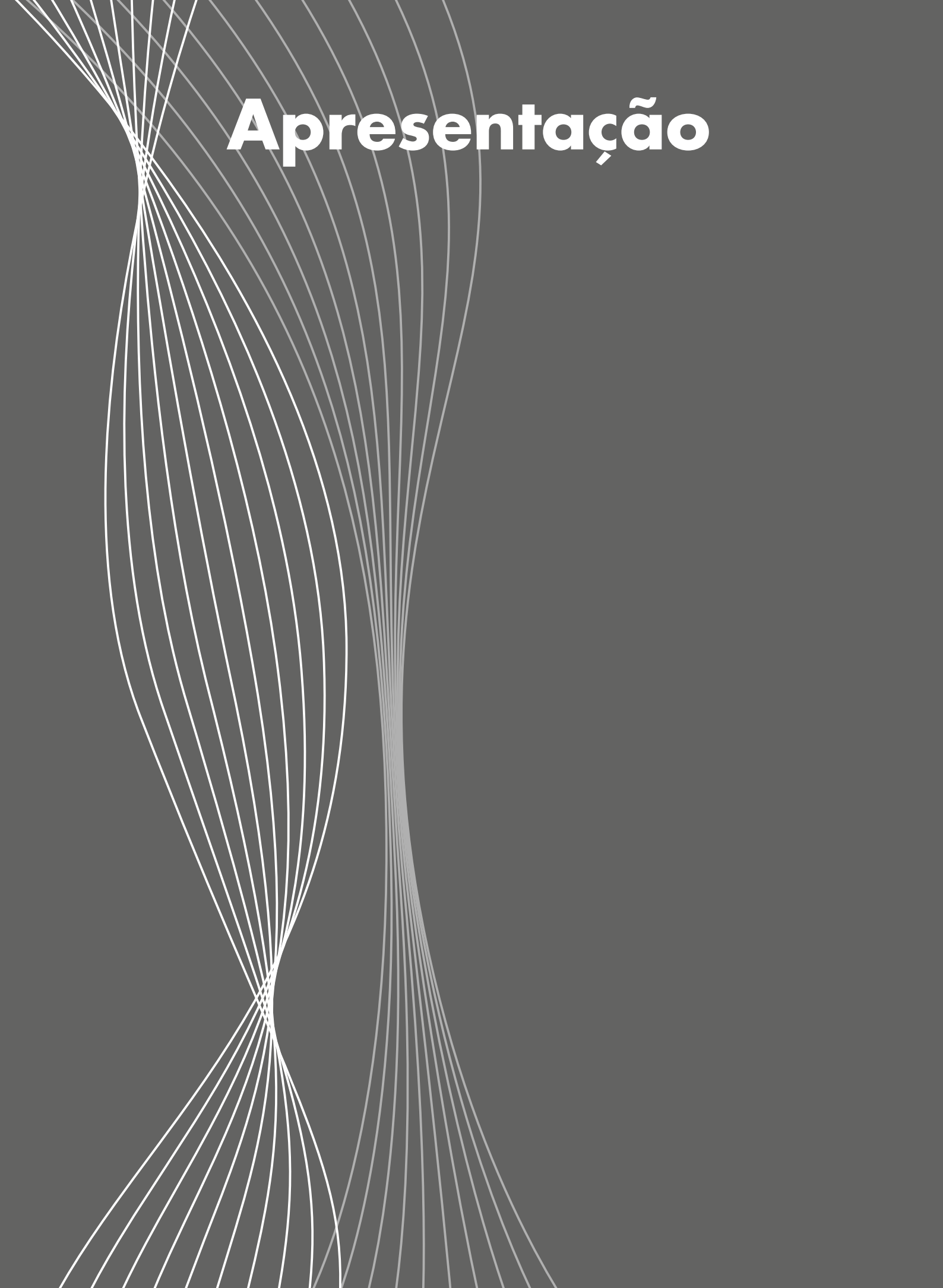




**SAMU  
192**

# **Protocolos de Suporte Básico de Vida**

# Apresentação





## 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

### PROADI-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.

## 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 Rangearo Peres**

SAMU 192 Palmas, TO.

**Cibeli de Lima 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.

**Kayursula Dantas de C. Ribeiro**

SAMU 192 Brasília, DF.

**Keila 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.

**Maicon de Paula Vargas**

SAMU 192 Rio Grande do Sul, RS.

**Marcelo 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.

**Ramom 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.

## 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 Eloi 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 Schuskel**

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 Vilanova 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.

## Ficha Catalográfica

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, 2014.

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

CDD 616.0252

CDU 616-083



## Apresentação

Com pouco mais de 10 anos de existência o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 se anuncia 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 conseqüentemente 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 desrespeitar 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

## 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 e um CD para reprodução. Esses mesmos arquivos poderão ser baixados em PDF do site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

Nossa Equipe Técnica está trabalhando no desenvolvimento de novos protocolos e alguns deles deverão ser disponibilizados ainda no 1º semestre de 2015. Essas unidades em desenvolvimento já estão sinalizadas no sumário do presente material.

Áreas como pediatria e obstetrícia terão atenção especial em 2015 e em breve todos os serviços receberão os protocolos desses agrupamentos, para incorporar em suas respectivas pastas. Sempre que necessário, os arquivos em PDF também serão atualizados no site.

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 deste material enviando suas críticas e sugestões para o email:

[protocolos.samu@saude.gov.br](mailto: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**



## Sumário

<b>PROTOCOLOS SBV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS</b>		
BC1	Avaliação primária do paciente (agravo clínico)	
BC2	Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)	
BC3	OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos	
BC4	Parada respiratória no adulto	
BC5	PCR – RCP no adulto	
BC6	PCR: Interrupção da RCP	
BC7	Cuidados Pós-Ressuscitação no adulto	
BC8	Decisão de não Ressuscitação	
BC9	Algoritmo Geral da RCP no adulto	
BC10	Insuficiência respiratória aguda no 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	Intoxicação e abstinência alcoólica	
BC31	Intoxicação por drogas estimulantes	
BC32	Autoagressão e tentativa de suicídio	Em finalização

## Sumário

<b>PROCOLOS SBV EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS</b>	
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	Inalação de fumaça
BT20	Intoxicação por monóxido de carbono
BT21	Intoxicação por Organofosforados e Carbamato
BT22	Afogamento
BT23	Acidentes com animais peçonhentos

## Sumário

PROTOSCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SBV		
BP1	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura	
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	Em finalização
BP9	Controle de hemorragias: Torniquete	Em finalização
BP10	Aferição de sinais vitais: Pressão arterial	Em finalização
BP11	Aferição de sinais vitais: Frequência cardíaca	Em finalização
BP12	Aferição de sinais vitais: Frequência respiratória	Em finalização
BP13	Aferição de sinais vitais: Temperatura	Em finalização
BP14	Escala de Coma de Glasgow	Em finalização
BP15	Escala de AVC de Cincinnati	Em finalização
BP16	Avaliação da glicemia capilar	Em finalização
BP17	Colocação do colar cervical	
BP18	Imobilização sentada – Dispositivo tipo colete (KED)	
BP19	Retirada de paciente: Retirada rápida (1 ou 2 profissionais)	Em finalização
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	Em finalização
BP27	Contenção Física	

## Sumário

<b>PROTOSCOLOS ESPECIAIS</b>		
PE1	Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena	
PE2	Regras gerais de biossegurança	
PE3	Práticas para a segurança do paciente	
PE4	Papel e responsabilidades da equipe do SAMU	Em finalização
PE5	Responsabilidades adicionais do condutor de veículos	Em finalização
PE6	Regras gerais de condução de ambulância	Em finalização
PE7	Regras gerais para estacionamento de ambulância	Em finalização
PE8	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância	Em finalização
PE9	Consentimento para tratamento de menor	Em finalização
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	Em finalização
PE19	Dispensa de paciente na cena	
PE20	Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto	
PE21	Regras gerais de eventos envolvendo transporte aeromédico	Em finalização
PE22	Sistematização da passagem do caso para a regulação médica	Em finalização
PE23	Limpeza concorrente da ambulância: Hipoclorito e álcool	Em finalização
PE24	Limpeza terminal da ambulância: Hipoclorito e álcool	Em finalização
PE25	Limpeza de superfície / Material biológico: Hipoclorito e álcool	Em finalização
PE26	Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192	
PE27	Identificação do óbito por equipes do SAMU 192	

## Sumário

PROTOCOLOS ESPECIAIS		
PE28	Código Q e alfabeto fonético	Em finalização
PE29	Acidente de trabalho com material biológico	Em finalização
PE30	Acidente de trabalho: outros acidentes (não biológicos)	Em finalização
PE31	Solicitação de apoio do SAV, SBV e/ou Resgate	Em finalização
PE32	Presença ou suspeita de envolvimento de produtos perigosos	Em finalização
PE33	Suspeita de maus tratos/abuso/negligência com crianças e idosos	Em finalização
PE34	Suspeita de abuso sexual	Em finalização
PE35	Anotações na ficha de atendimento	Em finalização



## Lista de Siglas

PROTOCOLOS 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 <sub>2</sub>	Saturação de oxigênio

## Lista de Siglas

SAV	Suporte Avançado à Vida
SBV	Suporte Básico à Vida
TAx	Temperatura axilar
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TVSP	Taquicardia Ventricular Sem Pulso
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TRM	Traumatismo raquimedular
VA	Vias aéreas
3S	Segurança de cena, Segurança do paciente, Biossegurança

**SBV**  
**Clínico**

**BC**



## 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 O<sub>2</sub>.
- 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

### 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 O<sub>2</sub>, 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 nada 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).



## 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 O<sub>2</sub>, 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).



## BC5 – PCR-RCP no adulto

### 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) e checar a presença de respiração.
- 2.** Se não responsivo, respiração ausente ou em gasping, posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
- 3.** Solicitar ajuda e o DEA.
- 4.** Checar pulso central (carotídeo) em 10 segundos:
  - pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar 1 insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12 por minuto) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Siga o Protocolo BC4 (Parada respiratória); e
  - pulso AUSENTE: informar imediatamente à Central de Regulação Médica, solicitando apoio e iniciar RCP.
- 5.** Iniciar RCP com compressões torácicas eficientes, mantendo ciclos de 30 compressões e 2 insuflações, inicialmente com bolsa valva-máscara com reservatório e O<sub>2</sub> 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 indicado (FV, TVSP):
  - solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;
  - disparar o choque quando indicado pelo DEA; e
  - reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas, mais que 100 compressões por minuto (30 compressões para 2 insuflações), 5 ciclos ou 2 minutos.
- 8.** Após 2 minutos ou 5 ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo com o DEA. Se choque indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie o ciclo 30x2.
- 9.** Se choque não indicado :
  - reiniciar imediatamente a RCP, começando pelas compressões torácicas, mais que 100 compressões por minuto (30 compressões para 2 insuflações), por 5 ciclos ou 2 minutos.
- 10.** Checar novamente o ritmo.
- 11.** Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar o SAV, chegar ao hospital ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).

