



Fortaleza

PREFEITURA

Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor



Protocolos de Regulação das Urgências

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

Volume 2

Fortaleza
Dezembro, 2016 – 5ª Revisão



Fortaleza

PREFEITURA

Saúde

SAMU 192 – Regional Fortaleza
Núcleo de Educação Permanente
NEP SAMUFor



Protocolos de Regulação das Urgências

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

Volume 2

Capa: SMS Fortaleza

Arte-finalização da Capa: Cláudio Azevedo

Diagramação: Cláudio Azevedo

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza

Copyright © 2016

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Protocolos de Regulação das Urgências – Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza. / Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 – Regional Fortaleza. Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016

Vários autores

5ª Revisão

192 p.

ISBN: 978-85-66187-05-2

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: 350

CDU: 352:616-01

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

NCTG 1 – Regimento Interno SAMUFor

- Original: dezembro de 2015
- 1ª Revisão: dezembro de 2016
- 2ª Revisão: fevereiro de 2020
- 3ª Revisão: abril de 2022

NCTG 2 – Protocolos de Regulação das Urgências– SAMU 192 Regional Fortaleza

- Original: julho de 2010
- 1ª Revisão: outubro de 2014
- 2ª Revisão: abril de 2015
- 3ª Revisão: janeiro de 2016
- 4ª Revisão: maio de 2016
- 5ª Revisão: dezembro de 2016

NCTG 3 – Protocolos de Intervenção em SBV – SAMU 192 Regional Fortaleza

- Original: outubro de 2014
- 1ª Revisão: maio de 2015
- 2ª Revisão: novembro de 2015
- 3ª Revisão: setembro de 2016
- 4ª Revisão: dezembro de 2016

NCTG 4 – Protocolos de Intervenção em SAV – SAMU 192 Regional Fortaleza

- Original: outubro de 2014
- 1ª Revisão: maio de 2015
- 2ª Revisão: dezembro de 2015
- 3ª Revisão: novembro de 2016
- 4ª Revisão: dezembro de 2016

NCTG 5 – Plano de Contingências para Atendimento a Desastres – SAMU 192 Regional Fortaleza

- Original: fevereiro de 2012
- 1ª Revisão: fevereiro de 2014
- 2ª Revisão: abril de 2014
- 3ª Revisão: dezembro de 2016
- 4ª Revisão: julho de 2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretária Municipal

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld

Secretária Executiva

Lúcia Carvalho Cidrão

Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas

Francisco Pereira de Alencar

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó

Célula do Complexo Integrado de Regulação de Fortaleza

Mozart Ney Rolim Teixeira Henderson

Gerência do SAMU 192 – Regional Fortaleza

Cristiano Walter Moraes Rola Júnior

Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 – Regional Fortaleza

Cláudio Roberto Freire de Azevedo

COLABORADORES

Alexandre Sabóia Leitão Júnior

CRM-CE 9703 (UFC/2005), Residência Médica em Cirurgia (UFC/2008) e Urologia (UFC/2011), Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia, Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará, Especialista em Cirurgia Urológica Minimamente Invasiva pelo Hospital Sírio Libanês, Preceptor da Residência Médica e Urologista do Hospital Geral Waldemar de Alcântara, Preceptor da Residência Médica em Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Professor Convidado da Disciplina de Urologia e Uro-Oncologia da Universidade Federal do Ceará, Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2012).

Alexsandra Lima Pereira

CRM-CE 7198 (UFC/1998), Residência em Pediatria (UFC/2000), Especialização em Neonatologia (MEAC/2001), Membro do corpo clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2003), Membro do corpo clínico do Serviço de Pediatria e Neonatologia do HDGMBC, Membro do corpo clínico do Serviço de Emergência Infantil da UPA do Pirambu Médica plantonista do HGCC, Preceptora do internato da Universidade UNICHRISTUS na cadeira de emergência pediátrica.

