



Fortaleza

PREFEITURA

Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor



Telefonista Auxiliar de Regulação Médica

Cartilhas de Trabalho para Profissionais do SAMUFor

Volume 1

Fortaleza
Maio, 2023 – 1ª Revisão



Fortaleza

PREFEITURA

Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Telefonista Auxiliar de Regulação Médica

Cartilhas de Trabalho para Profissionais do SAMUFor

Volume 1

Fortaleza
Maio, 2023 – 1ª Revisão

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

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza
Direitos Reservados © 2016

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Telefonista Auxiliar de Regulação Médica – Cartilhas de Trabalho para Profissionais do SAMUFor / Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 – Regional Fortaleza. Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 1. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2023 32 p.

ISBN: 978-85-66187-10-6

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

CDD: 341.41
CDU: 352:614.2

Cartilhas de Trabalho para Profissionais do SAMUFor

Volume 1 – Telefonista Auxiliar de Regulação Médica

- Original: dezembro de 2016
- 1ª Revisão: maio de 2023

SUMÁRIO

O TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA (TARM)	6
SOBRE O PLANTÃO	9
A REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS	11
1. O ACOLHIMENTO DO CHAMADO	11
2. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE E DO PACIENTE	12
3. IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA URGÊNCIA	13
4. IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DOS 3“S” DA REGULAÇÃO	13
TIPOS DE LIGAÇÃO	14
A QUEIXA PRINCIPAL E O APELIDO DA SOLICITAÇÃO	16
TEMPO RESPOSTA E RESPOSTAS AO SOLICITANTE	18
RM0 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS	20
RM1 – ACOLHIMENTO TELEFÔNICO	23
RM2 – PROTOCOLO MASTER (Classificação de Risco)	26
RM4 – TEMPO RESPOSTA, RESPOSTAS AO SOLICITANTE, REGISTRO ELETRÔNICO E ENVIO DE UNIDADE DE SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA	27
REFERÊNCIAS	31



O TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA (TARM)

O TARM é o profissional que está na “porta de entrada” da Central de Regulação das Urgências de Fortaleza (CRUFor), responsável pelo primeiro contato com quem está aflito, solicitando um atendimento, um socorro de urgência. Esse primeiro contato é o mais importante, onde o diálogo se inicia e evolui. Dependendo da forma como esse primeiro contato acontece, a evolução do diálogo pode ser integradora e pacífica ou desintegradora e conflituosa.

Trabalhar nessa função pode ser extremamente desgastante, pois o TARM lida direto com solicitantes extremamente nervosos e ansiosos que, diante de uma situação de urgência, querem uma resolução breve ou imediata para os problemas de saúde que testemunham ou que estejam sofrendo (quando o solicitante é o próprio paciente). Nessas circunstâncias, o solicitante pode não ser polido em sua reivindicação, tratando o TARM com ameaças e alterações do tom de voz, porém é muito importante que o TARM aja com controle e educação, tentando contornar todas as dificuldades que surjam nesse primeiro contato.

O fator mais importante para uma comunicação efetiva é forma de se falar ao telefone, já que o único órgão dos sentidos envolvido é a audição. O modo de tratar o solicitante, o que falar, como falar e o tom da voz podem ser a chave para a construção de confiança e vínculo, na relação entre o solicitante e a CRUFor que se inicia com o atendimento do TARM. O TARM deve se adaptar a cada solicitante que é atendido: quanto mais ansioso for o solicitante, mais o TARM deve moderar seu agir para gerar a calma e a confiança necessárias ao bom atendimento. Em alguns momentos poderá ser necessário um tom de voz mais alto ou mais baixo. O TARM deve tomar cuidado para que essas mudanças não transpareçam agressividade, desrespeito ou descaso.

Dessa forma, a comunicação efetiva passa a ser uma comunicação terapêutica. Como preconizado na Cartilha de Atendimento às Urgências em Saúde Mental do NEP SAMUFor¹, podemos aqui adaptar o mnemônico **AEIOU** para representar os cinco passos importantes na abordagem do TARM ao solicitante que liga o 192:

- **Acolhimento** – é transversal durante todo o atendimento. É o oferecer apoio. O tom da voz do TARM dirá muito mais ao solicitante do que o conteúdo de suas palavras. Esse é o momento de construção de vínculo: apresente-se com interesse, empatia e respeito e trate o solicitante pelo nome, com uma postura calma, empática, educada e acolhedora, sem jamais demonstrar insegurança. Estar calmo ajuda o solicitante a se sentir calmo; falar com segurança ajuda o solicitante a se sentir seguro. Por outro lado, gaguejar, falar muito baixo e emitir sons ou palavras incompreensíveis poderá provocar agitação e insegurança no solicitante. Jamais demonstre impaciência ou distração com sua voz e nunca se envolva em outras tarefas enquanto acolhe um chamado. Esteja absolutamente presente com o solicitante... nesse momento só devem existir você e ele;
- **Escuta ativa** – ouvir as queixas apresentadas e expor interesse e compaixão, evitando opiniões e julgamentos. O TARM deve compreender as necessidades e preocupações do solicitante, deixando-o falar sem pressionar, inclusive respeitando suas pausas (reequilíbrio e reordenamento do pensamento, alívio de tensões). A fala do TARM nunca deve interromper o solicitante. Não complete frases ou tente antecipar/adivinhar o que o solicitante quer falar, mas estimule-o a concluir seu pensamento, pois falar ao mesmo tempo que ele, interrompê-lo enquanto fala ou usar um tom de voz mais alto que o dele poderá ser interpretado como uma atitude desrespeitosa;
- **Identificação** – da queixa principal do solicitante é o ponto mais importante para a classificação de risco da solicitação. Dentre todas as palavras do solicitante, o TARM deve ser capaz de identificar o motivo principal da ligação ao 192 e quando ele iniciou. A queixa principal será o “apelido” da solicitação no sistema de regulação do serviço. Nessa fase, também, o TARM deve estar atento à identificação de ruídos de fundo na ligação que podem demonstrar a valência social envolvida ou sons emitidos pelo paciente ou de pessoas presentes no local, que possam dar detalhes sobre a gravidade da situação. Tremores na fala ou ansiedade e preocupação no tom de voz do solicitante também podem trazer informações importantes, inclusive auxiliando na identificação de possíveis trotes.
- **Orientações e encaminhamentos** – nunca dê conselhos e evite emitir sua opinião ou orientações e encaminhamentos de cunho pessoal. Sua orientação/encaminhamento ao solicitante deve estar totalmente pautada nos protocolos de regulação vigentes no serviço ou em recomendações fornecidas pelo médico regulador ou enfermeiro auxiliar de regulação médica. Conhecer as atribuições, direitos e deveres regimentais e os protocolos de regulação institucionais específicos do TARM consolida o conhecimento de seus limites e as prerrogativas exclusivas da decisão médica e seus desdobramentos, além de possibilitar expressar segurança no tom de sua voz, enquanto interage com o solicitante.

- **Ultimação** – é o momento de resumir as orientações e encaminhamentos dados pelo médico regulador e certificar-se de que o solicitante as entendeu. Nesse momento, todas as recomendações dadas na fase de acolhimento são válidas.

Qualquer comunicação sempre ocorre em dois níveis: o verbal e o não-verbal. Enquanto aquela ocorre através da palavra falada ou escrita, essa última abrange todos os cinco sentidos. Além de ter participação mínima na comunicação, a **linguagem verbal** tem outras limitações:

- É um meio pouco eficaz para transmitir sentimentos, estados emocionais e pensamentos; e
- As palavras podem ter conotações diferentes, significados implícitos diferentes, dependendo da cultura e meio social em que se está imerso e das próprias experiências individuais.

Já a **linguagem não-verbal** pode ser dividida em cinco categorias: comunicação por sugestões paralinguísticas – (i) as qualidades não-verbais da fala: tom, volume, intensidade, velocidade e ritmo da fala; e ii) os sons não-verbais: risadas, pigarro, sons de hesitação (“ummm”, “ééé”) e tosse nervosa; a comunicação por ações, que incluem a postura, a expressão facial, gestos, maneirismos e reflexos automáticos; a comunicação por objetos, que dizem respeito ao uso de objetos por quem fala; a comunicação pela ocupação de zonas de espaço interpessoal e a comunicação pelo contato físico, a mais pessoal das mensagens não-verbais. *Albert Mehrabian*, pioneiro na compreensão precoce da linguagem corporal e das comunicações não verbais na comunicação de sentimentos e atitudes, defende que¹:

- 7% da comunicação empática se dá pelas palavras ditas ou escritas;
- 38% da comunicação empática se dá de forma paralinguística; e
- 55% da comunicação empática se dá pela expressão facial.