## BC5 – PCR-RCP no adulto

12. Se retorno a circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós-RCP (Protocolo BC7)
13. Na ausência de retorno a circulação espontânea ou outras condições de risco, considerar Protocolo de Interrupção da RCP (Protocolo BC8).
14. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

### Observações:

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade e na desfibrilação precoce.
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:
  - compressões com as mãos entrelaçadas;
  - deprimir o tórax em, no mínimo, 5cm e permitir o completo retorno entre as compressões;
  - manter frequência de compressões no mínimo de 100/min;
  - alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min; e
  - minimizar as interrupções das compressões.
- Insuflações de boa qualidade compreendem:
  - insuflação de 1 segundo cada; e
  - visível elevação do tórax.
- Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP.
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento). Considerar os critérios de inclusão no Protocolo de Interrupção da RCP (Protocolo BC6).

## 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.



## 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:

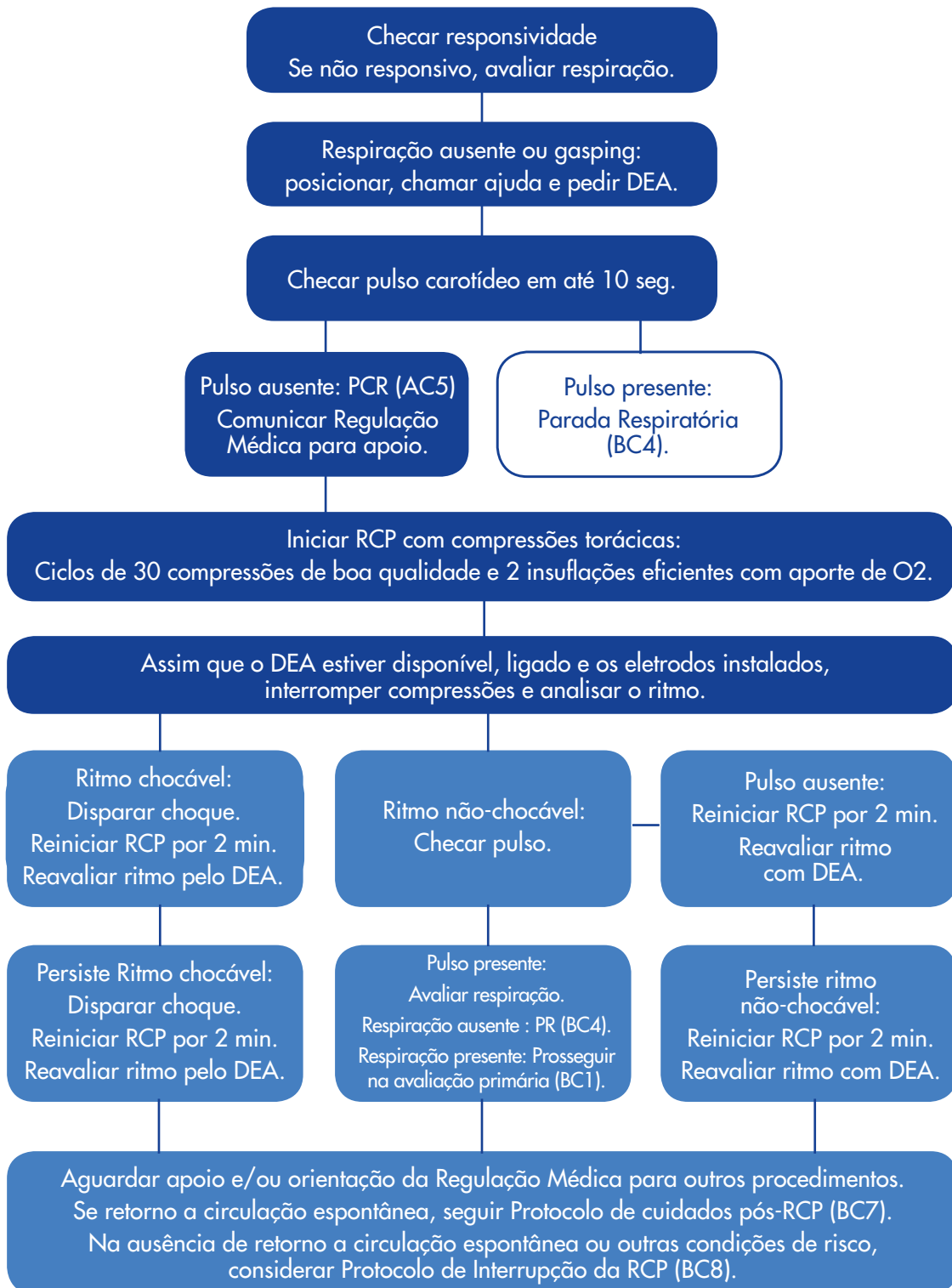
1. Não iniciar manobras de RCP.
2. Comunicar o evento à Central de Regulação Médica.
3. Em situações de risco à equipe, observar considerações do protocolo PE1.
4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos 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 – Suporte Básico no adulto





## BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- paciente com dificuldade respiratória ou alteração de ritmo e/ou frequência ventilatória de início súbito e de gravidade variável.
- sinais e sintomas de gravidade:
  - alteração do nível de consciência (agitação, confusão, sonolência, inconsciência);
  - cianose;
  - uso de musculatura acessória, retrações subcostais e/ou de fúrcula;
  - dificuldade na fala (frases curtas e monossilábicas);
  - alteração na frequência cardíaca (bradicardia ou taquicardia - >140 bpm); e
  - hipoxemia (SatO<sub>2</sub> < 90%).

### Conduta:

#### 1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:

- avaliar o nível de consciência;
- manter o paciente em decúbito elevado, em graus variáveis, de acordo com a intensidade do desconforto respiratório; e
- considerar possibilidade de OVACE (Protocolo BC3).

#### 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:

- avaliar o padrão respiratório (frequência, amplitude e assimetria) e ruídos respiratórios;
- avaliar oximetria; e
- realizar entrevista SAMPLA.

#### 3. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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

### 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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

### 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 O<sub>2</sub> por máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO<sub>2</sub> < 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.



## 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  $\geq 120$  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 subcanóidea, complicações cardiovasculares (IAM, angina instável com dor, falência de ventrículo esquerdo, dissecação de aorta, edema agudo de pulmão), falência renal.

### Condução:

- 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 arresponsividade.
- 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO<sub>2</sub> < 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<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO<sub>2</sub> < 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 esfíncteres podem sugerir estado pós-convulsivo.
- Obter informações de acompanhantes ou outras testemunhas.



## 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  $O_2$  sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se  $SatO_2 < 94\%$ .

#### 2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:

- monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;
- 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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- temperatura central  $< 35^{\circ}\text{C}$ .
- história de exposição ao frio, avaliar grupo de risco.
- sinais clínicos de hipotermia.

#### HIPOTERMIA LEVE ( $32\text{-}35^{\circ}\text{C}$ )

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 ( $30\text{-}32^{\circ}\text{C}$ )

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

#### HIPOTERMIA GRAVE ( $<30^{\circ}\text{C}$ )

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  $\text{O}_2$  sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se  $\text{SatO}_2 < 94\%$ .
2. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:
  - entrevista SAMPLA para a identificação das possíveis causas; e
  - mensurar a PA, oximetria de pulso e glicemia capilar.
3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
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 O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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).



## 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 O<sub>2</sub> por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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).



## 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 mm Hg; hipertermia e mau estado geral).
- Transportar o paciente na posição de recuperação/confortável, de acordo com a suspeita diagnóstica e/ou sintomas prioritários (ex: em decúbito elevado quando tiver dispneia, em decúbito lateral quando estiver vomitando, em decúbito lateral esquerdo quando estiver grávida, etc.).



## 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<sub>2</sub> sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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).



## 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante, 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Sangramento nasal ativo, associado ou não as seguintes situações:

- história de trauma de face;
- introdução de corpo estranho em cavidade nasal; e
- uso de medicações anticoagulantes ou história de discrasia sanguínea.

### Conduta:

**1.** Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:

- garantir permeabilidade das vias aéreas,
- manter cabeceira elevada;
- controlar sangramento através de compressão digital por 5 a 10 min; e
- aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.

**2.** Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2).

**3.** Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

**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.



## 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.

### Condução:

- 1.** Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:
  - garantir a permeabilidade das vias aéreas;
  - realizar aspiração da cavidade oral se necessário; e
  - oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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).



## 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.



## 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<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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).



## 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.

## 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.

## BC30 – Intoxicação e abstinência alcoólica

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda).
3. Apresentar-se, realizar a avaliação primária (Protocolo BC1) e tratar conforme encontrado.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2): SAMPLA, sinais vitais e exame físico.
5. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência com familiares e pessoas próximas que possam facilitar o entendimento e manejo da situação.
6. Valorizar: tipo de substância; via de absorção; e histórico psiquiátrico.
7. Não havendo evidência de trauma, manter o paciente em posição de recuperação, devido ao risco de aspiração de secreções.
8. Administrar O<sub>2</sub> por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
9. Manter o paciente aquecido.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
11. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

## BC30 – Intoxicação e abstinência alcoólica

### 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.

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

## BC31 – Intoxicação por drogas estimulantes

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Condição que se segue ao consumo de cocaína, crack, anfetaminas, MDMA, ecstasy, metanfetamina (cristal) e outras drogas estimulantes.

Pode resultar em: ansiedade, instabilidade, irritabilidade, agitação psicomotora, fluxo de pensamento acelerado e desordenado, alucinações, delírios, rigidez muscular e/ou trismo mandibular, tremores, movimentos repetitivos, taquicardia, pupilas midriáticas, hipertemia e aumento da pressão arterial.

### Conduta:

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Aproximar-se de forma tranquila (não acionar o sinal sonoro da ambulância), identificar-se (nome e função) e explicar o motivo da aproximação (oferecer ajuda).
3. Apresentar-se, fazer a avaliação primária (Protocolo BC1) e tratar conforme encontrado.
4. Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2): SAMPLA, sinais vitais e exame físico.
5. Identificar situações relacionadas ao contexto da crise/urgência com familiares e pessoas próximas que possam facilitar o entendimento e manejo da situação.
6. Valorizar: tipo de substância; via de absorção; e histórico psiquiátrico.
7. Administrar O<sub>2</sub> por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
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.

## BC31 – Intoxicação por drogas estimulantes

### 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.

- Solicitar apoio do SAV em casos de agravos como: agitação e/ou agressividade, rebaixamento do nível de consciência, hipotensão moderada a severa, hipo ou hipertermia, dor torácica, convulsões e sinais de AVE.
- Considerar intoxicações por outras drogas.
- Considerar orientar os pacientes não removidos que procurem a rede de atenção básica, psicossocial e/ou de assistência social.
- Considerar que complicações/agravos clínicos em situações de intoxicação podem implicar em risco de morte e, portanto, não devem ser negligenciados.