Cláudio Roberto Freire de Azevedo

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

Daniel Bezerra de Castro

CRM-CE 10322 (UFC/2006), Clínica Médica (UFC/2010), Endocrinologia e Metabologia (UFC/2012). Mestrando em Educação Médica (Universidade de Maastricht, Holanda), Professor Endocrinologia/Semiologia (Faculdade de Medicina/UECE). Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2012).

Edmilson de Almeida Barros Júnior

CRM-CE 6075 (UFC), Especialista em Cirurgia Geral, Especialista em Cirurgia Plástica, Especialista em Medicina do Trabalho, Especialista em Auditoria em Saúde, Especializado em Perícia Médica, Curso de Extensão de Medicina Hiperbárica e Subaquática, Supervisor Médico Pericial do INSS, Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2000), Coordenador da Câmara Técnica de Perícia Médica do CREMEC (2000 – 2005), Advogado (OAB/CE 15476), Especialista em Direito Tributário, Especializado em Direito Médico (defesa de profissionais de saúde), Mestre em Direito Constitucional, Especialista em Direito Desportivo, Professor de Direito Civil e Prática de Processo Civil – UNIFOR.

Francisco Romulo Sampaio Lira

CRM-CE 11.111 (UFC/2008); Residência Médica em Anestesiologia (UFC/2011), Preceptor Residência Médica Anestesiologia Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC), Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2008), Médico Anestesiologista do Hospital Geral de Fortaleza e do Serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio - Instituto do Fígado do Ceará (UFC), Membro do Corpo Clínico do Hospital do Câncer do Ceará - Hospital Haroldo Juçaba.

João Paulo Saraiva Abreu

CRM-CE 10902 (UFC/2007). Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2012). Residência Médica em Otorrinolaringologia (Hospital Geral de Fortaleza/2011). Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - SBORL/ 2011).

Lourenço da Costa Leitão Feitosa

CRM-CE 6142 (UFC/1995). Residência Médica em Cirurgia Geral e Laparoscopia (Hospital Geral César Cals, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará); Pós-graduação: Medicina Legal (Universidade Castelo Branco - Rio de Janeiro). Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2000). Médico Urgentista do Aeroporto Internacional Pinto Martins. Perito Médico Legista da PEFOCE-Polícia Civil do Estado do Ceará. Cirurgião do CRIO- Centro Regional Integrado de Oncologia. Médico Plantonista do Serviço de Verificação de Óbito do Estado do Ceará.

Maxloviqwe Holanda Batista

CRM-CE:7066 (UFC/1998); Médico Perito Legista Oficial do Estado do Ceará (Polícia Civil do Estado do Ceará - PC-CE (2008); Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2005); Médico Plantonista do SAMU Ceará (desde 2010); Médico Plantonista do Serviço de Verificação de Óbito do Estado do Ceará - SVO (desde 2012); Médico Auditor do Município de Itapipoca (desde 2000); Médico Generalista da Estratégia Saúde da Família do Município de Itapipoca-CE - ESF-Itapipoca - (2005-2009); Médico Clínico e Fundador dos Centros de Assistência Psicossocial de Itapipoca, Amontada e Guaiúba - CAPS-I (2001;2009 e 2012).

Messias Simões dos Santos Neto

Médico, Currículo Plataforma Lates disponível em:

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4790268Z1>

Parsifal Nóbrega Botelho

CRM-CE 7037 (UFC/1998), Residência Médica em Cirurgia Geral (UFC/2001, Residência Médica em Urologia (HSE-RJ/2003), Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 2003).

Paulo Roberto Souza Coelho

CRM-CE 5016 (UFC/1989); Membro do Corpo Clínico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Regional Fortaleza (desde 1998), Médico Coordenador de Plantão do SAMU 192 – Regional Fortaleza, Residência Médica Em Cirurgia Geral (Hospital Heliópolis – SP 1990- 92), Residência Médica em Cirurgia Oncológica- (Hospital AC Camargo – SP 1992-95), Médico Cirurgião da Emergência do Hospital Heliópolis – SP (1993-1995), Especialista em Mastologia (1996).