Como visto anteriormente, já que o único órgão dos sentidos envolvido no teleatendimento pelo TARM é a audição, a comunicação de forma paralinguística, **as qualidades não-verbais da fala**, vai se tornar o principal meio de se conseguir uma comunicação efetiva que seja também terapêutica para o solicitante. A respiração diafragmática pode ser uma excelente aliada para trazer o TARM à calma e relaxamento, principalmente em momentos conflituosos. O protocolo PEO – Comunicação Terapêutica no APH, voltado para as equipes de suporte de vida do SAMUFor, contém algumas diretrizes plenamente aplicáveis ao teleatendimento:

- Tente formar um vínculo com o solicitante: apresente-se e pergunte pelo seu nome:
 - Procure sempre dirigir-se ao solicitante pelo seu nome. Evite chamar o solicitante de “senhor” ou “senhora”, por exemplo, ou ser íntimo demais (“meu amor”; “minha flor”; “querido” etc.).
- Converse de forma respeitosa e gentil, cuidando para que seu tom de voz seja acolhedor e confortador: leve sempre um sorriso na sua voz;
- Jamais:
 - Minta, prometa ou diga ao solicitante que ele está mentindo;
 - Chame o solicitante por nomes jocosos;
 - Seja agressivo ou ríspido; ou
 - Ameace ou desafie o solicitante.
- Cuide do seu tom de voz!
 - Esteja atento à sua própria comunicação não-verbal;
 - Demonstre com a voz que está interessado pela situação, mas evite cortar a fala do solicitante; e
 - Demonstre sempre que está se importando com o sofrimento e com as necessidades do solicitante.
- Ouça atentamente, prezando por uma escuta qualificada!
 - Muitas vezes, o solicitante pode utilizar de um tom agressivo ou querer desabafar. É importante dar um espaço de escuta e responder em tom calmo, validando os sentimentos demonstrados de forma paralinguística. Se o solicitante perceber acolhimento no tom de voz do TARM, a tendência é que aceite as orientações propostas.
- Focalize e centre o assunto no paciente. Não aborde problemas administrativos ou técnicos com o solicitante;

¹ Veja mais detalhes em <https://www.businessballs.com/communication-skills/mehrabians-communication-theory-verbal-non-verbal-body-language/>

- Esclareça ao solicitante qual o procedimento que será executado a cada instante;
- Esteja seguro de que o solicitante entendeu sua comunicação;
- Respeite as pausas silenciosas no discurso do solicitante;
- Não complete frases para o solicitante;
- Repita, resuma e relacione ideias para o solicitante;
- Não dê conselhos ou opiniões pessoais;
- Jamais faça brincadeiras, use gírias ou utilize vícios de linguagem. Fale corretamente o português do Brasil; e
- Imponha limites, se e quando for necessário, mantendo o tom de voz firme **sem transmitir autoritarismo**:
 - Deixe claro que reconhece a tentativa de intimidação, repita a sua função no atendimento e que vai continuar a atendê-lo em sua necessidade;
 - Um tom de voz firme e assertivo pode ser suficiente;
 - Mostre a inadequação do comportamento do solicitante; e
 - Deixe claras as regras e limitações do atendimento.

Todas essas recomendações requerem determinadas competências do profissional, principalmente a capacidade de escuta, disponibilidade e aceitação, com a empatia e assertividade desempenhando um papel central² (p. 7). Se o tom de voz do TARM indicar verdadeiro interesse acolhimento e empatia, geralmente não ocorrerá uma reação conflituosa na comunicação. As estratégias de comunicação terapêutica podem ser classificadas em grupos de expressão, de clarificação e de validação¹:

- **Técnicas de expressão**: usar terapêuticamente o silêncio e a escuta; verbalizar interesse, dúvidas e aceitação; ser assertivo (principalmente na fase de ultimização da abordagem com o solicitante); permitir que o solicitante se expresse livremente, ajudando-o a colocar em foco a ideia principal mantendo-o nesse foco e pedindo que ele o detalhe;
- **Técnicas de clarificação**: tentar colocar em palavras as ideias ou pensamentos do solicitante que porventura sejam vagos; descrever os eventos relatados em sequência lógica; solicitar ao paciente que esclareça termos comuns ou que dê maior precisão às suas informações. O objetivo não é ficar completando as frases no intuito de agilizar o atendimento. Isso pode induzir o solicitante a concordar com as palavras do TARM desfazendo sua autonomia na solicitação;
- **Técnicas de validação**: reflexão do conteúdo ou troca de percepções, é uma técnica recíproca pois o solicitante valida a compreensão do TARM e vice-versa. Pode ser feita por meio do parafrasear ou acentuar as palavras ditas pelo solicitante, fazendo-o perceber que foi compreendido e, também, pelo pedir ao solicitante para repetir o que foi dito ou sumarizar o conteúdo da interação. Por exemplo: *“vou falar o que entendi da sua história, mas preciso que me corrija se eu não tiver entendido bem ... a melhor forma de ajudar o/a senhor/a é entendendo muito bem o que está acontecendo”*.

Uma comunicação adequada, centrada na pessoa e no seu contexto, deve ser considerada como um dever ético e uma responsabilidade de qualquer profissional de saúde que trabalhe em contato direto com pessoas, de forma a garantir que os cuidados prestados para além da competência técnica, também tenham uma competência relacional e humana.² (p. 8)

Diante disso, para a Portaria GM/MS Nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, o TARM deve ter disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de manter sigilo profissional, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade tanto para a capacitação como para a recertificação periódica no Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza (NEP SAMUFor).

Deve atender às solicitações telefônicas anotando, segundo protocolo específico (Protocolo RM1), dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência), registrando as informações colhidas do solicitante. Pode prestar informações gerais sobre a rede de urgência, contanto que as tenha de fácil acesso. Deve conhecer e seguir os protocolos de regulação do serviço e atender às determinações da Regulação Médica.

Já segundo o Regimento Interno SAMUFor – Central de Regulação das Urgências de Fortaleza, Capítulo V: Pré-requisitos e atribuições dos servidores da CRUFor, Artigo 253º, são atribuições do TARM:

- I. Estar em Educação Permanente no NEP SAMUFor, conforme calendário anual previamente divulgado;
- II. Ter competência para atender às solicitações da população que acorrerem à CRUFor:
 - a. Ter conhecimento, habilidades e disposição pessoal para a atividade;
 - b. Ter equilíbrio emocional e autocontrole;
 - c. Agir de forma técnica e ética;
 - d. Ter disposição para cumprir ações orientadas e manter sigilo e ética profissional;
 - e. Ter capacidade de trabalhar em equipe;
 - f. Atender ao primeiro toque zelando para que o tempo entre a abertura do som e a sua primeira frase não exceda a 06 segundos;
 - g. Ter cuidado com os ruídos de fundo dentro da CRUFor que possam prejudicar seu teleatendimento;
- III. Fazer a recepção do chamado segundo os protocolos iniciais de Acolhimento (RM1) e Classificação de Risco (RM2);
 - a. Zelar para que o tempo máximo de definição da urgência a partir da queixa principal (Síndromes de “Forte Valência Social” e de “Etiologia Potencialmente Grave”), durante o protocolo de Acolhimento, não exceda a 03 minutos;
 - b. Nesta fase obtemos a identificação da queixa principal e à coleta das primeiras informações relacionadas ao caso, que embora sejam concisas e subjetivas, geralmente são as mais fidedignas;
- IV. Conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território de abrangência do SAMUFor;
- V. Zelar pelo bom atendimento ao solicitante (tom de voz agradável, educação ao falar, empatia etc.);
- VI. Zelar pela correta e pronta alimentação das informações do solicitante no sistema em uso pelo SAMUFor;
- VII. Passar de forma fidedigna o caso ao médico regulador e no menor tempo protocolar previsto;
- VIII. Nas situações em que precisar colocar a ligação em espera, zelar para que seja informado ao solicitante que a ligação ficará no mudo:
 - a. Manter-se, sempre que possível, à escuta do que está ocorrendo na ligação do solicitante;
 - b. Manter contato de voz, a cada 30 segundos de espera, pedindo que o solicitante aguarde mais um pouco, explicando o porquê da demora e prezando para que ele permaneça tranquilo quanto ao seu empenho para a melhor resolução possível da solicitação;
- IX. Sempre dar a correta resposta protocolar ao solicitante, nos casos que o recurso será enviado e nos casos em que o recurso não será enviado, seja por indisponibilidade da frota, seja por não ser perfil do serviço.

SOBRE O PLANTÃO

O tempo de trabalho do TARM em efetiva atividade de teleatendimento, conforme dispõe a NR 17 Art. 5.3, deve ser de no máximo 6 (seis) horas diárias, nele incluídas as pausas e sem prejuízo da remuneração. Assim, o plantão do TARM se dá em quatro turnos:

- T0: das 01h00 às 07h00
- T1: das 07h00 às 13h00
- T2: das 13h00 às 19h00
- T3: das 19h00 à 01h00

Cada escala de 6 (seis) horas tem pausas para descanso de 60 minutos (oficialmente dois intervalos de 30 minutos não contínuos). Reproduzimos abaixo trecho do Regimento Interno SAMUFor – Central de Regulação das Urgências de Fortaleza (Capítulo VII: Da estrutura e funcionamento):

...

Art. 264º – Sobre os períodos de pausa do TARM:

- I. Os tempos de pausa para “descompressão” não podem se dar no início nem no término do horário da atividade de regulação;
 - a. O rodízio de pausas entre os TARM inicia uma hora após o início do plantão e finaliza uma hora antes do término do plantão;
 - b. As pausas para “descompressão” são dois períodos de 10 minutos e um período de 20 minutos para lanche;

- c. Utilizar as pausas corretamente: as pausas são para lanche, água e banheiro. Não atrasar e evitar pedir para sair com pouco tempo após a chegada.