**SBV  
Trauma**

**B  
T**



## 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 pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral;
  - considerar o uso de cânula orofaríngea;
  - oximetria e  $O_2$  por máscara facial, 10 a 15 l/min se  $SatO_2 < 94\%$ ;
  - 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 rpm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Avaliar a circulação (presença de hemorragia e avaliação da perfusão):
  - controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado);
  - avaliar 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**

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 possíveis lesões associadas;
- Repetir avaliações durante o transporte até chegada ao hospital.

## 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.

### Conduta:

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

- Nome e idade
- Verificação dos sinais vitais
  - Respiração (frequência, ritmo e amplitude)
  - Pulso (frequência, ritmo e volume)
  - Pressão arterial
  - 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?
- L: 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:

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

##### Pescoço:

- avaliar região anterior e posterior;
- avaliar em especial se há distensão das veias e/ou desvio de traqueia.

##### Tórax:

- observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, 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 íliacas 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;
- Nos 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

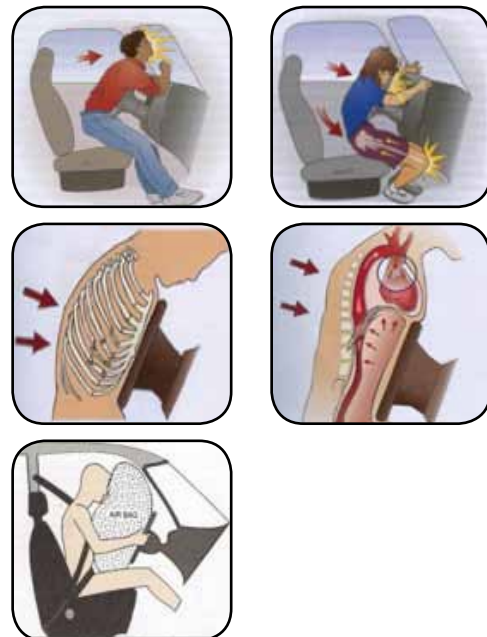
#### Lesões esperadas:

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

Obs: Considerar a trajetória possível: por cima do volante (cabeça em direção ao 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

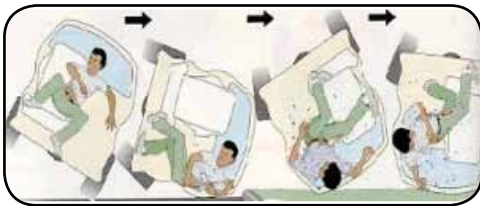
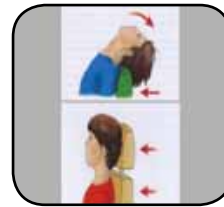
Lesões esperadas:

- 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)

### Atropelamento

#### Avaliar:

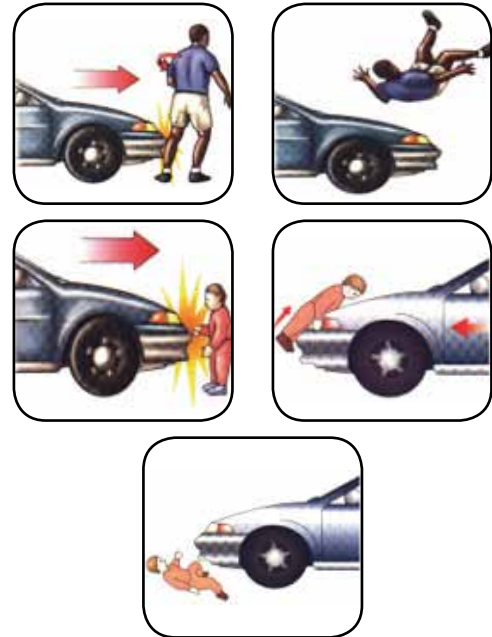
- 3 impactos no adulto: contra MMII e quadris; tronco contra o capô; paciente contra o chão;
- peso e altura do paciente em relação à altura do veículo.

#### Lesões esperadas:

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

## 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 (fuzis e metralhadoras), média energia (revolveres e rifles) e baixa energia (faca e picador de gelo);
- distância do agressor;
- armas de baixa energia: sexo do agressor, lesão = trajetória, arma foi removida?, órgãos próximos?;
- armas de média energia: a cavidade temporária é 3 a 5 x maior que o projétil, considerar ainda perfil desconhecido do projétil, rolamento e fragmentação;
- armas de alta energia: a cavidade temporária é até 25 x maior que o projétil; considerar ainda perfil desconhecido do projétil, rolamento e fragmentação;
- local do ferimento (único ou múltiplo?);
- características dos ferimentos externos.

#### 4. LESÕES POR EXPLOSÃO:

##### Avaliar aspectos gerais:

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

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

### Observações:

#### 5. SUSPEITAR DE TRAUMATISMO GRAVE:

- Em quedas >1,5 vezes a altura do paciente;
- Atropelamento;
- Colisões com veículos a mais de 30 Km/hora;
- Ejeção do paciente;
- Morte de um ocupante de veículo acidentado;
- Danos graves ao 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%; e
  - identificar e controlar sangramentos, se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
  - 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.



## 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<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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 liquórica;
  - presença de fraturas abertas;
  - exposição de tecido cerebral;
  - ferimentos de extensos de couro cabeludo; e
  - sinais de fratura de base de crânio.
- Se SatO<sub>2</sub> < 94%, se Escala de Coma de Glasgow < a 10, se sinais vitais alterados, informar precocemente a Regulação Médica.



## 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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.



## 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.



## 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/lados de fixação.
2. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo para manter SatO<sub>2</sub> ≥ 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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.



## 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 O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 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.



## BT11 – TRM – Trauma Raquimedular

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e condutas indicadas.
2. Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
3. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) e condutas indicadas.
4. Considerar a possibilidade de choque neurogênico (hipotensão sem taquicardia e com vasodilatação periférica e consequente pele seca e quente): seguir protocolo específico (Protocolo BT4).
5. Realizar as imobilizações necessárias:
  - na suspeita de lesão na coluna, imobilizar na posição supina (decúbito dorsal), alinhada e neutra, sobre prancha rígida (ou dispositivo similar de mesma finalidade), iniciando pela estabilização e alinhamento manual da cabeça (se não houver contra-indicação). Essa estabilização deve ser mantida durante todo o tempo até a colocação do fixador de cabeça;
  - o alinhamento da cabeça está contra-indicado e deve ser interrompido quando ocorrer piora da dor referida, piora do padrão respiratório, resistência voluntária ao movimento, início ou aumento de déficit neurológico e espasmos dos músculos do pescoço. Nesses casos, imobilizar a cabeça na posição encontrada; e
  - paciente que se encontra dentro de veículo:
  - realizar a retirada rápida se paciente grave, cena insegura ou necessidade de acesso a outro paciente com lesões mais graves ou em PCR (Protocolo BP5);
  - utilizar equipamento de retirada tipo KED quando indicado ; e
  - após a retirada, imobilizar em prancha longa .

## BT11 – TRM – Trauma Raquimedular

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 (Protocolo BT3).
- Lembrar: o alinhamento cervical poderá não ser possível em casos de torcicolo congênito ou outra malformação ou em deformidades degenerativas pré-existentes.
- Se necessário, utilizar coxim para manter o alinhamento neutro da cabeça ou do tronco (nas crianças) e garantir a permeabilidade das vias aéreas.
- Paciente que se encontra em pé na cena também deve ser imobilizado, com instalação de prancha longa com técnica "em pé".

## BT12 – Trauma de membros superiores e inferiores

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril.
4. Considerar breve limpeza/enxágue dos ferimentos abertos com solução salina em caso de sujidade grosseira.
5. Cobrir ferimentos abertos com curativo estéril.
6. Avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.
7. Realizar a imobilização da parte afetada, conforme técnica mais apropriada;
8. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical e tronco em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
9. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização.
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
11. 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.



## BT13 - Fratura exposta de extremidades

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente de trauma de extremidade apresentando:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril.
4. Considerar breve limpeza/enxágue dos ferimentos abertos com solução salina em caso de sujidade grosseira.
5. Cobrir ferimentos abertos e/ou extremidades ósseas com curativo estéril.
6. Avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.
7. Realizar a imobilização do segmento afetado com ênfase para:
  - retorno à posição anatômica, exceto se presença de dor significativa e/ou resistência ao reposicionamento; e
  - escolha da técnica mais apropriada.
8. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização.
9. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;
10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
11. 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.
- O retorno à posição anatômica pode aliviar a compressão de artérias ou nervos e melhorar a perfusão e a função neurológica.
- Não recolocar o osso exposto para o interior do ferimento.
- Se as extremidades ósseas se retraírem para dentro da ferida durante a imobilização, anotar essa informação na Ficha de Atendimento que deverá ser passada para a equipe do hospital.



## BT14 – Amputação traumática

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

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

## BT14 – Amputação traumática

**12.** 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.
- Na identificação deve constar, no mínimo:
  - nome do paciente (se disponível);
  - segmento ou parte amputada; e
  - data e hora do evento.
- Os cuidados com a parte amputada visam aumentar o tempo de viabilidade do segmento amputado em caso de eventual reimplante.
- Não retardar o transporte na tentativa de localizar a parte amputada. Policiais ou outros auxiliares devem permanecer no local para procurá-la e devem ser orientados quanto aos cuidados e à forma de transportá-la, sendo informados sobre o hospital de destino do paciente.

## BT15 – Trauma de pelve

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Trauma de pelve associado a alguns dos sinais ou sintomas abaixo:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
4. Verificar pulsos distais.
5. Colocar o paciente sobre prancha longa utilizando, de preferência, a técnica de elevação à cavaleiro.
6. Imobilizar conforme técnica apropriada e complementar com a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
8. 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.
- Diante da deformidade visível da pelve, não realizar o exame da estabilidade do anel pélvico ou qualquer outra manipulação desnecessária, apenas realizar a imobilização.
- Mobilizar cuidadosamente.



## BT16 - Síndrome do esmagamento

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e da boa ventilação.
2. Oferecer O<sub>2</sub> suplementar por máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Comunicar imediatamente a Regulação Médica para a avaliação da possibilidade de apoio do SAV e/ou para procedimentos.
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
6. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco, e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
9. Relatar ao médico receptor no hospital de destino o tempo aproximado de encarceramento.

### Observações:

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



## BT17 – Síndrome compartimental

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2).
3. Avaliar e remover imobilizações ou enfaixamentos circulares apertados.
4. Reavaliar a perfusão distal constantemente.
5. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
6. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
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.
- Considerar que imobilizações aplicadas por tempo prolongado e/ou enfaixamento circular muito apertado (inclusive aparelho gessado) também podem levar à síndrome compartimental.
- Não realizar acesso venoso no membro afetado.



## BT18 – Queimadura térmica (calor)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

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

### Conduta:

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

## BT18 – Queimadura térmica (calor)

13. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
14. 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, tais como: lesões traumáticas, queimaduras de vias aéreas, inalação de fumaça e resíduos tóxicos (ver protocolo específico);
- Não romper ou perfurar bolhas no APH.
- Determinação da área queimada pela Regra dos 9

Área corporal	% no Adulto	% na Criança e bebê
Cabeça e pescoço	9	18
MMSS	9 (cada)	9 (cada)
MMII	18 (cada)	13,5 (cada)
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Genitais	1	1
Total	100	100

## BT19 – Inalação de fumaça

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Quando houver exposição de uma pessoa a fumaça em espaço fechado (ex.: incêndio).
- Qualquer paciente com queimadura em face (observar cílios, sobrancelhas, pelos do nariz e condições respiratórias), tosse ou fuligem no escarro.