SUMÁRIO

PREFÁCIO	11
APRESENTAÇÃO	13
A TOMADA DE DECISÃO	17
ACOLHIMENTO DO CHAMADO	17
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	18
DECISÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA	19
A QUEIXA PRINCIPAL	19
OS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO	21
ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DECISÃO E REGISTRO MÉDICO DO CASO	23
DOCUMENTOS PRELIMINARES	25
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DA II JORNADA DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE LISBOA (1990)	27
CONVENÇÃO DE TELAVIV	31
BAIRROS E VIAS DE ACESSO EM FORTALEZA	35
A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FORTALEZA	41
TABELA DE DISCRIMINADORES ESPECÍFICOS	47
PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO	53
PROTOCOLOS TÉCNICOS DE REGULAÇÃO MÉDICA	53
RM0 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS	55
RM1 – ACOLHIMENTO TELEFÔNICO	59
RM2 – PROTOCOLO MASTER (Classificação de Risco)	63
RM3 – ABORDAGEM POR QUEIXAS	65
RM4 – TEMPO RESPOSTA E RESPOSTAS AO SOLICITANTE	69
RM5 – ORIENTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAV/SBV PELO MÉDICO REGULADOR	73
RM6 – RADIOPERAÇÃO E OPERAÇÃO DE FROTA	81
RM7 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ÓBITO NO APH	83
RM8 – REMOÇÃO DE PACIENTES DE UNIDADES DE SAÚDE	85
RM9 – MAUS TRATOS À CRIANÇA, ADOLESCENTE OU IDOSO	87
RM10 – CASOS ESPECIAIS	89
PROTOCOLOS CLÍNICOS DE REGULAÇÃO	91
RC1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	93
RC2 – ALERGIA	95
RC3 – ASMA	97
RC4 – AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	99
RC5 – AUTOAGRESSÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO	101
RC6 – CEFALEIA	103
RC7 – CONVULSÃO	105
RC8 – CORPO ESTRANHO	107
RC9 – CRISE EM SAÚDE MENTAL	109
RC10 – DIABETES	111
RC11 – DIARREIA E/OU VÔMITOS	113
RC12 – DISPNEIA EM ADULTO	115



RC13 – DOR ABDOMINAL EM ADULTO	117
RC14 – DOR CERVICAL	119
RC15 – DOR LOMBAR	121
RC16 – DOR TESTICULAR	123
RC17 – DOR TORÁCICA	125
RC18 – HEMORRAGIA DIGESTIVA	127
RC19 – INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA	129
RC20 – MAL SÚBITO NO ADULTO	131
RC21 – MORDEDURAS E PICADAS	133
RC22 – PALPITAÇÕES	135
RC23 – PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS	137
RC24 – PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	139
RC25 – PROBLEMAS EM OLHOS	141
PROTOSCOLOS EM TRAUMA DE REGULAÇÃO MÉDICA	143
RT1 – AFOGAMENTO	145
RT2 – AGRESSÃO FÍSICA	147
RT3 – DESASTRES (INCIDENTES COM AGENTES QBRNE OU COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS)	149
RT4 – FERIMENTOS PÉRFURO-PENETRANTES	151
RT5 – OVERDOSE E ENVENENAMENTOS	153
RT6 – QUEDA	155
RT7 – QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO	157
RT8 – POLITRAUMATISMO	159
RT9 – TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	161
RT10 – TRAUMA TORACOABDOMINAL	163
PROTOSCOLOS EM OBSTETRÍCIA DE REGULAÇÃO MÉDICA	165
RO1 – SANGRAMENTO TRANSVAGINAL	167
RO2 – GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO	169
PROTOSCOLOS PEDIÁTRICOS DE REGULAÇÃO MÉDICA	173
RP1 – DISPNEIA EM CRIANÇA	175
RP2 – DOR ABDOMINAL EM CRIANÇA	177
COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	179
REFERÊNCIAS	191

PREFÁCIO

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

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

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

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

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

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

Esse é o Volume 2 da coleção, onde iremos passear pelos conceitos de acolhimento e classificação de risco, ética em urgência e telemedicina, finalizando com os protocolos de regulação do SAMUFor.