- II. Poderá haver pausas extras de alguns minutos para necessidades pessoais ou processos administrativos de criação ou finalização de fichas de atendimento;

Art. 265º – Na ocorrência de faltas ao plantão:

Quando possível, as ausências devem ser comunicadas às respectivas coordenações com 24 horas de antecedência, para que se dê tempo às providências de substituição;

...

Art. 267º – São regras de convivência dentro da CRUFor:

- I. Ligações particulares:
 - a. É proibido o uso de celular dentro da sala de teleatendimento;
 - b. É altamente recomendável evitar que pessoas do ciclo familiar e de amizade liguem para o local de trabalho através do número 192, se for para a resolução de problemas particulares;
 - c. Oriente os familiares que, em caso de emergência em que se faça necessário manter contato com profissional que esteja de plantão, ligue para os seguintes telefones: 85 3101-6058 ou 3101-6004;
- II. Atrasos, faltas e saída do plantão:
 - a. É obrigatório o registro de presença no leitor biométrico (relógio de ponto);
 - b. Os atrasos e faltas devem ser comunicados com antecedência ao enfermeiro gestor de qualidade do atendimento e, nos casos em que não isso não for possível, ao médico coordenador do plantão, para que se providencie substituto com algum componente da equipe que esteja saindo de plantão;
 - c. O TARM somente poderá se ausentar de seu posto de trabalho ao término do plantão, quando seu rendeiro estiver em sala para assumir o referido posto de trabalho.
- III. Fardamento:
 - a. É obrigatório o uso do fardamento nas dependências da CRUFor (camisa azul com a logomarca do SAMU, calça jeans escura, tênis ou sapato fechado) durante todos os dias da semana e em todos os horários dos plantões;
 - b. É proibido o uso de óculos escuro, boné, chapéu e capuz dentro da sala da regulação;
 - c. É terminantemente proibido sair das dependências da CRUFor usando a jaqueta do SAMUFor;
 - d. Em caso de perda, roubo ou furto do fardamento, o profissional deverá registrar um Boletim de Ocorrência, apresentando cópia junto ao enfermeiro gestor de qualidade do atendimento.
- IV. Intervalos:
 - a. Durante a jornada diária de trabalho de seis horas (6h) o TARM os intervalos e pausas a que tem direito, segundo o Art. 23º desse regimento, ocorrerão conforme escala e determinação do enfermeiro gestor de qualidade do atendimento. Não será permitido ao TARM ultrapassar o limite de intervalo sob pena de advertência;
 - b. As pausas de 10 e 20 minutos são usadas para lanche, água, banheiro e, caso haja alguma necessidade emergencial, o TARM deve se reportar ao enfermeiro gestor de qualidade do atendimento.
- V. Postos de Atendimento (PA):
 - a. Entrar na sala de teleatendimento somente no horário de início do seu turno de trabalho, ou se houver algum assunto urgente a tratar com o Enfermeiro Auxiliar de Regulação Médica;
 - b. Tratar com educação e respeito a todos no seu ambiente de trabalho, evitando comentários que não sejam relacionados ao serviço. Comunique imediatamente quaisquer alterações/anomalias durante o plantão ao Enfermeiro Auxiliar de Regulação Médica;
 - c. Cumprir fielmente o Termo de Confidencialidade de informações assinado ao entrar no serviço;
 - d. É preciso se ter cuidado e zelo com o equipamento disponível (mesa, teclado, mouse, telefone, headset etc.). Ao assumir o plantão verifique se seu equipamento está em perfeito estado. Caso não esteja comunique imediatamente ao Enfermeiro Auxiliar de Regulação Médica;
 - e. Seu computador é de uso exclusivo para as atividades de regulação das urgências, incluindo o uso do sistema de regulação, do sistema de telefonia e buscas por endereço no Google Maps. É vedado o uso das buscas em internet para assuntos alheios ao serviço;
 - f. É proibido colocar bolsas, sacolas, casacos, celular e outros objetos nos postos de trabalho e nas cadeiras. O profissional deve guardá-los em seu armário;
 - g. Utilize tom de voz moderado ao atender o solicitante/paciente, para não prejudicar o atendimento dos demais;

- h. É proibido ficar com as cadeiras inclinadas. Todos os profissionais devem manter-se em postura adequada;
- i. É proibido o profissional manter-se em pé com conversas paralelas e/ou alheias ao serviço prejudicando o seu atendimento e o do seu vizinho. Isso contribui para a diminuição da poluição sonora local;
- j. Ter atenção no atendimento e não ficar colocando a ligação no *mute* durante o atendimento para conversar, ou aproveitar a pausa de digitação para ficar conversando;
- k. Ao finalizar seu turno de trabalho, passar o serviço com o máximo de moderação, para não prejudicar o atendimento dos demais;
- l. É proibida a venda de produtos (roupas, produtos de beleza, limpeza, dentre outros) dentro das dependências da CRUFor.

VI. Alimentação:

- a. É proibido alimentar-se nos postos de atendimento. Todos os profissionais devem fazer suas refeições ou lanches em local adequado para este fim e nos seus horários de intervalo;
- b. É permitido o uso de garrafa com água nos postos de atendimento, desde que esses possuam válvula de vedação;
- c. É proibido aos profissionais de plantão ausentarem-se da sede das dependências da CRUFor para realizar suas refeições.

A REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS

A Regulação das Urgências é um processo de trabalho em que são acolhidas as solicitações de ajuda por meio de escuta telefônica qualificada, efetuada por auxiliares de regulação médica e um médico, com o propósito de identificar o grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada a cada solicitação.

Previsto na Portaria GM/MS Nº 2.657/2004 que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192, o profissional Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) é o responsável pelo primeiro contato com o usuário através do atendimento telefônico de solicitações de atendimento de urgência e de transferência interunidades de pacientes graves. É esse atendimento que dá ao solicitante a primeira impressão que se tem da qualidade do serviço.

Sabemos que, nesse momento, as primeiras palavras ditas sempre são as mais fiéis ao que está ocorrendo. A importância do trabalho ético, humano e atencioso dessa porta de entrada é inquestionável e o profissional Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) tem um ponto central na qualidade das informações colhidas e repassadas ao Médico Regulador (MR).

O processo de regulação das solicitações tem três momentos distintos: (i) com o usuário, (ii) com a equipe de saúde em atendimento e (iii) com a equipe de saúde do destino final do paciente. Esse primeiro momento, com o usuário, consiste em duas etapas, com sete passos a serem percorridos no total:

- Primeira Etapa (TARM):
 1. Acolhimento do chamado;
 2. Identificação do solicitante e do paciente;
 3. Identificação e localização da urgência; e
 4. Identificação preliminar dos 3“S” da Regulação.
- Segunda Etapa (MR):
 5. Anamnese dirigida;
 6. Estabelecimento do grau de urgência (prioridade clínica);
 7. Decisão e resposta.

Essas duas etapas são as mais importantes na regulação de uma chamada para a Central de Regulação das Urgências. Elas devem basear-se em três pontos:

- Preceitos legais (ex. legislação federal, estadual e municipal);
- Preceitos éticos (ex. Declaração de Lisboa, Resoluções dos conselhos de classe etc.);
- Normas de conduta técnica do serviço (ex. Regimento Interno, Planos e Protocolos).

Nessa Cartilha iremos abordar os “quatro passos” da **Primeira Etapa**, realizada pelo TARM.

1. O ACOLHIMENTO DO CHAMADO

O TARM deve zelar pela escuta qualificada, atenciosa e comprometida com a solicitação, independente de quem ligue (criança, adolescente, idoso etc.) ou de qual número de telefone aparece no visor (trotos costumeiros etc.). Deve ter atenção, principalmente, para que os passos protocolares previstos sejam cumpridos com humanização (Protocolo de Acolhimento Telefônico – RM1).

Para isso, deve procurar abster-se de quaisquer distrações existentes que possam comprometer essa sua importante tarefa: acolher quem pede auxílio em hora de angústia e urgência. Esse trabalho demanda habilidade e disposição pessoal para a escuta, procurando falar com tom de voz amável e colocar-se sempre à disposição.

Assim, é imprescindível o agir de forma técnica e ética, manter o sigilo profissional de sua escuta e estar sempre disposto a cumprir as ações orientadas pelo Enfermeiro Auxiliar de Regulação Médica (EARM), pelo Médico Regulador (MR) ou Coordenador Médico de Urgência (CMUr24h), zelando para que esse trabalho em equipe possa acontecer em prol do paciente que sofre.