### Conduta:

1. Afastar o paciente do agente causador/retirar da área de risco.
2. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2).
3. Manter permeabilidade da via aérea.
4. Oferecer O<sub>2</sub> sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO<sub>2</sub> < 94%.
5. Monitorizar a oximetria de pulso; considerar que em casos de intoxicação por monóxido de carbono (Protocolo BT20) a sua leitura poderá indicar valores maiores do que o real.
6. No caso de queimaduras associadas (Protocolo BT18).
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
8. 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 necessidade de apoio de equipes especializadas para aproximação e retirada do paciente da área de risco.
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.



## BT20 – Intoxicação por monóxido de carbono

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).
2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros, através da Central de Regulação, na suspeita de presença do gás no ambiente, para a retirada do paciente da área de risco.
3. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2).
4. Ofertar oxigênio na máxima concentração disponível, independentemente da leitura da oximetria de pulso, de preferência com máscara não reinalante com O<sub>2</sub> a 15 l/min.
5. Considerar ventilação BVM com reservatório, nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insuficiência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.
6. Nas crises convulsivas (Protocolo BC16).
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.
8. 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.
- A oximetria normal é um achado característico. O monóxido de carbono (CO) tem afinidade aproximadamente 200 vezes maior pela hemoglobina-Hb do que o oxigênio. Dependendo da porcentagem de ligação do CO à Hb, ocorrerá hipoxemia celular, porém com oximetria periférica inalterada, pois o oxímetro não diferencia a oxihemoglobina da carboxihemoglobina.



## BT21 – Intoxicação por Organofosforados e Carbamato

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- História de contato cutâneo ou inalatório durante manuseio de inseticida agrícola (organofosforados).
- História de ingestão oral intencional ou acidental de inseticidas ou “raticidas” (carbamatos), associado com alguns dos seguintes sinais ou sintomas:
  - tosse, cianose, broncoespasmo, broncorreia;
  - bradicardia, hipotensão;
  - poliúria, incontinência urinária;
  - dores abdominais, náuseas, vômitos, diarreia; e
  - distúrbios visuais, miose, lacrimejamento e salivação excessiva.

### Conduta:

1. Assegurar o uso dos EPIs adequados (Protocolo PE2).
2. Garantir a segurança da cena (Protocolo PE1).
3. Informar precocemente a Regulação Médica sobre a presença de produto potencialmente tóxico, para receber orientações específicas.
4. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) com ênfase para as ações prioritárias necessárias:
  - garantir permeabilidade de via aérea;
  - administrar oxigênio em alto fluxo para manter  $\text{SatO}_2 \geq 94\%$ ; e
  - monitorizar a oximetria de pulso.
5. Realizar avaliação secundária (Protocolo BT2) com ênfase para:
  - monitorar os sinais vitais;
  - realizar entrevista SAMPLA; e
  - valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de absorção e profissão).
6. Em caso de contato cutâneo ou inalatório, remover as roupas com cuidado e realizar a descontaminação a partir da lavagem da região afetada com SF ou água corrente abundante, se disponível (antes de colocar o paciente dentro da ambulância).
7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

## BT21 – Intoxicação por Organofosforados e Carbamato

8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.
9. Transportar o paciente na ambulância com janela aberta, sempre que houver contaminação do ambiente (roupas e vômitos funcionam como contaminantes).

### Observações:

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas.
- A Regulação Médica deve ser informada prontamente sobre qualquer detalhe disponível acerca do agente causador, bem como dos sinais e sintomas encontrados, para subsidiar o contato com o Centro de Controle de Intoxicações da região e a tomada de decisão.
- O pesticida agrícola carbamato, informalmente utilizado como raticida, é conhecido pelo nome popular de “chumbinho”.
- Considerar o vômito do paciente que ingeriu a substância como fonte de contaminação, especialmente se impregnado nas vestes, que devem ser retiradas com cuidado.
- As roupas retiradas devem ser colocadas em um saco plástico identificado e devidamente fechado, a ser conduzido para o hospital junto com o paciente.

## BT22 – Afogamento

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

### Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1) e secundária (Protocolo BT2);
2. Monitorizar a oximetria de pulso;
3. Tranquilizar o paciente consciente;
4. No paciente em parada respiratória ou cardiorrespiratória, seguir protocolo específico (Protocolos BC4, BC5);
5. Administrar O<sub>2</sub> em alto fluxo objetivando manter SatO<sub>2</sub> ≥ 94%;
6. Na ausência de trauma associado e diante da demora para o transporte, providenciar repouso em posição de recuperação;
7. Se trauma associado, realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
8. Controlar a hipotermia: retirada de roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada ;
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;
- Atenção especial para a possibilidade de lesão de coluna cervical;



## BT23 – Acidentes com animais peçonhentos

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

### Conduta:

#### 1. Realizar Avaliação Primária (Protocolo BT1), com ênfase para:

- oximetria de pulso;
- administrar O<sub>2</sub> por máscara facial em altos fluxos, se SatO<sub>2</sub> < 94%;

#### 2. Realizar Avaliação Secundária (Protocolo BT2);

#### 3. Manter paciente em repouso absoluto;

#### 4. Lavar a ferida com SF e cobrir com curativo estéril seco;

#### 5. Não utilizar torniquete;

#### 6. Obter descrição, imagem ou o próprio animal (se morto e acondicionado em dispositivo fechado e protegido);

#### 7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;

#### 8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde;

#### 9. Considerar transmissão da imagem do animal e da lesão para o centro de controle de intoxicação da sua região ou para a Central de Regulação.

### Observações:

- Considerar os 3 “S” (Protocolos PE1, PE2, PE3), com especial atenção para a segurança de cena;
- Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas;
- Nos acidentes por animais peçonhentos o socorrista não deve perder tempo no local e nem deve tentar capturar o animal;
- Atenção especial aos extremos de idades já que são mais susceptíveis a complicações decorrentes do veneno inoculado.
- A Central de Regulação poderá efetuar contato com Centro de Controle de Intoxicação da sua região;





# **SBV** **Procedimientos**

# **BBP**



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

### Indicação

- Paciente inconsciente em decorrência de agravo clínico ou traumático, com possível obstrução da via aérea pela flacidez da língua.

### Material

- EPI obrigatório.

### Procedimentos

1. Utilizar EPI.
2. Realizar manobra conforme indicado:
  - AGRAVOS CLÍNICOS: Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento; e
  - AGRAVOS TRAUMÁTICOS: Manobra de tração da mandíbula no trauma e suas variações.

### Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento

Indicada para pacientes de agravos clínicos nas quais não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma.

- Posicionar uma das mãos sobre a testa e a outra com os dedos indicador e médio tocando o mento do paciente.
- Realizar movimento de elevação do mento do paciente.
- Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.
- Manter a boca do paciente aberta.



### Manobra de tração da mandíbula no trauma (Jaw Thrust)

Indicada para pacientes de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.



- Posicionar-se à cabeceira do paciente.
- Realizar o controle manual da coluna cervical para alinhamento e estabilização em posição neutra, colocando as mãos espalmadas uma de cada lado da face do paciente. Os dedos indicadores do socorrista devem inicialmente apontar para a direção dos pés.

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

- Posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar força simétrica para elevar a mandíbula anteriormente (para frente), enquanto promove a abertura da boca com os polegares.



### Manobra de tração da mandíbula no trauma (Jaw Thrust) – Alternativa

Indicada para pacientes de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.



- Posicionar-se ao lado do paciente.
- Manter a imobilização da cabeça e do pescoço em posição neutra a partir da colocação das mãos uma de cada lado do paciente. Os dedos devem inicialmente apontar para a direção da cabeça.
- Posicionar os dedos polegares na face e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.
- Com os dedos posicionados, aplicar pressão simétrica na mandíbula para movê-la anteriormente (para frente) e levemente para baixo (em direção aos pés).

## 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 traciona o queixo anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.



### Observações:

- Retirar manualmente, com espátulas ou pinças de 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 O<sub>2</sub>.
- 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 laringoespasma e vômitos.
- Se ocorrer reflexo de tosse ou vômito, suspenda o procedimento.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.
- Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.



## BP4 – Dispositivos para oxigenioterapia: 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 oxigenioterapia: máscara facial não-reinalante com reservatório

### Indicação

Pacientes com importante desconforto respiratório, que necessitam de altas concentrações de  $O_2$ , mas que se mantêm responsivos e com ventilação espontânea. Inclui a presença de:

- sinais de hipoxemia/hipóxia tissular;
- sinais de desconforto respiratório; e
- $StaO_2 \leq 94\%$ .

### 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	FREQUÊNCIA DE FLUXO	$FiO_2$
Máscara facial não-reinalante com reservatório de $O_2$	6 l/min	60%
	7 l/min	70%
	8 l/min	80%
	9 l/min	90%
	10 a 15 l/min	95 a 100%



## BP6 – Dispositivos para oxigenioterapia: Máscara de Venturi

### Indicação

Pacientes com hipoxemia moderada a grave, sugestiva de DPOC, que necessitam de controle rigoroso da oferta de O<sub>2</sub>. Inclui:

- sinais de desconforto respiratório; e
- SatO<sub>2</sub> ≤ 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.



## 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;

## 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.

## BP17 – Colocação do colar cervical

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 conectado ao colete do mesmo lado. A passagem do tirante é realizada debaixo da coxa e da nádega no sentido de frente para trás.
- Atenção especial deve ser dada 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).



## 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.



## 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.

## **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.

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

### 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.



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

- Quando o tronco do paciente estiver sobre a prancha, ele é posicionado sob arrasto para a cabeceira, porém com a manutenção da estabilização da coluna, agora pelo profissional 1 que não deve puxar o paciente e sim, apenas dar suporte à cabeça.
- O arrasto é feito pelos profissionais 2 e 3.
- Se a cena não for segura ou o paciente estiver grave, ele deve ser rapidamente removido do local para sua segurança e estabilização do quadro.



4. Registrar, na ficha/boletim de atendimento, o procedimento realizado.

### 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 não coloquem a vida em risco iminente, a técnica a ser utilizada é a de colete imobilizador (KED).
- Esta técnica permite variações diversas a depender do tipo de veículo, suas características e as circunstâncias do evento. No entanto, suas premissas básicas devem ser sempre consideradas, principalmente as que envolvem a estabilização da coluna cervical, os giros com pequenas movimentações e a redução nas trocas de posição entre os profissionais.



## BP21 – Remoção de capacete

### Indicação

Paciente em uso de capacete fechado com suspeita de trauma.

O procedimento tem como objetivo permitir o acesso imediato para o tratamento da via aérea e da ventilação do(a) paciente, e ainda, assegurar a estabilização da cabeça e da coluna cervical.