APRESENTAÇÃO

Por iniciativa da Direção Clínica, na pessoa do Dr. Messias Simões, o Colegiado de Coordenadores de Plantão iniciou a confecção dos Protocolos de Regulação das Urgências pelas tipificações mais freqüente no SAMU 192 – Fortaleza (SAMUFor), com ênfase aos seguintes pontos:

1. Acolhimento da chamada pelo TARM-Médico Regulador;
2. Decisão técnica e tempo-resposta ideal; e
3. Decisão gestora e conduta pré-hospitalar após avaliação do caso pela equipe de atendimento.

O processo foi coordenado inicialmente pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMUFor e teve início em novembro de 2009 com um total de 27 temas distribuídos entre 14 Coordenadores e 02 Reguladores. Cada Coordenador ficou responsável por alguns temas, como visto abaixo:

Felipe dos Santos Dias Soares	Tema 1: Urg. Emerg. Hipertensiva – Em adulto não-gestante Tema 2: Dor Torácica – Em adulto
Parsifal Nóbrega Botelho	Tema 1: Ocorrência Psiquiátrica – Heteroagressão Tema 2: Queda – Não-fatal da própria altura
Antonio Emilio Guilon Lobo	Tema 1: Cefaleia – Em adulto Tema 2: Lesão Corporal – Arma branca
Cláudio Roberto Freire de Azevedo	Tema 1: Ocorrência Psiquiátrica – Agitação psico-motora Tema 2: Ocorrência Psiquiátrica – Não agitado
André Luís Barbosa Cavalcante	Tema 1: Dispneia – Em adulto
Nestor dos Santos Vieira Costa Neto	Tema 1: Dor – Torácica em Adulto Tema 2: Dor – Abdominal em adulto não-gestante
Luciana Barroso Cipriano	Tema 1: Atropelamento – Não-fatal Tema 2: Acidente Vascular Cerebral
Ângelo Abreu e Lima de Araújo	Tema 1: Trabalho de Parto Tema 2: Sangramento Transvaginal – Em gestante Tema 3: Abortamento - Ameaça
Lourenço da Costa Leitão Feitosa	Tema 1: Lesão Corporal – Arma de fogo Tema 2: Agressão / Vias de fato
Joseval da Rocha Viana	Tema 1: Febre – Em adulto não-gestante
Cristiano Jorge Pinheiro de Mendonça	Tema 1: Queda – Não-fatal de elevação Tema 2: Suicídio - Tentativa
Edmilson de Almeida Barros Junior	Tema 1: Maus Tratos à Criança ou Adolescente Tema 2: Queda de Moto: Não-fatal
Maxloviqye Holanda Batista	Tema 1: Intoxicação Exógena / Envenenamento Tema 2: Diarreia
Gustavo Percici Rodrigues	Tema 1: Dor – Lombar em adulto não-gestante Tema 2: Afogamento – Não-fatal
Paulo Roberto Sousa Coelho	Tema 1: Colisão Não-fatal – Sem vítimas em ferragem
Alexsandra Lima Pereira	Tema 1: Dispneia em Criança Tema 2: Febre em Criança

A partir de março de 2010, Dra. Luciana Barroso, tutora no NEP SAMUFor, ficou na coordenação dessa construção junto com o Dr. Felipe Soares e o Dr. Cláudio Azevedo. O resultado foi a criação de 14 Protocolos Normativos e 29 Protocolos Técnicos para a Central de Regulação das Urgências de Fortaleza, Esses nossos primeiros protocolos, finalizados em meados de julho de 2010, foram apresentados ao corpo clínico para conhecimento e sugestões:

Protocolos Normativos:

1. Processo de Trabalho dos TARM's
2. Processo de Trabalho dos Médicos Reguladores
3. Processo de Trabalho dos Médicos Coordenadores