Assim, nesse **primeiro passo** (Acolhimento do Chamado), o TARM deve:

- Sempre atender o telefone no primeiro toque, identificando o serviço ao solicitante com a expressão *"SAMU Fortaleza, com quem eu falo?"*;
- Agora sabendo o nome de quem fala, com entonação de voz agradável, colocar-se à disposição com a pergunta protocolar *"Fulano (a), qual a sua urgência?"*;
 - Procurar manter o controle da conversa desde o início, acalmando e auxiliando o solicitante a se expressar;
- Enquanto escuta o solicitante, tentar detectar a possibilidade de trote na solicitação, estando atento aos sons ambientes e conversas paralelas na ligação;
- Colher a história e registrá-la da mesma forma que dita pelo solicitante, para determinar a queixa principal do caso;
 - Nesse momento, estar atento à detecção dos 3“S” da Regulação: (i) Síndrome de “Forte Valência Social”; (ii) Síndrome de “Etiologia Potencialmente Grave”; ou (iii) Síndrome de “Semiologia Potencialmente Grave”.
- A partir da história coletada, resumir a queixa principal na forma de um **“apelido”** que se encaixe em um dos 43 apelidos-padrão previstos e descritos adiante;
- Categorizar a ligação (tipo e origem).

O TARM **nunca** deve:

- Exaltar-se com o solicitante ou com o paciente;
- Induzir respostas do solicitante; ou
- Utilizar termos técnicos e informações/perguntas desnecessárias, não previstas nos protocolos do serviço;

2. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE E DO PACIENTE

Chamar quem solicita pelo seu nome facilita o diálogo e humaniza a interação TARM-solicitante, favorecendo a escuta e o vínculo. Esse passo já começa na primeira pergunta protocolar *"SAMU Fortaleza, com quem eu falo?"* e, se não for detectado nenhum dos 3“S” da Regulação, o TARM pode perguntar: (i) natureza do solicitante (familiar, transeunte, vizinho, profissional de saúde ou de outras áreas); (ii) faixa etária do paciente (criança, adulto ou idoso); e (iii) nome do paciente.

Mas, detectado algum dos 3“S” da Regulação, nesse **segundo passo** (Identificação do Solicitante) o TARM deve apenas:

- Reconhecer a importância de que o solicitante esteja no mesmo local que o paciente, para que as primeiras orientações da Regulação possam ser efetivadas pelo solicitante sobre o paciente;
 - – *"Fulano (a), o senhor (a) está no local da ocorrência?"*;
- Se o solicitante estiver no local, passar o caso ao MR imediatamente após concluir o passo seguinte (Localização da Urgência).
- Se o solicitante não estiver no local, solicitar que alguém ligue do local da urgência:
 - – *"Fulano (a), é muito importante que falemos com alguém que está no local, para darmos as primeiras orientações. O(A) Senhor(a) pode ir ao local ou pedir para alguém do local ligar o 192?"*;
 - Em seguida, após o solicitante desligar, informar imediatamente o caso ao MR e aguardar instruções.

IMPORTANTE: em casos em que o solicitante não estiver no local e o paciente se encontre sozinho, ou em situação de risco, avisar o Enfermeiro Auxiliar de Regulação Médica (EARM) ou o próprio Médico Regulador (MR) e prosseguir para o **terceiro passo** (Identificação e localização da urgência).

Em casos de desastres ou incidentes que envolvam múltiplas vítimas, deve-se perguntar o número aproximado de vítimas.

3. IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA URGÊNCIA

Esse passo consiste em registrar a origem da solicitação, segundo a história já colhida do solicitante (domicílio, via pública, serviço de saúde etc.), e solicitar a mais precisa possível localização do paciente. Essa é a **principal atividade** do TARM, *“pois apenas com ela poderá ser possível uma resposta com as unidades móveis do SAMUFor”*.

O TARM deve zelar para que o endereço completo, com referências e vias de acesso sejam colhidos para facilitar a chegada das equipes do SAMUFor. As quatro perguntas protocolares, visando a melhor localização do paciente (em via pública ou domicílio), são:

1. – *“Fulano (a), qual o endereço onde o paciente está?”*;
 - Se não for de Fortaleza, transferir imediatamente a solicitação para os TARM do SAMU Ceará;
2. – *“Fulano (a), diga um nome de avenida conhecida e perto desse endereço!”*;
3. – *“Fulano (a), vindo pela avenida ... diga um ponto de referência (comércio, farmácia, shopping ou semelhante) para entrar na sua rua (ou avenida)!”*;
4. – *“Fulano (a), e na sua rua (ou avenida), me diga um ponto de referência próximo desse número!”*;

Nos casos de ocorrências em locais de grande aglomeração (*shoppings*, praias, parques, praças etc.) detalhar referências dentro do local. Em rodovias detalhar apenas o quilômetro e o sentido do fluxo. Em grandes e conhecidas avenidas, detalhar apenas o item 4 acima. Já nos casos de solicitação de transferência interunidades o TARM deve detalhar a localização do paciente dentro da unidade: leito, andar, unidade/enfermaria e o tempo de internação/atendimento.

4. IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DOS 3“S” DA REGULAÇÃO

Desde o primeiro passo de recepção do chamado, onde se inicia o acolhimento ao solicitante por meio de uma escuta qualificada de sua história, o TARM deve estar atento ao reconhecimento de quaisquer um dos 3“S” da Regulação já mencionados:

- **Síndromes de “Forte Valência Social”**: onde o valor social é muito elevado: “Presidente da República caiu na rampa do Congresso”; “paciente psicótico causando grande comoção social”. A “morte” ou “grande sofrimento socioambiental” podem ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, quando existe comoção social no evento);
- **Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave”**: em casos com alto risco de heteroagressão, autoagressão (inclusive ideação suicida) ou mecanismo de trauma significativo (“Ele caiu do prédio”, “Ele foi baleado por uma 12”, “Ele foi atropelado por um Scania”, “Ela está parindo”, etc.) e história de overdose;
- **Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”**: concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone: (“Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc.). Pode incluir distúrbios clínicos em saúde mental como:
 - a síndrome de abstinência alcoólica grave – sudorese, taquicardia, tremores grosseiros nas mãos, alucinações, agitação psicomotora e até convulsão que surge em até 3 dias de abstinência do álcool.
 - a síndrome neuroléptica maligna – rigidez muscular grave, hipertermia e pelo menos dois dos seguintes sintomas, consequência da intoxicação por antipsicóticos: sudorese, disfagia, tremor, incontinência, alterações do nível de consciência, mutismo, taquicardia e pressão arterial elevada: ou
 - a catatonia – perturbação acentuada da função motora marcada pela rigidez e imobilidade contínua, presente na esquizofrenia, ou hipertermia, ansiedade, intensa, comportamento destrutivo e psicose, presente na intoxicação por chumbo (catatonia letal);

4.1 A SEMIOLOGIA POTENCIALMENTE GRAVE

Como previsto no Manual de Regulação das Urgências, a maior complexidade da Central de Regulação das Urgências de Fortaleza (CRUFor) sempre exigiu que a avaliação preliminar da Síndrome de “Semiologia Potencialmente Grave” fosse realizada pelo TARM, de forma protocolar pelo Protocolo Master de classificação de risco (Protocolo RM2).

Por meio de sete perguntas, o TARM obtém respostas sobre a responsividade (nível de consciência), o estado da respiração e o estado da circulação do paciente. Entretanto a responsabilidade pela correta execução desse protocolo é do MR, que deve ser sempre comunicado quando uma “Semiologia Potencialmente Grave” for suspeitada pelo TARM. As sete perguntas são:

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

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

Segundo o Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde (p. 74):

Esse acolhimento inicial é realizado pelo telefonista auxiliar de regulação médica e deve permitir inferir agravos de maior gravidade antes mesmo de encaminhar a solicitação ao médico regulador. Essa avaliação tem por objetivo identificar sinais de alerta que sugerem, de imediato, situação de risco, de acordo com a natureza do agravo e/ou a descrição do caso/cenário. Uma vez percebidos tais sinais, a solicitação deve ser priorizada e transferida imediatamente ao médico regulador, caso haja outras solicitações em espera.

Se o paciente está inconsciente e/ou com dificuldade respiratória ou sem respirar, fica caracterizada situação de extrema urgência e o caso deve ser comunicado e repassado imediatamente ao médico regulador, após registrar nome, telefone e endereço completo.

Ou seja, o reconhecimento precoce pelo TARM de Síndromes de “Forte Valência Social” e de “Etiologia Potencialmente Grave” (durante o Protocolo RM!) ou de “Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave” (durante o Protocolo RM1 e RM2) deve ser imediatamente informado ao MR para que esse possa tomar sua decisão técnica de envio do melhor recurso disponível no momento para o atendimento ao paciente, preferencialmente Suporte Avançado de Vida (SAV).

TIPOS DE LIGAÇÃO

Para uma Central de Regulação existem vários tipos de ligação. **Todas as ligações numa Central de Regulação devem ser registradas com a criação de uma nova solicitação.** Infelizmente os trotes e as ligações indevidas ainda são a maioria. Dos 16 tipos de ligação cadastrados no sistema de regulação, somente em casos de (i) engano, (ii) pedido de informação, (iii) ligações da equipe do SAMU ou (iv) trotes não é necessário o acolhimento com classificação de risco e o TARM pode encerrar a solicitação sem passar o caso ao MR.

1. **AMV ou IMV:** são as solicitações de atendimento para eventos com múltiplas vítimas, ou seja, com no mínimo cinco vítimas simultâneas;
 - o TARM deve seguir todos os oito itens protocolares previstos no Protocolo RM1.
2. **ATENDIMENTO:** são as ligações efetuadas para pedido de auxílio de urgência ou transferência interunidades.
 - o TARM deve seguir todos os oito itens protocolares previstos no Protocolo RM1.
3. **COBRANÇA:** são as ligações para cobrar remoção/transferência de paciente já regulado.