### Material

- 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 o procedimento conforme descrito.

- O profissional 1 aborda o paciente por trás da cabeça e ajoelhado com os braços apoiados no chão ou nas coxas, estabiliza o capacete posicionando as palmas das mãos sobre ele enquanto os dedos se apoiam na borda inferior.
- O profissional 2 ajoelha-se ao lado e abre (ou retira) a proteção do rosto e também abre (ou corta) a tira de fixação do capacete.



- O profissional 2 deve assumir o controle manual da coluna cervical. Para isso, com uma das mãos fixa a mandíbula do paciente de um lado a outro, em movimento com o polegar e os dedos abertos enquanto apoia o braço sobre o esterno. A outra mão é posicionada por trás, sob o pescoço na região occipital com o cotovelo apoiado no solo.

## BP21 – Remoção de capacete

- O profissional 1 inicia a retirada do capacete fazendo um movimento para os lados (de abertura), ao mesmo tempo que mobiliza o capacete para cima e para baixo (balanço) tracionando-o para fora da cabeça do paciente. É preciso cuidado especial no momento de passagem sobre o nariz. Os movimentos devem ser lentos e controlados.



- Assim que o capacete for totalmente retirado, enquanto o profissional 2 mantém o controle manual, sem deixar a cabeça se movimentar, o profissional 1 ajusta e coloca coxins atrás da cabeça do paciente para auxiliar na manutenção da posição neutra e alinhada.
- Após a colocação dos coxins, o controle manual da cabeça volta a ser efetuado pelo profissional 1 na forma padrão.
- O procedimento é finalizado com a colocação do colar cervical.

### 4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Pacientes em uso de capacete fechado na frente devem ter o dispositivo retirado logo no início da avaliação para acesso às vias aéreas e ventilação e detecção de hemorragias ocultas na região posterior.
- A retirada de capacete de paciente em posição ventral é similar e exige adaptação do posicionamento para o controle manual da cabeça e rolagem 180° antes da colocação do colar cervical.
- O capacete não deve ser retirado nos casos de excessiva dor ou parestesia ao movimento e na presença de objetos transfixados. A exceção para esses casos é a necessidade de acesso às vias aéreas comprometidas, situação na qual torna-se imprescindível a retirada do capacete.

## BP22 – Rolamento em bloco 90°

### Indicação

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna vertebromedular que necessita ser posicionado em prancha longa ou outro dispositivo de transporte e/ou necessite de avaliação do dorso.

### Material

- EPIs obrigatórios.
- Colar cervical.
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes.
- Prancha longa.
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

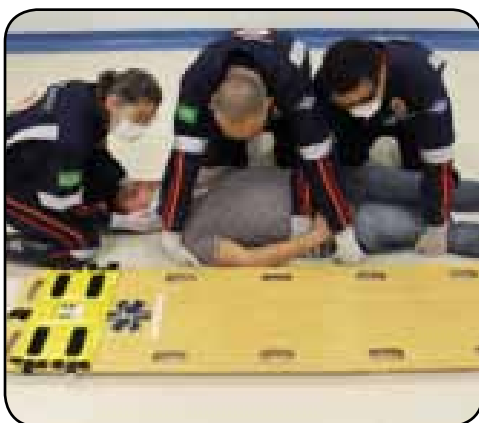
### Procedimento

#### 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 posicionar-se atrás da cabeça do paciente, com os joelhos e cotovelos apoiados para melhor estabilidade e realizar o alinhamento e estabilização manual da cabeça ;
- Em seguida, o profissional 2 mensura e aplica o colar cervical no paciente.



- Mantendo a estabilização manual da cabeça, os profissionais 2 e 3 se posicionam à altura do tórax e à altura dos joelhos respectivamente;
- Os MMSS do paciente são avaliados e posicionados junto ao corpo e os MMII são colocados em posição anatômica.
- A prancha é posicionada do lado oposto ao rolamento, junto ao paciente com a borda superior posicionada pouco acima da cabeça;
- O profissional 2 posiciona uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral.
- O profissional 3 posiciona uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral.

## BP22 – Rolamento em bloco 90°

- O profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para início do rolamento do paciente em bloco à 90°.
- Nesse momento o profissional 2 deve avaliar a região dorsal em busca de possíveis lesões antes que a prancha seja posicionada.
- A prancha longa é posicionada ao longo do dorso do paciente;



- Após o posicionamento correto da prancha, o profissional 1 efetua novamente a contagem para posicionar o paciente de volta à posição de decúbito dorsal (DDH);
- Com o paciente em DDH sobre a prancha e mantida a estabilização manual da coluna, os profissionais 1 e 2 seguram firmemente respectivamente pela cintura escapular e pélvica para movimentar o paciente para cima e lateralmente para posicioná-lo adequadamente sobre a prancha.

## BP22 – Rolamento em bloco 90°

- Os profissionais 1 e 3 posicionam o imobilizador lateral de cabeça com os apoiadores laterais e os tirantes de mento e de frente, a fim de evitar movimentos da cabeça.
- Para finalizar, os cintos de segurança devem ser posicionados para a correta fixação do paciente na prancha.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica.



4. Registrar o procedimento realizado na ficha/boletim de atendimento.

### Observações:

- Variações na técnica podem ser consideradas desde que o princípio da rolagem em bloco com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.



## BP23 - Rolamento em bloco 180°

### Indicação

Paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna vertebromedular que se encontra em decúbito ventral ou semipronação e que necessita ser posicionado em prancha longa ou outro dispositivo de transporte.

### Material

- EPIs obrigatórios.
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa.
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

### 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 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça prevendo a posição final após a rotação completa.
- A rotação completa deve se dar na direção oposta da direção da cabeça.
- Os profissionais 1 e 2 posicionados à altura do tórax e dos joelhos, devem alinhar os MMSS considerando a rotação completa.
- A avaliação do dorso pode ser realizada antes da rolagem;
- O profissional 2 posiciona uma das mãos em concha na cintura escapular contralateral e a outra na cintura pélvica contralateral ao mesmo tempo em que segura punho do paciente.
- O profissional 3 posiciona uma das mãos em concha na cintura pélvica contralateral e a outra próximo ao joelho contralateral.
- O profissional 3 posiciona a prancha do mesmo lado do rolamento, entre sua posição e a do paciente. O profissional 2 mantém o posicionamento do braço do paciente.



## BP23 - Rolamento em bloco 180°

- A posição da prancha para o início do rolamento é à altura dos tornozelos;
- O rolamento deve ser realizado em 2 tempos.
- 1º tempo: Com a prancha posicionada, o profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para o rolamento do paciente em bloco à 90°.
- Nesse rolamento, a cabeça do paciente sofre uma rotação discretamente menor e mais lenta que o tronco até que à 90° cabeça e tronco estejam alinhados.



- 2º tempo: Com o paciente posicionado à 90° e sem atraso, o profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para complementar o rolamento do paciente em bloco à 180°.
- Uma vez em DDH sobre a prancha o paciente é movimentado em bloco para cima e em direção ao centro da prancha pelos profissionais 1 e 2 assim como descrito no técnica de rolamento à 90° (Protocolo BP22).
- Nesse momento, o colar cervical é instalado pelo profissional 2;
- Os profissionais 1 e 3 posicionam o imobilizador lateral de cabeça com os apoiadores laterais e os tirantes de mento e de frente, a fim de evitar movimentos da cabeça.
- Para finalizar, os cintos de segurança devem ser posicionados para a correta fixação do paciente na prancha.

## BP23 - Rolamento em bloco 180°

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 rolagem em bloco com estabilização e alinhamento da coluna sejam mantidos.
- Recomenda-se o aquecimento do paciente com manta térmica. A manta térmica pode ser colocada sob os cintos de segurança essencialmente nos casos de transporte aeromédico.



## BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

### Indicação

Paciente com suspeita de trauma, indicação de imobilização de coluna vertebromedular e que deambula.

### Material

- EPIs obrigatórios.
- Colar cervical.
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes.
- Prancha longa.
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

### Procedimento

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

#### TÉCNICA COM 3 PROFISSIONAIS

- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 realiza a medição e a instalação do colar cervical.
- O profissional 3 posiciona a prancha longa atrás do paciente por entre os braços do socorrista 1 e ajusta a prancha para que ela fique bem próxima do paciente.



- Profissional 1 mantém o alinhamento e estabilização da cabeça;
- Os profissionais 2 e 3 ficam em pé, voltados para o paciente, um de cada lado e posicionam o braço próximo ao paciente sob a axila segurando com as mãos, na alça mais próxima da prancha.
- A outra mão é posicionada na alça superior da prancha.

## BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

- A posição da prancha para o início do rolamento é à altura dos tornozelos;
- O rolamento deve ser realizado em 2 tempos.
- 1º tempo: Com a prancha posicionada, o profissional 1 confirma o posicionamento dos demais e efetua a contagem para o rolamento do paciente em bloco à 90°.
- Nesse rolamento, a cabeça do paciente sofre uma rotação discretamente menor e mais lenta que o tronco até que à 90° cabeça e tronco estejam alinhados.



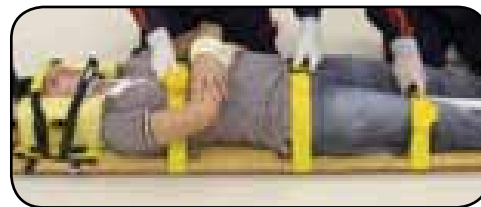
## BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

- Quando este posicionamento não permitir mais a descida da prancha, os profissionais 2 e 3 devem soltar a parte superior da prancha e reposicionar seus braços sob os braços do profissional 1.
- O profissional 1 deve ajustar seu posicionamento das mãos para manter a estabilização manual e realizar os movimentos rotacionais com a mão para se adaptar à fase final da descida.



## BP24 - Pranchamento em pé (3 profissionais)

- Ao final da descida, o paciente é ajustado na prancha, recebe fixadores para a cabeça e é imobilizado na prancha longa com pelo menos 3 cintos de segurança.



## BP24 - Pranchamento em pé (3 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.



## BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

### Indicação

Paciente com suspeita de trauma, indicação de imobilização de coluna vertebromedular e que deambula.

### Material

- EPIs obrigatórios.
- Colar cervical;
- Imobilizador lateral de cabeça com tirantes;
- Prancha longa.
- Três cintos de segurança ou dispositivo similar.

### Procedimento

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

#### TÉCNICA COM 2 PROFISSIONAIS

- O profissional 1 se posiciona por trás do paciente e efetua o alinhamento e a estabilização manual da cabeça.
- O profissional 2 realiza a medição e a instalação do colar cervical.
- Com o colar posicionado, o profissional 2 posiciona a prancha longa atrás do paciente por entre os braços do socorrista 1 e ajusta a prancha para que ela fique bem próxima do paciente.