4. Processo de Trabalho dos Enfermeiros
5. Processo de Trabalho dos Operadores de Frota
6. Processo de Trabalho dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
7. Processo de Trabalho dos Condutores de Veículo de Urgência
8. Protocolo de Avaliação de Desempenho
9. Protocolo para Solicitações Administrativas de Atendimento
10. Protocolo para Solicitações de Outros Municípios
11. Protocolo para Solicitações de Postos de Saúde
12. Protocolo para Solicitações de Hospitais da Rede Pactuada
13. Protocolo para Solicitações de Hospitais da Rede Privada
14. Protocolo para Solicitações de Clínicas de Diálise

Protocolos Técnicos:

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Protocolo Master | 16. Diarreia |
| 2. Crise Hipertensiva | 17. Intoxicação Exógena / Envenenamento |
| 3. Arritmias | 18. Maus Tratos à criança e ou Adolescente |
| 4. Hemorragia Oral | 19. Queda da própria altura |
| 5. Cirrose Hepática | 20. Queda de altura |
| 6. Diabetes Mellitus | 21. Enforcamento |
| 7. Dor Torácica | 22. Quase-afogamento |
| 8. Cefaleia | 23. Choque elétrico |
| 9. Urgência mental | 24. Agressão Física |
| 10. Dispneia | 25. Atropelamento |
| 11. Dor Abdominal | 26. Queda de moto |
| 12. AVC | 27. Colisões |
| 13. Trabalho de Parto e STV | 28. FAB |
| 14. Febre | 29. FAF |
| 15. Convulsão | |

Uma estrutura curricular foi montada para divulgação e validação dos mesmos pelo corpo clínico, na forma de educação permanente com todos os profissionais do serviço. Em novembro de 2010 todos os protocolos normativos e o chamado “Protocolo MASTER” foram apresentados ao serviço.

O Protocolo MASTER surgiu da percepção da Dra. Luciana Barroso e Dr. Felipe Soares de que algumas etapas primordiais estão presentes em qualquer protocolo de regulação das urgências que se possa pensar, que é o acolhimento e classificação. O Protocolo MASTER é a fase da regulação das urgências onde se classifica o risco do caso, de forma semelhante à avaliação primária de qualquer atendimento pré-hospitalar: avaliar a responsividade, avaliar a respiração e avaliar a circulação.

Ainda em 2010 surge a primeira capacitação em Regulação das Urgências do Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, onde pudemos consolidar nosso caminho na construção local dos protocolos. Baseado nesse curso, montamos nosso próprio curso virtual, em nossa plataforma de ensino (<http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/ead>) onde incluímos um módulo de Protocolos de Regulação Médica das Urgências. Todos os médicos reguladores e coordenadores do SAMUFor concluíram esse curso e ele passou a ser a base conceitual mínima para qualquer médico que quisesse entrar no serviço:

1. SUS e a Política Nacional de Atenção às Urgências
2. A Central de Regulação das Urgências
3. Protocolos de Regulação das Urgências
4. Incidentes com Múltiplas Vítimas

Em maio de 2014, o Ministério da Saúde compõe um grupo técnico de trabalho com o objetivo de desenvolver um conjunto de protocolos que pudessem ser ofertados como opção ou como base estruturante para a construção destas ferramentas em serviços da rede SAMU em todo o país. O SAMUFor é convidado oficialmente e cabe ao NEP SAMUFor representar o estado do Ceará nessa grandiosa tarefa.





Paralelo a isso, em agosto de 2014 a Coordenação do NEP SAMUFor tem acesso ao estudo do Sistema Manchester de Classificação de Risco através do “Curso Online de Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester”.

Inicia-se, então, um processo interno de revisão dos protocolos de regulação do SAMUFor baseados nesses dois novos referenciais, onde protocolos foram mesclados, protocolos foram criados e protocolos foram reformulados, que durou de janeiro a fevereiro de 2015. Em março de 2015 a proposta é apresentada novamente ao Colegiado de Coordenadores de Plantão, agora denominado de “Coordenação Médica de Urgência 24h de Fortaleza” (CMUR 24h), através da Portaria 49/2008 de 10 de junho de 2008, publicada no Diário Oficial do Município (DIOM) em 30 de junho de 2008.