- Após o item 2 do Protocolo RM1 (acolhimento e identificação do solicitante/paciente), perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;
 - Reaplicar o Protocolo RM2 e atualizar o quadro do paciente no campo apropriado, escrevendo "Fulano (a) pediu brevidade";
 - Passar a informação ao médico regulador sobre quadro atualizado do paciente e aguardar instruções;
 - Associar a solicitação de cobrança à solicitação pendente e encerrar a ocorrência.
4. **DESISTÊNCIA:** são as ligações de desistência de recurso do SAMU enviado pela CRUFor para remoção/transferência. Nesses casos, geralmente o paciente já foi removido.
- Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;
 - Atualizar o quadro do paciente no campo apropriado, escrevendo "Fulano (a) está cancelando a solicitação" seguido do motivo da desistência;
 - Passar a informação para o operador de frota e médico regulador e aguardar instruções;
5. **QUEDA DE LIGAÇÃO:** são as ligações que se encerram inesperadamente. **IMPORTANTE:** se a queda ocorrer sem que o solicitante fale, enquadrar a ligação como trote, ou seja...
- Antes do item 2 do Protocolo RM1 (acolhimento e identificação do solicitante/paciente) – ligação muda / ninguém fala, encerrar a solicitação como TROTE (veja abaixo);
 - Após o item 2 do Protocolo RM1 (acolhimento e identificação do solicitante/paciente), colocar o CAMPO "Tipo de Ligação" como "QUEDA DE LIGAÇÃO", passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções (pode ficar em espera ou encerrar a ligação).
6. **TROTE:** é tipo de ligação que o TARM vai identificar facilmente, (piadinha, xingamentos, brincadeiras etc.). Também pode ser reconhecido como um exagero ou inadequação das informações passadas pelos solicitantes.
- Evitar manter diálogo com o solicitante que passa trote;
 - Após o item 2 do Protocolo RM1 (acolhimento e identificação do solicitante/paciente), reconhecido o trote, desliga a ligação e registra a ocorrência como TROTE, encerrando a mesma.
7. **REGULAÇÃO:** são as ligações das equipes do SAMUFor, para tirar dúvidas sobre o caso passado, para passagem de avaliação realizada em pacientes e solicitação de decisão gestora quanto ao destino do mesmo (QTW).
- Após o item 2 do Protocolo RM1 (acolhimento e identificação do solicitante/paciente), pede o número da ocorrência e diz – "Aguarde um momento enquanto eu transfiro a sua ligação para o médico regulador!";
 - Passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções;
 - Registra como REGULAÇÃO, encerrando a ocorrência;
8. **ENGANO:** são as ligações em que, após o TARM apresentar o serviço ("*SAMU Fortaleza, com quem eu falo?*"), o próprio solicitante diz que se enganou e ligou errado.
- quando o solicitante quer falar com o SAMU Ceará e cai no SAMU Fortaleza;
 - Transferir para o ramal 6028 ou 6076;
 - quando o solicitante não ouve o acolhimento inicial e o TARM percebe o engano:
 - – "Fulano (a) aqui é do SAMU Fortaleza, você ligou errado!"
 - Registra como ENGANO, encerrando a ocorrência;
9. **INFORMAÇÕES:** são as ligações com pedidos de informação sobre a Rede de Urgência e Emergência de Fortaleza ou sobre alguma ocorrência anterior:
- quando o solicitante pede alguma informação, geralmente endereços de unidades de saúde, telefones de outras centrais de atendimento à população ou outros chamados não relacionados a urgências médicas como números telefônicos de unidades de saúde:
 - Orientar solicitante a informação no número 102;
 - Se houver nova ligação e souber dar a resposta, fornece a informação;
 - quando o solicitante quer fornecer alguma informação ou quer falar com o médico regulador:
 - Passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções;
 - Registra como INFORMAÇÃO, encerrando a ocorrência;
10. **ORIENTAÇÃO:** são as ligações recebidas com solicitações de orientação de saúde em questões de urgência.

- a solicitação de orientação médica ou de enfermagem deverá ser encaminhada ao Médico Regulador ou ao Enfermeiro Auxiliar de Regulação Médica após o item 2 do Protocolo RMI (acolhimento e identificação do solicitante/paciente);
11. **TRANSFERÊNCIA:** ligações de unidades de saúde com solicitação de transferência de pacientes que estejam há mais de 24 horas em atendimento na mesma.
 - em vez do endereço, o TARM deve detalhar a localização do paciente dentro da unidade: leito, andar, unidade/enfermaria e o tempo de internação/atendimento. A solicitação, após isso, deverá ser encaminhada ao MR que deverá colher todos os detalhes do caso clínico do paciente.
 12. **ADMINISTRATIVO:** são ligações realizadas por servidores para questões administrativas do plantão. TARM registra como ADMINISTRATIVO, encerrando a ocorrência;
 13. **PARTICULAR:** são ligações recebidas para tratar de assuntos particulares dos profissionais do plantão (**casos de exceção**). TARM registra como PARTICULAR, encerrando a ocorrência;
 14. **RECLAMAÇÃO:** ligações com pedido de registro de reclamações sobre quaisquer assuntos relacionados à Rede de Urgência e Emergência de Fortaleza. O TARM orienta sobre os contatos com a Ouvidoria da SMS ou SAMU e registra como RECLAMAÇÃO, encerrando a ocorrência;
 15. **SERVIÇO SOCIAL:** solicitações de contato com o serviço psicossocial de plantão na CRUFor (em fase de implantação). TARM registra como SERVIÇO SOCIAL, encerrando a ocorrência;
 16. **SOLICITAÇÃO VIA CIOPS:** toda solicitação advinda de parceiros de dentro da Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança – CIOPS, seja dos bombeiros, polícia militar, polícia civil ou outros. TARM registra como CIOPS, encerrando a ocorrência;
 17. **TRANSPORTE:** ligações com solicitação de transporte de pacientes que não estejam em situação de urgência: transporte sanitário ou transporte social. TARM registra como TRANSPORTE SOCIAL, encerrando a ocorrência.

A QUEIXA PRINCIPAL E O APELIDO DA SOLICITAÇÃO

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

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

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

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

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

Abaixo algumas outras possibilidades de “apelidos”, como queixas principais comuns não necessariamente associadas a protocolos:

- **Escoriações** após queda;
- **Indisposição** ou mal-estar;
- Problemas **digestivos**;

- Problemas ginecológicos;
- Problemas urinários;
- Tosse.