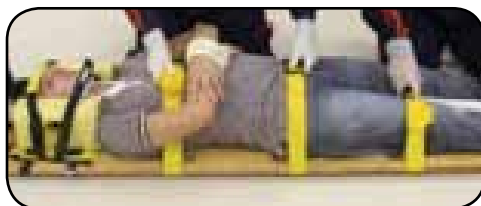
## BP25 - Pranchamento em pé (2 profissionais)

- 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 reposicionar 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).



## 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.

## BP27 – Contenção Física

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Sua indicação é restrita às situações em que for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais, tais como: situações de violência nas quais haja risco iminente de auto ou heteroagressão, intenção de evasão associada ao risco iminente de dano a si ou aos demais, bem como quando haja risco de queda e/ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

### Conduta:

1. Comunicar aos familiares e/ou responsáveis, registrando o consentimento por escrito.
2. Somente iniciar o procedimento após a chegada do SAV, do Corpo de Bombeiros ou alguma instituição policial.
3. Iniciar a técnica somente quando o número mínimo de profissionais necessários estiver disponível (cinco pessoas).
4. Planejar o procedimento definindo o coordenador da ação - de preferência, o mediador - e as demais funções de cada membro. Planejar também a frase-chave para o comando de imobilização.
5. Orientar continuamente o paciente sobre o procedimento que está sendo realizado e esclarecer que tal medida tem como objetivo garantir a sua segurança.
6. O procedimento está dividido em duas fases: imobilização (restrição dos movimentos e da locomoção) e contenção mecânica (uso de faixas).
7. Imobilização
  - Realizar o manejo do espaço (equipe em semicírculo ao redor do paciente; coordenador ao centro; evitar se posicionar atrás do paciente).
  - Manter o olhar no paciente.
  - Posicionamento – pés afastados, braços ao longo do corpo, distância de um braço e meio do paciente.  
Observações:
    - caso o paciente tente se aproximar, o profissional deve estender seu braço na altura do tórax dele, na tentativa de conter a aproximação; e
    - caso o paciente se torne colaborativo a partir desse momento, solicitar que o paciente se posicione na maca/prancha e que seja acompanhado pela equipe com seus membros superiores seguros. Prosseguir para o item 8 (contenção mecânica).
  - Comando – executar a ação após a frase-chave, dita pelo coordenador:
    - lembrar de não mudar o tom de voz na hora da frase-chave; e
    - ter cuidado com a comunicação.
  - Execução:
    - profissionais ao lado do paciente devem segurar os membros superiores. Segurar o punho com ambas as mãos e colocar a articulação do cotovelo do paciente abaixo de sua axila prendendo-a sob o seu tórax. Manter o membro do paciente afastado;
    - 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

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

### Observações:

- Avaliação ACENA:

A	Avaliar: Arredores, a casa e a presença de Armas ou Artefatos que indiquem o uso de Álcool e drogas; Altura e a Aparência do paciente.
C	Observar a presença de sinais de Conflito e Crise na rede social do paciente.
E	Avaliar as Expectativas e a receptividade da rede social, 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.

- 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, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.
- Deve ser mantida pelo menor tempo possível. Em nenhum caso deverá ser prolongada para além do período estritamente necessário ao seu propósito.
- Priorizar que o procedimento de contenção física seja realizado na presença e com o auxílio do SAV, nas localidades em que houver tal modalidade de suporte, considerando os riscos de intercorrências clínicas em casos de persistência da agitação enquanto o paciente estiver contido.
- O paciente deverá ser transportado na ambulância do SAMU.



# Protocolos Especiais

PEE

The image features a solid blue background with a series of thin, white, curved lines that originate from a point at the top left and fan out towards the bottom right. These lines create a sense of movement and depth, framing the text. At the bottom left, the letters 'PEE' are rendered in a large, bold, white, sans-serif font. The 'P' is partially cut off by the left edge of the frame, while the 'E' is fully visible and extends towards the right. The lines appear to pass behind the 'E', suggesting a layered or three-dimensional effect.



## 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

<p><b>Passo 1:</b> Qual é a situação?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar informações passadas pela Central de Regulação, por outras equipes no local ou testemunhas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo/natureza de evento;</li> <li>• solicitante;</li> <li>• número de pacientes;</li> <li>• veículos envolvidos;</li> <li>• situação em andamento, etc.</li> </ul> </li> <li>• Ao chegar à cena, observar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo/natureza do evento;</li> <li>• acesso (difícil?);</li> <li>• situação geral: pessoas no entorno;</li> <li>• presença de outros serviços;</li> <li>• 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.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Passo 2:</b> Para onde a situação pode evoluir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar as possibilidades de evolução da situação nos próximos minutos ou horas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• fios energizados e soltos? choque elétrico?;</li> <li>• explosão?;</li> <li>• intoxicação por fumaça?;</li> <li>• colapso de estruturas?;</li> <li>• hostilidade e/ou violência interpessoal?;</li> <li>• vazamento de produtos?;</li> <li>• contaminação?;</li> <li>• vias intransitáveis?;</li> <li>• aumento do número de pacientes?, etc.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Passo 3:</b> Como controlar a situação?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar o acionamento de recursos de apoio e/ou especializados como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• equipes adicionais do SAMU;</li> <li>• corpo de bombeiros;</li> <li>• policiamento;</li> <li>• departamento de trânsito;</li> <li>• companhia de água ou de energia elétrica;</li> <li>• serviço aeromédico;</li> <li>• concessionária de rodovias, etc.</li> </ul> </li> <li>• Os acionamentos devem ser realizados pela Central de Regulação Médica.</li> </ul>

## 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.

## 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 enluvasadas, 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 fluídos 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 sujidade.
- Para a lavagem das mãos, dar preferência ao uso de dispensadores de parede com acionamento manual e secagem com o uso de papel toalha.
- Utilizar saco de lixo branco leitoso para descarte de lixo na ambulância.
- Não permitir comer, beber, fumar ou utilizar/aplicar cosméticos dentro da ambulância.
- Utilizar o uniforme exclusivamente durante o horário de trabalho, evitando-se seu uso no deslocamento por transporte público ou privado, locais de alimentação e outros ambientes.
- A limpeza dos óculos de proteção pode ser realizada com água, sabão e hipoclorito de sódio. Não utilizar álcool 70%.

### 4. Medidas de prevenção contra acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos

- Ter máxima atenção durante a realização de procedimentos invasivos.
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimento que envolva material perfurocortante.
- Nunca reencapar, entortar, quebrar ou desconectar a agulha da seringa.
- Não utilizar agulhas para fixar papéis.
- Desprezar agulhas, escalpes, lâminas de bisturi e vidrarias, mesmo que estéreis, em recipiente próprio.
- Não descartar material perfurocortante em saco de lixo comum, mesmo que seja branco.
- Usar sapatos fechados (não de tecido) para proteção dos pés em locais úmidos, com presença de material biológico ou onde haja risco de acidente percutâneo.

## Observações:

- Os profissionais com lesões cutâneas secretantes ou exsudativas devem evitar atividades na intervenção e cuidado com paciente.
- Todo e qualquer acidente envolvendo o profissional do 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.

## 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, confusas ou sem condição de informar e sem acompanhantes:
  - realizar busca ativa de documentos nos pertences e fazer a identificação conforme orientado acima; e
  - na ausência de documentos, descrever detalhadamente 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.
- Preencher 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 rebaixada.
- 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.

## 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.



## PE10 - Atendimento a paciente com necessidades especiais

### 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.



## PE12 - Atendimento a paciente sem condição de decidir estando desacompanhado ou acompanhado de menor de 18 anos de idade

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Considera-se paciente sem condições de decidir aquele que é encontrado sozinho inconsciente e/ou alcoolizado, intoxicado por drogas ou que possui um agravo em saúde mental, dentre outras situações.
- O paciente nas condições acima pode estar sozinho ou acompanhado de pessoa menor de 18 anos.

### Conduta

- 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.



## PE13 - Atendimento a pacientes sem condições de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Paciente sem condições de decidir é aquele que é encontrado inconsciente, alcoolizado ou intoxicado por drogas, dentre outras circunstâncias.
- Acompanhado de animais (cão-guia ou outros).

### Conduta

- 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.



## PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Deverão ser considerados indícios de crime todo atendimento com algumas das seguintes características:

- acidentes (trânsito, queda, incêndios, etc.);
- agressões interpessoais ou autoagressão (FAB, FPAF, intoxicação, múltiplas lesões por objetos contundentes, queimaduras extensas, abortamentos sem causa justificável aparente, etc.);
- parada cardiorrespiratória em pacientes sem acompanhante e/ou sem informações adicionais;
- história incompatível com as lesões encontradas e/ou com a situação da cena; e
- acionamento em apoio a ações policiais.

### Conduta

1. Atentar para a segurança da equipe.
2. Informar precocemente a Regulação Médica.
3. Considerar necessidade de apoio policial, a ser solicitado pela Regulação Médica.
4. Se a cena estiver segura, iniciar a abordagem do paciente.
5. Se a cena for insegura, afastar-se e comunicar-se com a Central de Operações para as medidas necessárias de acionamento dos recursos especializados (policimento, bombeiros, etc.), observando e anotando pessoas que adentrem o local, bem como eventos que ocorrerem na cena enquanto aguarda o apoio (sempre em lugar seguro e afastado com margem de segurança).
6. A cena não deve ser alterada, a menos que seja absolutamente necessário, para as ações de socorro ao paciente, como nos casos de:
  - necessidade de RCP;
  - risco para o(s) paciente (s);
  - risco para a equipe;
  - risco para outras pessoas ou risco de novos acidentes;
  - impossibilidade física de acesso ao (s) paciente(s); e
  - impossibilidade de outra forma de atendimento.
7. Adotar algumas regras gerais para abordagem de cenas com indícios de crime.

### Em relação ao paciente:

- somente movimentar o paciente se for necessário para avaliação e procedimentos;
- após ter movimentado o paciente e constatado óbito, jamais tentar retorná-la à posição inicial, mas apenas descrever na ficha a posição em que ela foi encontrada;
- se necessário, retirar as vestes do paciente;
- agrupar e colocar em saco plástico todos os objetos e roupas retirados do paciente e entregar ao policial; e
- estar atento a todas as informações fornecidas pelo paciente durante o atendimento e transporte, anotando-as e transmitindo-as ao policial.

### Em relação à cena:

- informar ao policiamento se foi necessário:
  - movimentar mesas, cadeiras ou outros móveis para acessar o paciente ou executar procedimentos, descrevendo sua posição inicial;
  - acender luzes na cena; e
  - tocar em algum objeto sem luvas.

## PE17 - Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime

- recolher da cena todo o material médico-hospitalar utilizado no atendimento, como luvas, invólucros, gazes e outros resíduos, dando a eles o destino protocolar;
- não limpar nem retirar ou recolher objetos ou sujidades que já se encontravam no local;
- não circular muito na cena, procurando evitar apagar marcas de sapatos, pneus e outras;
- evitar pisar em poças de sangue;
- não tocar em objetos da cena com as luvas sujas com sangue; e
- não mexer em objetos na cena, exceto se colocarem a segurança da equipe em risco (exemplo: arma muito próxima ou vidros quebrados).

