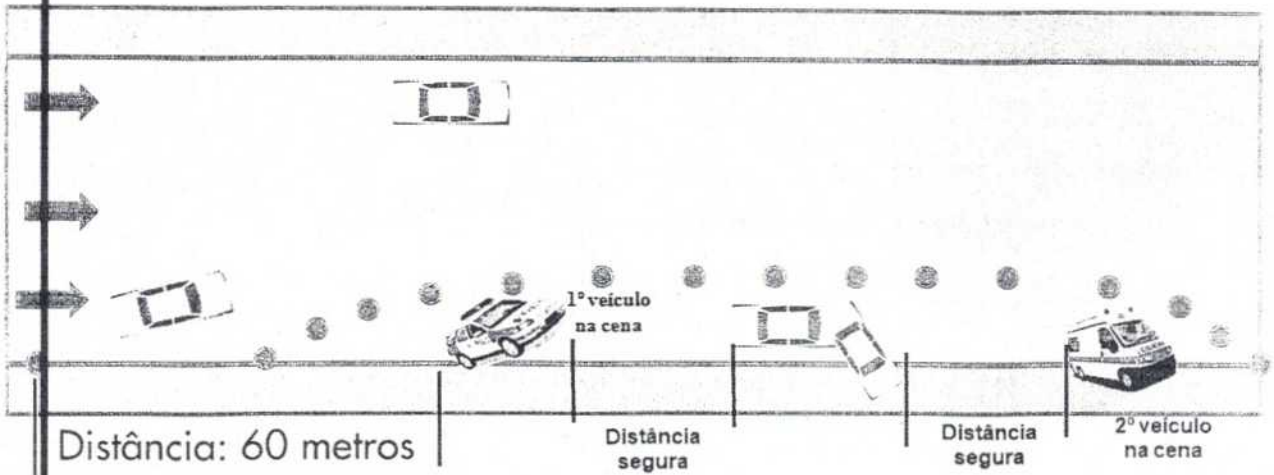
- Proceder a canalização com os cones disponíveis idealmente 1 a cada 10 passos, se disponíveis. Os cones devem progressivamente envolver e delimitar a área de trabalho a uma ou mais faixas de rolamento, a depender da posição do veículo em relação ao acostamento.

Vel. máx. da via: 60 km/h



PE7 – Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via

Vel. máx. da via: 60 km/h



- 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.

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
- 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 ambulância: acidente em deslocamento com ou sem paciente embarcado;
 - Sobre a necessidade de apoio e providências legais cabíveis;
4. Se houver paciente embarcado na ambulância, reavaliar e proceder cuidados necessários;
5. Na presença de terceiros envolvidos no acidente, anotar: nome, RG e endereço dos envolvidos e placa dos demais veículos;
6. Informar a Regulação Médica sobre a possibilidade de prosseguimento ou não para a unidade de destino previamente estabelecida e a condição do paciente (se houver);
 - Na impossibilidade de prosseguimento na mesma ambulância, solicitar apoio via Regulação Médica e aguardar no local. Na presença de vítima embarcada, garantir suporte à vida até a chegada da nova equipe;
 - Na possibilidade de prosseguimento, após contato com a Regulação Médica seguir para o destino previamente estabelecido ou informado pela Regulação Médica;
7. 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 e providências legais cabíveis;

[Handwritten signature and initials]

PE8 – Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância

3. Realizar o atendimento à(s) vítima(s), considerando os protocolos indicados;
4. Realizar avaliação e/ou atendimento do paciente embarcado (se houver);
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 (policimento e outras)
 - Possibilidade de prosseguimento ou não para o destino:
 - Na impossibilidade de prosseguimento, aguardar apoio no local. Na presença de vítima embarcada, garantir 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;
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:

- 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 ambulância.

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 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 ambulância 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 ambulância, estando em condições de prosseguir mesmo após se envolver em acidente, deverá sair da cena do acidente para socorrer vítima em estado grave. Exemplo: vítima de atropelamento pela ambulância.
- Os serviços devem estabelecer rotinas adicionais para apoio aos profissionais em caso de acidentes com as ambulâncias, bem como em relação à confecção do boletim de ocorrência.
- Sugere-se o registro sistemático, acompanhamento e avaliação dos acidentes envolvendo ambulâncias, a fim de compreender e atuar sobre fatores que possam estar associados à sua ocorrência por meio de ações educativas e de gestão.