APELIDO DA OCORRÊNCIA	PROTOCOLO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
AVC – Acidente Vascular Cerebral	RC1	Paciente com sintomas de acidente vascular cerebral (AVC) que se iniciaram entre 3 e 4,5 horas
Administrativo	RM10	Solicitações administrativas ou de autoridades
Alergia	RC2	Coceira, edema, erupções ou vesículas na pele ou mucosas, com ou sem alterações respiratórias associadas, associados ou não a história alérgica pregressa.
Asma	RC3	Sinais e sintomas de asma previamente conhecida.
Afogamento	RT1	Paciente consciente ou inconsciente após submersão em água e parada respiratória.
Agitação e Situação de violência	RC4	Pacientes com alteração de comportamento (agitação ou inquietação) que podem ter etiologia psiquiátrica ou orgânica.
Agressão Física	RT2	Queixas inespecíficas após agressão.
Autoagressão e tentativa de suicídio	RC5	História de autoagressão, com danos físicos a si mesmo, abordando aspectos físicos e psiquiátricos do caso.
Cefaleia	RC6	Qualquer dor ao redor da cabeça não relacionada a nenhuma estrutura anatômica especial, podendo ser referida à região do couro cabeludo, fronte, nuca, acima ou na região dos olhos. A dor facial não está incluída.
Convulsão	RC7	Movimentos tônicos ou clônicos em crise tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial.
Corpo Estranho	RC8	Presença de corpo estranho em qualquer parte da anatomia.
Crise em Saúde Mental	RC9	Alterações agudas do comportamento e doença mental.
Diabetes	RC10	Pacientes sabidamente diabéticos, tipo I ou tipo II.
Diarreia e/ou vômitos	RC11	Pacientes com diarreia e/ou vômitos com ou sem sinais de desidratação.
Dispneia em adulto	RC12	Em todos os casos de dispneia em paciente não asmático.
Dispneia em criança	RP1	Queixas de falta de ar na criança.
Dor abdominal em adulto	RC13	Dor na região abdominal, com ou sem irradiação.
Dor abdominal em criança	RP2	Dor na região abdominal, com ou sem irradiação.
Dor cervical	RC14	Dor na região cervical, com ou sem irradiação.
Dor lombar	RC15	Dor na região lombar, com ou sem irradiação.
Dor testicular	RC16	Dor na região escrotal.
Dor torácica	RC17	Dor torácica anterior, lateral ou posterior, com ou sem irradiação, com ou sem relação com a respiração.
Ferimentos perfuro-penetrantes	RT4	Ferimentos diversos, incluindo todos os ferimentos por arma branca ou arma de fogo.
Gestante em trabalho de parto	RO2	Pacientes gestantes, em trabalho de parto ou alterações do curso normal da gestação.
Hemorragia digestiva	RC18	Pacientes apresentando sangramento digestivo, podendo estar vomitando sangue vivo ou alterado, ou evacuando sangue vivo ou alterado.
Intoxicação ou abstinência alcoólica	RC19	Uso agudo ou crônico, comprovado ou suspeito de álcool.
Mal súbito no adulto	RC20	Desmaio, síncope ou mal-estar no adulto.
Maus Tratos	RM9	Caso suspeito ou efetivo de maus tratos a criança, adolescente ou idoso.
Mordeduras e picadas	RC21	Abrange desde picadas de insetos até mordeduras por grandes animais, inclusive humana.
Múltiplas Vítimas ou QBRNE	RT3	Em todos os incidentes com múltiplas vítimas relacionados ou não com produtos perigosos (químicos, radiológicos, nucleares e explosivos) ou agentes biológicos.
Overdose e envenenamentos	RT5	Relato de ingestão de substâncias tóxicas ou entorpecentes com sintomatologia importante.
Palpitação	RC22	Sensação incômoda do coração estar batendo ou acelerado.
PCR	RM7	Solicitação para paciente em Etiologia ou Semiologia Potencialmente Grave
Politraumatismo	RT8	Comprometimento simultâneo e grave de várias funções e sistemas do corpo humano em decorrência de lesões provocadas por forças externas, que podem ser tanto um objeto chocando-se contra o corpo humano quanto o corpo humano chocando-se contra um objeto.
Problemas odontológicos	RC23	Abrange qualquer problema oral em dentes e/ou gengivas.
Problemas em extremidades	RC24	Em quaisquer queixas ou lesões em membros superiores ou inferiores, inclusive dor ou trauma.
Problemas em olhos	RC25	Dor ou outras sensações nos olhos, incluindo alterações agudas na visão.
Queda	RT6	Queda da própria altura ou de altura.
Queimaduras e choque elétrico	RT7	Queimaduras de fonte elétrica, química ou por fogo, calor ou solar.
Remoção	RM8	Solicitação de remoção interunidades de paciente
STV – Sangramento vaginal	RO1	Perda de sangue, na gestação ou fora dela, por via vaginal.
TCE – Trauma crânioencefálico	RT9	Trauma na cabeça com alterações neurológicas e/ou equimose mastoide ou periorbitária e/ou otorragia/rinorragia com ou sem politraumatismo.
Trauma toracoabdominal	RT10	Trauma em tórax ou abdome com ou sem risco de morte, hemorragia ou dor.

Tabela 1: Apelidos-padrão

Resumindo, se o paciente não for potencialmente grave (os “3S” da Regulação), a definição pelo TARM da “queixa principal” e do “apelido” já pré-direciona o Médico Regulador ao protocolo apropriado. O médico regulador tanto poderá orientar sua decisão de acordo com o Protocolo de Regulação correspondente ao apelido escolhido ou, se for o caso, mudar o apelido, mudando o Protocolo de Regulação de referência para o caso.

Em resumo:

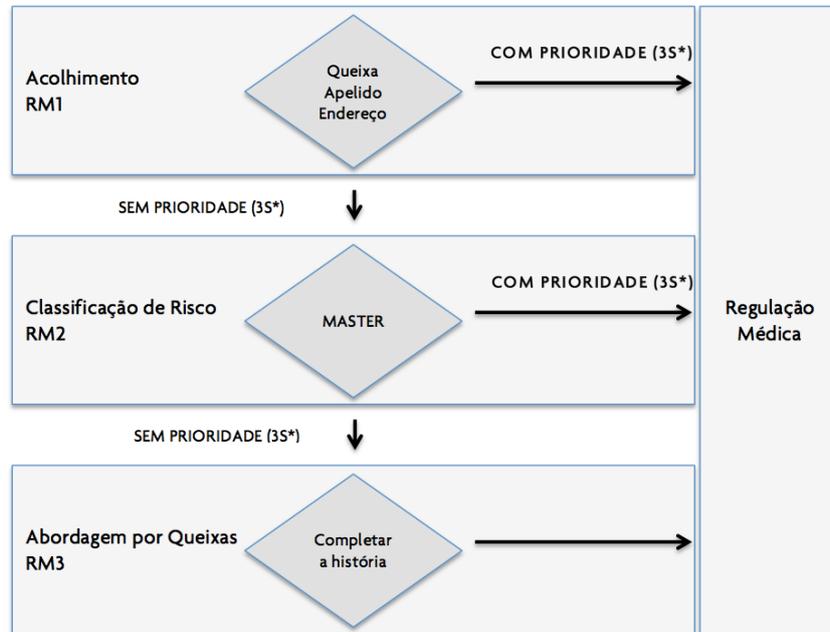


Figura 1: Fluxograma de Regulação da CRUFor

* 3S da Regulação: Síndromes de “Forte Valência Social” e de “Etiologia Potencialmente Grave” (RM1) ou de “Semiologia Potencialmente Grave” (RM2)

TEMPO RESPOSTA E RESPOSTAS AO SOLICITANTE

O Protocolo RM4 aborda o tempo resposta ideal dos quatro passos realizados pelo TARM e fornece algumas respostas protocolares a serem dadas por estes ao solicitante:

TEMPO RESPOSTA IDEAL

- **Protocolo RM1 – 1 Minuto:** acolhimento do chamado com identificação preliminar dos 3“S” da Regulação (queixa principal e apelido), identificação do solicitante e do paciente com identificação e localização da ocorrência.
 - **Esse tempo não pode se estender por mais de 3 minutos;**
 - Nos casos em que esse tempo for extrapolado (em casos de dificuldade de comunicação com o solicitante ou grande caos instalado no local) o médico regulador e/ou gestor de qualidade devem ser imediatamente informados, para ciência da dificuldade da coleta de informações;
- **Protocolo RM2 – 1 Minuto:** em casos de Urgência de Prioridade Máxima, com positividade nos 3“S” da Regulação.
 - **em casos que não sejam Prioridade Máxima (3“S” da Regulação ausente) – 3 Minutos:** registrar queixas adicionais relatadas pelo solicitante/paciente. **Não fazer perguntas aleatórias.**

REGISTRO ELETRÔNICO NO SISTEMA

Além do relato **ESPONTÂNEO** do ocorrido, dito pelo solicitante/paciente nos Protocolos RM1 e RM2, o TARM deverá registrar no sistema de regulação, também, todo o fluxo de seu atendimento, nos seguintes termos:

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

Seguem-se alguns exemplos de registro do TARM no sistema de regulação:

- Queixa principal: CRIANÇA QUE NÃO SE SENTE BEM HÁ 5 DIAS.
- Apelido da ocorrência: "MAL-ESTAR EM CRIANÇA";
- 3 "S" da Regulação: "NEGATIVO";
- Queixas Adicionais: "Nenhuma queixa adicional"

- Queixa principal: MULHER QUE TENTOU CORTAR OS PULSOS HÁ 2 HORAS.
- Apelido da ocorrência: "AUTOAGRESSÃO";
- 3 "S" da Regulação: "NEGATIVO";
- Queixas Adicionais: "faz tratamento no CAPS *tal*, tem sangramento, mas esse diminuiu com a compressão com pano limpo. Está confusa".

Ao passar o caso ao médico regulador, o TARM deve ter especial atenção às:

- Palavras ditas pelo solicitante ao fazer sua solicitação;
- Aspectos do tom de voz do solicitante percebidos durante a ligação;
- Sons do ambiente percebidos durante a ligação;
- Respostas obtidas durante a execução do "Protocolo MASTER – RM2"; e
- Queixas adicionais relatadas pelo solicitante/paciente.

RESPOSTAS AO SOLICITANTE

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

- USA, USI ou USB disponível:
 - O Médico Regulador poderá orientar retornar ao solicitante: "*a ambulância está sendo enviada do bairro...*";
- USA, USI e USB indisponíveis:
 - Em casos excepcionais, o Médico Regulador poderá orientar retornar ao solicitante: "*todas as nossas ambulâncias estão em atendimento, sua urgência está sendo priorizada!*"

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

- USI ou USB e/ou Motolância disponíveis:
 - O Médico Regulador poderá orientar retornar ao solicitante: "*a ambulância está sendo enviada do bairro...*".
- USI, USB e Motolância indisponíveis:
 - Seguir orientação médica, que poderá ser manter a solicitação em "acolhimento com classificação de risco", reavaliando à distância a cada 30 minutos, ou já orientar que o solicitante procure remoção por outros meios dizendo: "*todas as nossas ambulâncias estão em atendimento. A orientação da regulação médica é remover o paciente e não aguardar. Caso não ocorra a remoção favor nos informar.*"

Sendo regulada uma **Urgência de Baixa Prioridade (VERDE)** ou uma **Urgência de Prioridade Mínima (AZUL)** o médico regulador poderá decidir pela remoção por meios próprios (para menor prejuízo ao paciente) e deverá registrar o fato na ficha de atendimento do paciente no e-SUS SAMU. Nesse caso, o médico poderá orientar ao TARM que não há indicação técnica de remoção por ambulâncias:

- "*Segundo a Regulação Médica, não há indicação de transporte por ambulância; o transporte do paciente deverá ser realizado por outros meios...*" (indicar qual a unidade de saúde mais apropriada para o caso).