### Em relação ao tipo de lesão:

- em caso de ferimento penetrante, durante a retirada de vestes e exposição do paciente, preservar a área perfurada da veste, não fazendo cortes no local da perfuração; e
- em caso de enforcamento, se não houver sinais de morte óbvia, movimentar o paciente para permitir o seu atendimento, preservando o instrumento utilizado na ação, incluindo o nó, quando presente.

### Diante da presença de armas de fogo ou armas brancas na cena:

- não tocar, a menos que haja risco para a equipe como, por exemplo, a possibilidade de acionamento inadvertido ou utilização por outra pessoa na cena;
- se houver risco, afastar a arma, manuseando-a apenas pelo cabo e com as mãos enluvadas, colocando-a em um lugar que seja seguro para a equipe e para terceiros;
- JAMAIS tentar manipular uma arma de fogo, visando desarmá-la, destravá-la ou desmuniá-la;
- evitar tocar, manusear ou limpar as mãos do paciente; e
- informar ao policial se foi necessário remover a arma de lugar, descrevendo a dinâmica desse deslocamento.

### Na presença de sinais de morte óbvia:

- não tocar ou movimentar o paciente;
- sair da cena exatamente pelo mesmo local em que entrou, procurando não alterar os vestígios da cena; e
- não permitir a entrada de outras pessoas na cena até a chegada do policiamento.

### Ter preocupação dobrada com as anotações na Ficha de Atendimento:

- anotar todos os horários com exatidão;
- anotar nomes e instituições presentes na cena, incluindo prefixos de viaturas e de ambulâncias;
- descrever com exatidão a posição em que o paciente foi encontrado e se foi necessário movimentá-lo, informando a razão da movimentação;
- descrever com exatidão as lesões provocadas pela equipe no corpo do paciente em função da necessidade de atendimento. Exemplos: punção para acesso venoso (detalhar locais e número de punções), punção por agulhas para bloqueios anestésicos, suspeita de fratura do esterno e/ou costelas devido à realização de RCP, cricotireoidostomia (por punção ou cirúrgica); e
- anotar o nome do policial para o qual foram passadas as informações sobre o atendimento e/ou foram entregues as vestes e/ou objetos, ou passadas informações dadas pelo paciente, dentre outros detalhes de interesse no caso.

### Observações:

- Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
- Este Protocolo tem por objetivo descrever condutas assertivas para as equipes, com a finalidade de preservar evidências periciais, sem comprometer o atendimento ao paciente.

## PE19 - Dispensa de paciente na cena

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Quando, após avaliação criteriosa e/ou atendimento do paciente, não houver necessidade ou indicação, naquele momento, de prosseguir o atendimento em uma unidade de saúde.

### Conduta

A liberação de pacientes do local da ocorrência, na ausência de médico intervencionista na cena é de competência exclusiva da Regulação Médica. Diante dessa possibilidade a equipe sem médico deve:

- executar a avaliação primária e a secundária;
- informar a Regulação Médica sobre a situação e as condições do paciente;
- aguardar orientações da Regulação Médica;
- assegurar-se de que o paciente ou responsável estão bem orientados sobre a necessidade de procurar atendimento médico em outro momento, quando for o caso; e
- registrar os fatos na Ficha de Atendimento.



## PE20 - Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Em todo atendimento em via pública.
- Em todo atendimento na presença de órgãos de imprensa.
- Em todo atendimento em área de tumulto.

### Conduta

#### ATENDIMENTO EM VIAS PÚBLICAS:

- observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- atuar sempre com discrição;
- não expor o paciente à observação pública (atenção para a retirada de roupas);
- na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área, caso julgar necessário; e
- terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível.

#### PRESEÇA DA IMPRENSA NA CENA:

- observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- atuar sempre com discrição e com urbanidade com os colegas;
- tratar os profissionais da imprensa com urbanidade e educação, deixando claro seu papel;
- não se preocupar em impedir a filmagem. Cumprir com seu papel no atendimento ao paciente;
- preocupar-se em seguir à risca os protocolos;
- não expor o paciente, respeitando sua privacidade:
  - não fornecer dados pessoais, informações sobre o quadro ou sobre o caso;
  - atenção para a retirada de roupas do paciente; e
  - não facilitar a tomada de imagens, prejudicando o atendimento.
- na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área de atendimento, caso julgar necessário, diante de cena de risco ou de cena com dificuldades para a realização de procedimentos;
- terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível; e
- recomenda-se que não sejam concedidas entrevistas, exceto em casos previamente acordados.

#### PRESEÇA DE TUMULTO OU AGITAÇÃO SOCIAL COM RISCO PARA A EQUIPE:

- comunicar a Regulação Médica sobre a situação e a necessidade de apoio;
- observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- na presença do policiamento na cena, considerar as orientações sobre manutenção de distâncias seguras, aproximação e estacionamento da ambulância;
- a equipe deve permanecer reunida na área segura determinada pelo policiamento. Não circular pela cena;
- normalmente, nestas situações, os pacientes serão trazidos até a ambulância;
- manter total atenção, pois situações como estas são muito dinâmicas e podem mudar com facilidade; e
- não manifestar opiniões sobre os fatos do conflito. Manter discrição.

### Observação:

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



## PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão

- Ao encontrar um corpo com sinais de morte evidente ou morte óbvia, tais como: rigidez cadavérica (*rigor mortis*), livores de hipóstase (*livor mortis*), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou ainda, sinais evidentes de decomposição.
- Após manobras de RCP pela equipe de suporte avançado, com inclusão de drogas e via aérea avançada, sem retorno à circulação espontânea e com ASSISTOLIA persistente, e tendo atendido o determinado pelo Protocolo AC11 - INTERRUPÇÃO DE RCP - que também trata da interrupção da RCP na ASSISTOLIA.
- Quando encontrar um paciente em PCR e com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina-CFM.
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o médico da equipe de intervenção tiver conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006.

### Conduta/providências

1. Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento.
2. Entrar em contato com o médico regulador, acordando com ele a conduta e as orientações a serem passadas para os familiares ou responsáveis, cabendo ao médico regulador o contato com autoridades locais competentes, quando for indicado.
3. Orientar os familiares ou responsáveis, quando for o caso, sobre as providências legais.
4. Na impossibilidade de contato com a Regulação Médica, o médico intervencionista poderá decidir pelas orientações, ou ainda, acionar as autoridades locais competentes.
5. Os serviços poderão desenvolver e fornecer, a seu critério, documento escrito com orientações aos familiares ou responsáveis. As orientações poderão variar de um serviço a outro, conforme características dos recursos disponíveis no município como: IML, SVO, médico responsável pelo paciente, morte por causas externas ou não etc.
6. O médico intervencionista do SAMU deverá atender a Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina e fornecer Atestado de Óbito, desde que alcançada a premissa do Parágrafo Único do artigo 22 que diz: *Parágrafo único. Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista deverá ter o Atestado de Óbito fornecido pelo mesmo, desde que tenha a causa mortis definida.*

## PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

### Observações:

- Morte evidente ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (*rigor mortis*), livores de hipóstase (*livor mortis*), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
- *Rigor mortis* ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido crânio-caudal.
- *Livor mortis*: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.
- Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina: Art. 22. Não é responsabilidade da equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, o encaminhamento ou acompanhamento do paciente a outros setores do hospital fora do serviço hospitalar de urgência e emergência, para a realização de exames complementares, pareceres, ou outros procedimentos; situação de óbito não assistido, deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que acionará as polícias civil, militar ou o Serviço de Verificação de Óbito para que tomem as providências legais.
- Parágrafo único. Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista deverá ter o atestado de óbito fornecido pelo mesmo, desde que tenha a causa *mortis* definida.
- As providências legais após o óbito e o fornecimento da Declaração de Óbito pelo médico intervencionista do SAMU podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML, SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
- É recomendável que cada SAMU 192 estabeleça suas rotinas no que concerne ao fornecimento ou não do atestado de óbito, sempre atendendo as Resoluções do CFM nº 2.110/2014 e a 1.779/2005, o Parecer Consulta nº 04/2003 do CFM, o manual "A Declaração de Óbito-2009" do Ministério da Saúde e do CFM e quaisquer outros instrumentos legais correlatos.
- Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMU havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMU local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
- Declaração de Óbito ou Atestado de Óbito é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde para todo território nacional, a ser preenchido pelo médico segundo normas vigentes, com descrição da causa da morte e outros detalhes do falecido, sendo documento exigido para o sepultamento;
- Certidão de Óbito: também conhecido como "óbito definitivo" é documento fornecido pelo Cartório de Registro Civil do distrito onde ocorreu a morte, tendo diversas finalidades legais;
- Instrumentos legais recomendados para consulta:
  - Definição de Morte: na Resolução nº 1.480/1997 do Conselho Federal de Medicina, consta nos considerandos que "a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial"; (o Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral);
  - Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina, "Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência em todo território nacional," em especial seu artigo 22;
  - Resolução 1.641/2002 do Conselho Federal de Medicina, "Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico";
  - Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, "Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes";

## PE26 - Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192

### Observações:

- Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.”;
- É recomendável e ilustrativa a leitura da Resolução 67/1988 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e da Consulta 72.087/2012 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que trata da “responsabilidade de fornecer atestado de óbito de morte natural para pacientes em seus domicílios onde não existe Serviço de Verificação de Óbito (SVO)”.
- É recomendável e ilustrativa a leitura da Consulta 3.539/2008 do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, que também trata do óbito dentro da ambulância.
- Para o estabelecimento de normas e rotinas, é recomendável a leitura e utilização:
  - Manual “A Declaração de Óbito-2009” ou posterior, quando houver, do Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Federal de Medicina. Este manual, em seu capítulo “Esclarecendo as dúvidas mais comuns” trata dos óbitos ocorridos em ambulâncias, com ou sem médico;
  - “Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito” 2011, da Série A. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde ( o mesmo instrumento de 2001 foi revogado).



## PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192

### Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Ao encontrar um corpo com sinais de morte evidente ou morte óbvia, tais como: rigidez cadavérica (*rigor mortis*), livores de hipóstase (*livor mortis*), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou ainda, sinais evidentes de decomposição.
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória, com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, conforme Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina-CFM;
- Quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o profissional de enfermagem tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, conforme Resolução do CFM nº 1.805/2006.