[Handwritten signatures and initials]

PE9 – Consentimento para tratamento de paciente menor de idade

Quando suspeitar ou critérios de inclusão
 Paciente menor de idade, conforme legislação vigente.

Conduta/providências

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.

PE 10 - Atendimento a paciente com necessidades especiais

PREMIER SAMU
TEL: 394

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Pacientes com deficiência auditiva, visual, déficit de desenvolvimento intelectual, idosos, crianças.

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).

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.

Paciente com deficiência visual

- Descrever os procedimentos realizados.
- Manter contato físico constante (com os braços do paciente).

Paciente com déficit de desenvolvimento intelectual

- Manter comunicação constante.
- Respeitar pausas e o tempo necessário para que o paciente responda às perguntas.

Paciente idoso

- Tratar com respeito.
- Respeitar suas limitações, angústias, medos e pudor

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.



PE11 - Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

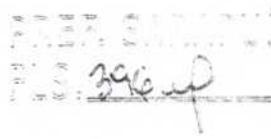
Em todo atendimento de paciente menor de 18 anos desacompanhado.

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 na ficha 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.

Observação:

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.



PE 12 - 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

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadores de necessidades especiais (PE10).
- Assim que possível, comunicar a Regulação Médica sobre o atendimento.
- Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone.
- 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.
- 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 na ficha 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.

Observação:

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.

Handwritten signature





PE 13 - 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

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes com necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Atenção para animais agressivos que possam oferecer risco à equipe.
- 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.).
- 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 na ficha de atendimento todos os detalhes envolvendo esse tipo de animal.
- Informar a Regulação Médica sobre a presença do animal e os dados de quem ficou com o mesmo.

Observação:

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.

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

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadores de necessidades especiais (Protocolo PE10).
- Esclarecer sobre a importância do atendimento e/ou encaminhamento para o hospital.
- Se possível, realizar a avaliação primária e secundária para a obtenção de dados que permitam avaliar o risco.
- 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.
- Na persistência da recusa, informar o médico regulador sobre a situação e as condições do paciente.
- Relatar detalhadamente a ocorrência na ficha de atendimento, incluindo as orientações dadas.
- Anotar "Recusou atendimento" ou "Recusou ser transportado" e solicitar ao paciente e a uma testemunha que assinem a ficha de atendimento.
- Caso não seja possível atender ao item anterior, utilizar como testemunha seus companheiros de equipe. Lembre-se de que a assinatura do próprio paciente e/ou de testemunhas possuem maior respaldo legal.

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

Ordens pertinentes às estabelecidas nas rotinas operacionais ou aos protocolos assistenciais do SAMU 192:

- 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 na ficha de atendimento; e
- informar a Regulação Médica.

Ordens contrárias às estabelecidas nas rotinas operacionais ou protocolos assistenciais do SAMU 192:

- esclarecer à autoridade que as ordens ferem os regulamentos do SAMU 192;
- informar à Regulação Médica e aguardar as orientações sobre como proceder; e
- registrar detalhadamente as intercorrências e decisões na ficha de atendimento.

Observação:

Se a equipe for de Suporte Básico de Vida, somente o médico regulador poderá autorizar a realização de procedimentos não protocolares.

PE16 - Atendimento na presença de médicos e 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 SAMU 192 e que se prontifiquem a prestar atendimento ao paciente, caracteriza a intervenção externa.

Conduta

No caso de intervenção externa de profissionais médicos (especialmente se o médico do SAMU não estiver presente na cena):

- comunicar a 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 na Ficha de Atendimento:
 - anotar nome e CRM do profissional; e
 - solicitar ao profissional que registre sua intervenção no campo apropriado e assine a ficha, se possível, com carimbo.

Observação:

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 na Ficha de Atendimento e anotar nome e registro do profissional.