RM0 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Acolhimento e Classificação de Risco

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Abordagem inicial de todas as solicitações de atendimento.

Conduta:

Pontos importantes no processo de acolhimento da chamada telefônica

18. O Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) tem como função precípua:

- Zelar pela escuta qualificada, atenciosa e comprometida com o paciente, cuidando para que os passos protocolares sejam cumpridos com humanização (**Protocolo de Acolhimento Telefônico - RM1**);
 - Colher a história e registrá-la da mesma forma que dita pelo solicitante, para determinar a **queixa principal** do caso; e
 - Criar o **apelido** da ocorrência, segundo a queixa principal e de acordo com o nome dos Protocolos de Regulação;
- Reconhecer a importância de que o solicitante esteja no mesmo local que o paciente, para que as primeiras orientações da CRUFor sejam efetuadas pelo solicitante sobre o paciente;
- Reconhecer imediatamente quaisquer dos **discriminadores gerais**, conhecidos como os 3 "S" da Regulação das Urgências:
 - Síndrome de Forte Valência Social;
 - Síndrome de Etiologia Potencialmente Grave; e
 - Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave.
- Zelar para que o endereço completo, com referências e vias de acesso sejam colhidas para facilitar a chegada das equipes do SAMUFor.

19. Reconhecido quaisquer discriminadores gerais (3 "S" da Regulação) o Médico Regulador deve, **IMEDIATAMENTE**, assumir a conversa com o solicitante, guiado pelo:

- **Protocolo MASTER - RM2:**
 - Avaliar responsividade;
 - Avaliar respiração; e
 - Avaliar circulação.
- Iniciar orientações cabíveis por Telemedicina, inclusive Reanimação Cardiopulmonar (RCP) ou Manobras de Desobstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE); e
- Decidir resposta do SAMUFor de acordo com protocolo específico do **apelido** do caso, em busca do **discriminador específico** mais elevado que embasa sua decisão médica.
 - A Regulação Médica deve ratificar ou retificar a queixa principal e/ou o apelido da ocorrência, sinalizando os caminhos da decisão médica que está tomando.

20. Não sendo reconhecido quaisquer discriminadores gerais (3 "S" da Regulação), o TARM:

- Pode seguir na investigação protocolar por perguntas de situações de Semiologia Potencialmente Grave, segundo **Protocolo MASTER - RM2:**
 - Avaliar responsividade;
 - Avaliar respiração; e
 - Avaliar circulação.
- Não sendo reconhecida Semiologia Potencialmente Grave, o TARM deve passar o caso ao Médico Regulador com atenção às:
 - Palavras ditas pelo solicitante ao fazer sua solicitação;
 - Aspectos do tom de voz do solicitante percebidos durante a ligação;
 - Sons do ambiente percebidos durante a ligação;
 - Respostas obtidas durante a execução do "**Protocolo MASTER - RM2**".
- Além do relato do ocorrido, dito pelo solicitante/paciente, o TARM deverá registrar no sistema de regulação, o fluxo de seu atendimento, nos seguintes termos:

- Qual foi a **Queixa Principal**?
- Qual o **apelido** da solicitação?
- Detectou algum dos **3 "S" da Regulação**?

21. **Ciente dos dados passados pelo TARM, o Médico Regulador assume o caso para:**

- Decidir resposta do SAMUFor de acordo com **protocolo específico do apelido do caso**, em busca do **discriminador específico** mais elevado que embasa sua decisão médica.
 - A Regulação Médica deve ratificar ou retificar a queixa principal e/ou o apelido da ocorrência, sinalizando os caminhos da decisão médica que está tomando.
- Registrar sua decisão no sistema de regulação utilizado, seguindo o seguinte roteiro:
 - Existe algum **Discriminador Geral** (os 3 "S" da Regulação)?
 - Em qual **Protocolo de Regulação** se enquadra o caso?
 - A decisão médica foi baseada em qual **Discriminador Específico**?
 - Qual foi a **Decisão Médica**? Justifique.

OBSERVAÇÕES:

De um modo geral, qualquer método de classificação de risco deve fornecer ao profissional um diagnóstico, uma exclusão diagnóstica ou uma prioridade clínica. O desenho da metodologia adotada na Central de Regulação das Urgências de Fortaleza (CRUFor) é o mesmo adotado pela Classificação de Manchester, ou seja, foi planejada para definir uma prioridade clínica. Assim, a decisão é baseada em três grandes princípios:

1. O foco da classificação de risco é tanto facilitar a "gestão da clínica" de cada paciente quanto a gestão de todo o serviço, por meio de uma alocação exata de uma prioridade clínica;
2. O tempo de realização da classificação de risco é tal que qualquer tentativa de se fazer um diagnóstico clínico do paciente nesse momento estará fadada ao fracasso;
3. É evidente que o diagnóstico clínico não está precisamente associado à prioridade clínica.

Essa prioridade clínica reflete aspectos de uma apresentação/queixa particular do paciente, que na Central de Regulação das Urgências denominamos queixa principal (campo motivo/queixa), resumida no apelido da ocorrência que colocamos logo abaixo do "campo motivo/queixa" no sistema de regulação. Por exemplo, um paciente com fratura em uma perna pode apresentar-se num contexto domiciliar, numa queda de moto, num atropelamento em via de alta velocidade e a sua prioridade clínica deve refletir esses vários contextos.

Ou seja, da mesma forma como no processo de classificação de risco segundo a Classificação de Manchester, a classificação de risco adotada numa Central de Regulação de Urgência requer que o profissional defina a queixa principal, o motivo que levou ao usuário nos procurar pelo 192, investigue causas imediatas de risco à vida, selecione um dos vários protocolos de regulação e, então, procure um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica.

Possíveis causas de risco imediato à vida são conhecidos como discriminadores gerais e os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas são chamados de discriminadores específicos e os que indicam níveis de prioridade mais altos devem ser sempre os primeiros a serem procurados. A ausência de discriminadores sugere que o paciente seja classificado como não urgente.

O conceito de classificação de risco determinando a necessidade clínica como metodologia de gestão do risco clínico, na prática, tem algumas fases:

1. Fase 1: Determine o motivo ou queixa principal;
2. Fase 2: Investigue riscos imediatos à vida pelos discriminadores gerais;
3. Fase 3: Selecione o apropriado protocolo de regulação;
4. Fase 4: Determine, no protocolo selecionado, o discriminador específico mais elevado;
5. Fase 5: Selecione a prioridade clínica.

É comum confundir prioridade clínica com manejo ou gestão da clínica de um paciente. A prioridade clínica requer a coleta de informações que permitam enquadrar o paciente em uma de quatro prioridades:

- **COR VERMELHA:** urgência de prioridade máxima, cujo atendimento pré-hospitalar deve estar iniciando em 10 a 15 minutos após a decisão médica reguladora. O médico regulador deve ficar em atendimento por telemedicina à ocorrência até a chegada da equipe no local;
- **COR AMARELA:** urgência de alta prioridade, cujo atendimento pré-hospitalar deve estar iniciando em 30 minutos após a decisão médica reguladora;

- **COR VERDE:** urgência de baixa prioridade, sem indicação de atendimento pré-hospitalar. Deve ser realizada orientação médica para o caso; e
- **COR AZUL:** urgência de prioridade mínima, sem indicação de atendimento pré-hospitalar. Também deve ser realizada orientação médica para o caso.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: novembro/2015

1ª Revisão: novembro/2016

2ª Revisão: maio/2023

RM1 – ACOLHIMENTO TELEFÔNICO

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Acolhimento e Classificação de Risco

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Abordagem inicial de todas as solicitações de atendimento.

Conduta:

As oito fases protocolares do acolhimento são:

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

I. ACOLHIMENTO

– "SAMU Fortaleza, com quem eu falo?"

- Preenche o campo do nome do solicitante;

– "Fulano (a), qual a sua urgência?"

- Preenche o campo do Motivo/Queixa;
- Dá um apelido à ocorrência (resumo em uma palavra do motivo/queixa);
- Preenche o campo TIPO DE LIGAÇÃO e ORIGEM da ligação;
- Preenche o campo TIPO e MOTIVO, de classificação da ocorrência;

II. ENDEREÇO

3. – "Fulano (a), o senhor (a) está no local da ocorrência?";

- Se não estiver, solicitar que alguém ligue do local da urgência: – "Fulano (a), é muito importante que falemos com alguém que está no local, para darmos as primeiras orientações. O(A) Senhor(a) pode ir ao local ou pedir para alguém do local ligar o 192?";

4. – "Fulano (a), qual o endereço onde o paciente está?";

- Se não for de Fortaleza, transferir imediatamente a solicitação para os TARMs do SAMU Ceará;

5. – "Fulano (a), diga um nome de avenida conhecida e perto desse endereço!";

6. – "Fulano (a), vindo pela avenida ... diga um ponto de referência (comércio, farmácia, shopping ou semelhante) para entrar na sua rua (ou avenida)!";

7. – "Fulano (a), e na sua rua (ou avenida), me diga um ponto de referência próximo desse número!";

III. OS "3S" DA REGULAÇÃO

8. Se for detectada Síndrome de "Forte Valência Social", "Etiologia Potencialmente Grave" ou "Semiologia Potencialmente Grave" (os "3S" da Regulação), passar imediatamente para o médico regulador dizendo ao solicitante "Aguarde um momento enquanto eu transfiro a sua ligação para o médico regulador!";

- Se não for detectado nenhum dos "3S" da Regulação, o TARM segue o **Protocolo MASTER (RM2)** de Classificação de Risco.