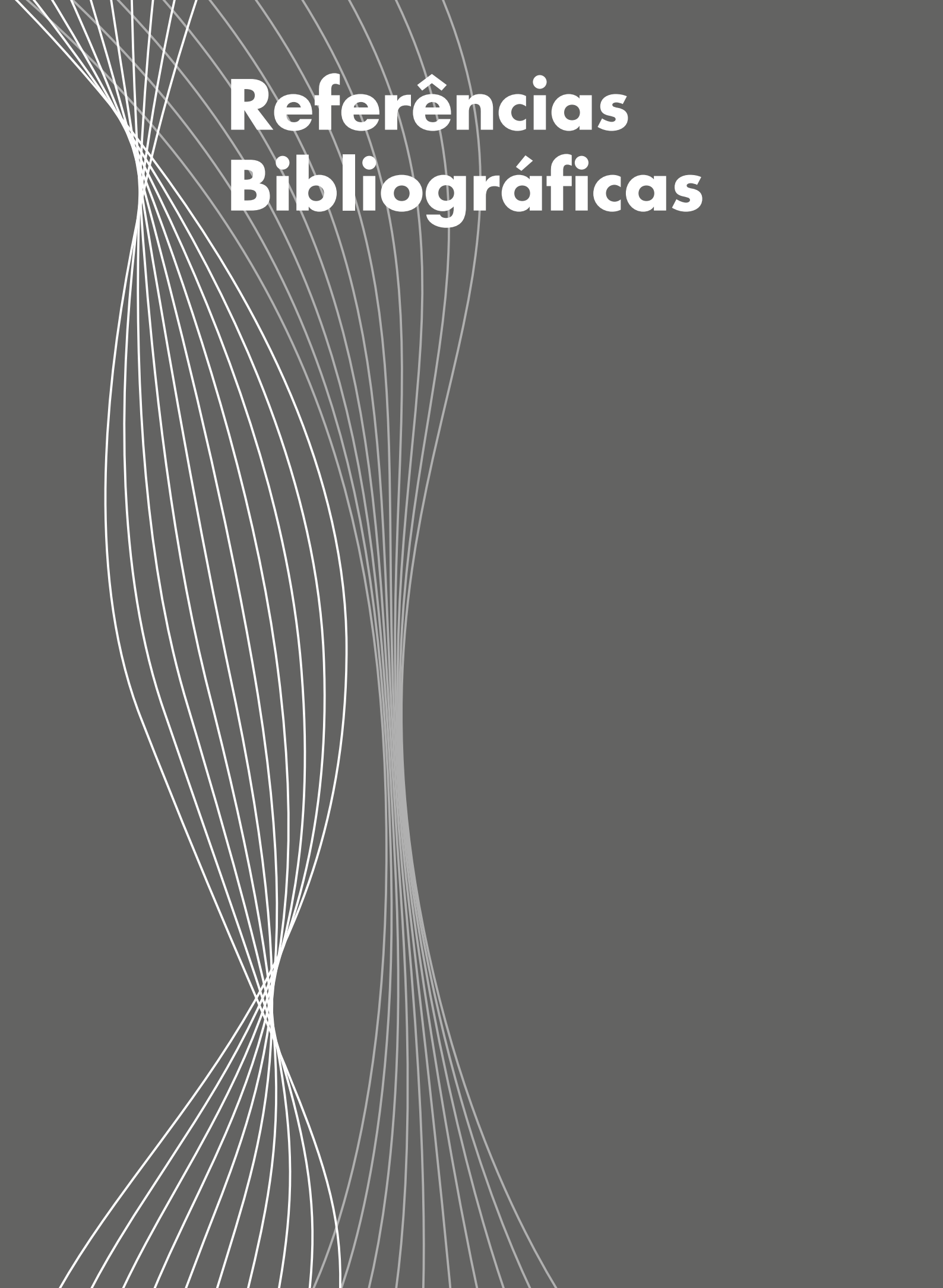
### Conduta:

1. Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento.
2. Entrar em contato com o médico regulador, combinando com ele a conduta e as orientações a serem passadas para os familiares ou responsáveis, cabendo ao médico regulador o contato com autoridades locais competentes, quando for indicado.
3. Contatar imediatamente o Médico Regulador quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória, com manifestação prévia do paciente em não ser reanimado, passar a ele as informações disponíveis e seguir suas orientações;
4. Contatar imediatamente o Médico Regulador quando encontrar um paciente em parada cardiorrespiratória e o profissional de enfermagem tem conhecimento prévio sobre o caso, sabe que se trata de paciente com doença em fase terminal e há consenso entre familiares ou responsáveis em não reanimar, passar a ele as informações disponíveis e seguir suas orientações;
5. Os serviços poderão desenvolver e fornecer, a seu critério, documento escrito com orientações aos familiares ou responsáveis. As orientações poderão variar de um serviço a outro, conforme características dos recursos disponíveis no município como: IML, SVO, médico responsável pelo paciente, morte por causas externas ou não, etc.

## PE27 – Identificação do óbito por equipes do SAMU 192

### Observações:

- A parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial. O Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral;
- Morte evidente ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (*rigor mortis*), livores de hipóstase (*livor mortis*), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
- *Rigor mortis* ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido crânio-caudal.
- *Livor mortis* ou livores de hipóstase: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.
- As providências legais após o óbito, incluindo o fornecimento da Declaração de Óbito por um médico, incluindo o médico intervencionista do SAMU, podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML, SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
- Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMU havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMU local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
- Instrumentos legais recomendados para consulta, facilitando as orientações pelo médico regulador à equipe de Suporte Básico de Vida:
  - Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina-“Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes”;
  - Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina-“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.



# Referências Bibliográficas



## Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. BRASIL. Lei n. 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o novo Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9503.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9503.htm)
3. BRASIL. Portaria n.2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>
4. BRASIL. Portaria n.2994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994\\_15\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html)
5. BRASIL. Portaria n.665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html)
6. BRASIL. Portaria n.1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html)
7. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.
8. Ministério da Saúde. Prevenção de suicídio. Manual dirigido a profissionais de saúde mental 2006. [12 fev. 2011]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 7ª ed. Caderno 14. Acidentes com animais peçonhentos. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve\\_7ed\\_web\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf)
10. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao\\_de\\_obitoo.pdf](http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao_de_obitoo.pdf)
11. Ministério da Saúde. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca\\_saude\\_prioridades\\_estrategicas\\_acao\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf)
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 4ª ed. Brasília, 2011. Disponível em: [http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual\\_Instr\\_Preench\\_DO\\_2011\\_jan.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf)
13. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para o tratamento de emergência das queimaduras. Brasília. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)

## Referências Bibliográficas

14. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.
15. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2013/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia. 8º ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
16. Manitoba Health, Healthy Living and Seniors Emergency Medical Services Branch. Emergency Treatment Guidelines: Drug and Alcohol Abuse [internet]. Manitoba. 2003. Disponível em: <http://www.gov.mb.ca/health/ems/guidelines/docs/M12.08.03.pdf>
17. Sociedade Brasileira de Pneumologia. II Consenso Brasileiro sobre DPOC. Sociedade Brasileira de Pneumologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol 30, supl 5, Nov 2004.
18. Australian Government Department of Health and Ageing. Management of Patients with Psychostimulant Toxicity: Guidelines for Emergency Departments. National Drug Strategy, 2006. Disponível em: <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf>
19. American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support for doctors (student course manual). 8th ed. Chicago : American College of Surgeons; 2008.
20. Pennsylvania Department of health bureau of emergency medical system. Pennsylvania Statewide basic life support protocols 2008. Disponível em: [www.health.state.pa.us/ems](http://www.health.state.pa.us/ems)
21. Hudson Valley Regional Emergency Medical System Council. Advanced Life Support Protocol Manual 2008.[10 jan.2011]. Disponível em: [www.hvremsc.org/Documents/2008%20HVREMS%20ALS%20Protocol.pdf](http://www.hvremsc.org/Documents/2008%20HVREMS%20ALS%20Protocol.pdf)
22. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations. Supplement to Circulation 2010; 122:S829-S861.
23. American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Currents in Emergency Cardiovascular Care. Oct 2010.
24. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 5 – Adult Basic Life Support. Supplement to Circulation.2010;122:S685-S694.
25. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 8 – Adult Advanced Cardiovascular Life Support. Supplement to Circulation.2010;122:S729-S744.
26. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 9 – Post-Cardiac Arrest Care. Supplement to Circulation.2010;122:S768-S773.
27. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 3 – Ethics. Supplement to Circulation. 2010;122:S665-S671.
28. National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 7ªed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2011.
29. World Health Organization. mhGAP Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings - Versão 1 [English]. Genebra 2010.
30. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar em Suporte Básico de Vida. 7ª rev. 2011.

## Referências Bibliográficas

31. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicação e Informação. SAMU 192. Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar em Suporte avançado de Vida. 3a rev. 2012.
32. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma, 2012. J Bras Pneumol 2012; 38(Supl 1).
33. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio. Um Manual para médicos clínicos gerais. [12 fev. 2011]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf)
34. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras de Card. 2013;101,n 2 (Suppl3).
35. Bigham BL; The Canadian Patient Safety Institute. Patient safety in emergency medical services - Advancing and aligning the culture of patient safety in EMS. [data desconhecida] Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS>
36. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília : ANVISA 1ª.ed:2013. Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)
37. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. DOU nº 160, 21 ago 1997. Seção 1, p. 18.227.
38. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.641, de 12 de julho de 2002. Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências. DOU nº 144, 29 jul. 2002. Seção 1, p. 229.
39. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. DOU 05 dez 2005, Seção I, p. 121.
40. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. DOU, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
41. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 427 de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos de Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Diário Oficial da União, Brasília 07 de julho de 2010, seção I, p 133.
42. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. DOU, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269.
43. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2057 de 12 de novembro de 2013. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília 19 de novembro de 2014, seção I, p 199.
44. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. DOU, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269.

## Referências Bibliográficas

45. Heckman JD (ed). Emergency care and transportation of the sick and injured patient. 5a. ed. Rosemont - Illinois. American Academy of Orthopaedic Surgeons: 1993.
46. Oliveira BFM, Parolin MKF, Teixeira Jr ED. Trauma Atendimento pré-hospitalar. 1ºed. São Paulo: Atheneu; 2001.
47. Eduardo OR, Felix VM, Silva AGB. Protocolo de atendimento pré-hospitalar. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: CBMDF; 2003. 183 p.
48. Marcolan JF. A contenção física do paciente. Uma abordagem terapêutica. São Paulo. Edição de autor, 2004.
49. Costa MPFC, Guimarães HP. Ressucitação Cardiopulmonar: Uma abordagem multidisciplinar. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 65-81, 2006.
50. Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma. Uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009.
51. Pedreira MLG, Harada MJCS (orgs). Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
52. Falcão LFR, Costa LHD, Amaral JLG. Emergências. Fundamentos & Práticas. São Paulo: Martinari; 2010.
53. Sallum AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as situações de emergência. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.
54. Xavier D, Fidalgo TM. Manual de Psiquiatria. 1º ed. São Paulo: ROCA; 2010.
55. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. J Allergy Clin Immunol: 126;2010
56. Simons FER et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: Summary. J Allergy Clin Immunol: vol 127; 2011.
57. Santana JCB, Dutra BS, Pereira HO, Silva EASMS, Silva DCMS. Procedimentos Básicos e especializados de Enfermagem-Fundamentos para a Prática. 1º. ed. Goiânia: AB Editora; 2011.
58. Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB (eds). Pronto Socorro. Medicina de Emergência. 3º ed. Barueri: Manole; 2012.
59. GRAU Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Pré-hospitalar. 1ºed. Barueri, SP: Manole;2013.
60. Quevedo J, Carvalho AF (orgs).Emergência Psiquiátrica. 3º ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.



Ministério da  
Saúde