Nos tipos de ligação abaixo, o TARM deve:

1. **ATENDIMENTO** ou **IMV** (cinco vítimas ou mais) – o TARM deve seguir todos os oito itens.
2. **COBRANÇA** – ligou para o Serviço para cobrar remoção/transferência de paciente já regulado:
 - Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;
 - Reaplicar o Protocolo RM2 e atualizar o quadro do paciente no campo apropriado, escrevendo "Fulano (a) pediu brevidade";
 - Passar a informação ao médico regulador sobre quadro atualizado do paciente e aguardar instruções;
 - Associar a solicitação de cobrança à solicitação pendente e encerrar a ocorrência.
3. **DESISTÊNCIA** – ligou para o Serviço para desistir de remoção/transferência de paciente já regulado:
 - Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;

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

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

- Ao receber uma chamada telefônica, o TARM deve cumprimentar o solicitante de forma ética e educada antes de coletar algumas informações básicas
- Essas informações básicas (quem telefona e a queixa inicial) devem ser colhidas, no máximo, no primeiro minuto de teleatendimento e o endereço da ocorrência; no minuto seguinte;
- Sobre a queixa inicial lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo. Ter atenção a:
 - **Síndromes de "Forte Valência Social":** onde o valor social é muito elevado: "Presidente da República caiu na rampa do Congresso"; "paciente psicótico causando grande comoção social". A "morte" ou "grande sofrimento

socioambiental” podem ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, quando existe comoção social no evento);

- **Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave”**: em casos com alto risco de heteroagressão, autoagressão (inclusive ideação suicida) ou mecanismo de trauma significativo (“Ele caiu do prédio”, “Ele foi baleado por uma 12”, “Ele foi atropelado por um Scania”, “Ela está parindo”, etc.) e história de overdose;
- **Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”**: concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone: (“Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc.). Pode incluir distúrbios clínicos em saúde mental como:
 - a síndrome de abstinência alcoólica grave – sudorese, taquicardia, tremores grosseiros nas mãos, alucinações, agitação psicomotora e até convulsão que surge em até 3 dias de abstinência do álcool.
 - a síndrome neuroléptica maligna – rigidez muscular grave, hipertermia e pelo menos dois dos seguintes sintomas, consequência da intoxicação por antipsicóticos: sudorese, disfagia, tremor, incontinência, alterações do nível de consciência, mutismo, taquicardia e pressão arterial elevada: ou
 - a catatonía – perturbação acentuada da função motora marcada pela rigidez e imobilidade contínua, presente na esquizofrenia, ou hipertermia, ansiedade, intensa, comportamento destrutivo e psicose, presente na intoxicação por chumbo (catatonía letal);
- A fase de Acolhimento (RM1) visa, principalmente, detectar precocemente as Síndromes de “Forte Valência Social” e de “Etiologia Potencialmente Grave” (queixa principal), embora possa detectar também “Semiologia Potencialmente Grave”:
 - Nesta fase obtemos a identificação da queixa principal e à coleta das primeiras informações relacionadas ao caso, que embora sejam concisas e subjetivas, geralmente são as mais fidedignas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: março/2015
3ª Revisão: maio/2016
4ª Revisão: novembro/2016
5ª Revisão: maio/2023

RM2 – PROTOCOLO MASTER (Classificação de Risco)

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Acolhimento e Classificação de Risco

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Após completado o Protocolo de Acolhimento (RM1), para avaliar melhor a existência de “Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave”.

Conduta:

1. Realizar questionário para classificação de risco do paciente:
 - Avaliar o Nível de Consciência (Responsividade):
 - – “Fulano (a), ele consegue falar? Ele diz o que sente?”
 - – “Fulano (a), bata no ombro dele e chame por ele!” (se não conseguir falar)
 - – “Fulano (a), ele abre os olhos, mexe braços e pernas?”
 - Avaliar a Respiração:
 - – “Fulano (a), veja como está a respiração dele?”
 - Avaliar a Circulação:
 - – “Fulano (a), você acha que a cor da pele dele (a) está normal?”
 - – “Está quente ou fria?”
 - – “Fulano (a), ele está sangrando? Onde? Quanto?”
2. Passar imediatamente o caso para o médico regulador (ramal 2199), caso seja detectada Síndrome de “Semiologia Potencialmente Grave”, dizendo – “Aguarde um momento enquanto eu transiro a sua ligação para o médico regulador!”;

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

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

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2015
3ª Revisão: maio/2016
4ª Revisão: maio/2023

RM4 – TEMPO RESPOSTA, RESPOSTAS AO SOLICITANTE, REGISTRO ELETRÔNICO E ENVIO DE UNIDADE DE SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Protocolos Especiais

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em todas as solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação das Urgências.

Conduta:

TEMPO RESPOSTA IDEAL

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

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

* Envio de USB em casos de valência social

ENVIO DE UNIDADE DE SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

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

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

RESPOSTAS AO SOLICITANTE

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

- USA, USI ou USB disponível:
 - retornar ao solicitante: *“a ambulância está sendo enviada do bairro...”*;

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

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

- USI ou USB e/ou Motolância disponíveis:
 - Retornar ao solicitante: *"a ambulância está sendo enviada do bairro..."*
 - Acompanhar tempo-resposta até a chegada da ambulância;
 - Reavaliar por telemedicina a cada 30 minutos enquanto ambulância não chegar.
- USI, USB e Motolância indisponíveis:
 - Se o caso for de urgência clínica ou pediátrica, retornar ao solicitante: *"todas as nossas ambulâncias estão em atendimento. A orientação da regulação médica é remover o paciente e não aguardar. Caso não ocorra a remoção favor nos informar."*
 - Se o caso for de urgência no trauma ou obstétrica:
 - Se a previsão de atendimento for menor que uma hora, manter a solicitação em *"acolhimento com classificação de risco"*, reavaliando à distância a cada 30 minutos;
 - Se a previsão de atendimento for maior que uma hora, havendo a possibilidade de remoção de meios próprios e o médico regulador percebendo que isso é a conduta com menor prejuízo possível (**veja Declaração de Lisboa**), o próprio médico regulador deverá permitir que essa remoção seja feita.

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

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

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

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

REGISTRO ELETRÔNICO NO SISTEMA

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

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

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

- Qual a **Queixa Principal**?

- Existe algum **dos 3 “S” da Regulação** (Discriminador Geral)?
- Em qual **Protocolo de Regulação** enquadra-se o caso?
- A decisão médica foi baseada em qual **Discriminador Específico**?
- Qual foi sua **Decisão Médica**?

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

SEM RECURSO DISPONÍVEL

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

SEM INDICAÇÃO TÉCNICA DE REMOÇÃO POR AMBULÂNCIAS

- **Não há indicação de transporte por ambulância.** Paciente sem prejuízo da consciência, sem comprometimento respiratório ou circulatório e podendo deambular. Não há também valência social. **Oriento remoção por meios próprios para avaliação médica (ou de enfermagem) na unidade de saúde ...** (indicar qual a unidade de saúde mais apropriada para o caso).

OBSERVAÇÕES:

A Declaração de Lisboa define quatro princípios fundamentais:

- Autonomia e Liberdade (respeitar a autonomia e liberdade do paciente, mesmo em caso de urgência);
- Benefício de todos (fornecer o melhor atendimento possível, visando à melhor qualidade de vida de todos os envolvidos no atendimento);
- Menor prejuízo possível (como resultante de procedimentos impostos pela necessidade da urgência); e
- Justiça, igualdade e solidariedade (atenção à coletividade com critério e justiça, prestando cuidados igualmente a todos os que dele careçam).

Sobre o Tempo Resposta:

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

Sobre o registro médico no Sistema de Regulação, exemplos:

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

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

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
2ª Revisão: janeiro/2016

1ª Revisão: dezembro/2014
3ª Revisão: novembro/2016
4ª Revisão: maio/2023

REFERÊNCIAS

- FORTALEZA Portaria 81/2016 SMS: Estabelece as Diretrizes de Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no município de Fortaleza.
- _____. Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza: Regimento Interno SAMUFor – Vol. 1. Azevedo, C.R.F. (Org.). Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza, 2023
- _____. Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza: Protocolos de Regulação de Urgência – Vol. 2. Azevedo, C.R.F. (Org.). Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza, 2023
- Manchester Triage Group. Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Tradução do livro Emergency Triage. Org. Mackway-Jones, Kevin; Marsden, Janet; Windle, Jill. Tradução de Cordeiro Junior, Welfane & Mafra, Adriana de Azevedo. 1ª Edição. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010