A CMUR 24h, em processo de educação permanente, passa a revisar e validar todos os protocolos. Paralelamente, os Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM) que eram preceptores do NEP, também em processo de educação permanente, fizeram sua validação.

O resultado é descrito nessa publicação, como parte das Normas Técnicas e de Conduta Gestora do SAMUFor.





A TOMADA DE DECISÃO

Tudo começa no acolhimento e classificação de risco. Esse é o momento mais importante na regulação de uma chamada para a Central de Regulação das Urgências. Segundo o Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde – MRMU/MS; Brasília, 2006 (p. 70), atualmente em revisão:

A regulação médica utiliza a ideia do acolhimento, avaliação e priorização dos casos existentes, buscando garantir o atendimento por ordem de necessidade e não por ordem de chegada. Todos os pacientes atendidos devem ter registro, segundo rotinas protocolares ético-legais.

Para isso, é base ética da regulação médica, além do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2010), a Declaração sobre Ética dos Serviços Médicos de Urgência, aprovada por unanimidade pelos participantes na II Jornada de Emergência Médica em Lisboa, em 7 de dezembro de 1990, conhecida como **Declaração de Lisboa**.

A Declaração de Lisboa define quatro princípios fundamentais (veja adiante):

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

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

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

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

O MRMU/MS recomenda essa avaliação através de uma semiologia, desenvolvida pelos franceses, que objetiva um diagnóstico sindrômico da solicitação, independente de um diagnóstico final do caso. Essa semiologia, realizada a partir de uma seqüência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas pelos solicitantes, determina a gravidade do caso, já justificando o envio de Unidades de Suporte Avançado (USA) em alguns casos. O TARM deve ter especial atenção aos **“3S” da Regulação**:

- **Síndromes de “Forte Valência Social”** (onde o valor social é muito elevado: “Presidente da República caiu na rampa do Congresso”. A “morte” pode ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, quando existe comoção social no evento);
- **Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave”** (“Ele caiu do prédio”, “Ele foi baleado por uma 12”, “Ele foi atropelado por um Scania”, “Ela está parindo”, etc.); e
- **Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”** (concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante: “Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc.).

ACOLHIMENTO DO CHAMADO

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

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

Nesta fase obtemos a identificação da queixa principal e procedemos à coleta das primeiras informações relacionadas ao caso que, embora sejam concisas e subjetivas, geralmente são as mais fidedignas. Tendo em vista que essas



primeiras palavras/informações ditas de forma espontânea pelo solicitante são as mais fiéis ao verdadeiro estado do paciente, consideramos essa fase a mais crucial no atendimento telefônico.

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

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

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

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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

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

Segundo o Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde – MRMU/MS; Brasília, 2006 (p. 74):

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



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

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

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

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**?

DECISÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

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

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

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

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

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

A QUEIXA PRINCIPAL

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

Da mesma forma como no Sistema Manchester de Classificação de Risco, a determinação correta da queixa principal do 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 exemplo de registros de queixas e respectivos apelidos:

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

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

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

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

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

APELIDO DA OCORRÊNCIA	PROTOCOLO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
AVC – Acidente Vascular Cerebral	RC1	Paciente com sintomas de acidente vascular cerebral (AVC) que se iniciaram entre 3 e 4,5 horas
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 falta de ar em paciente adulto não asmático.



Dispneia em criança	RP1	Em todos os casos de falta de ar em na criança não asmática.
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 interunidade de paciente
STV – Sangramento vaginal	RO1	Perda de sangue, na gestação ou fora dela, por via vaginal.
TCE – Trauma cranioencefálico	RT9	Trauma na cabeça com alterações neurológicas e/ou equimose mastóide ou periorbitária e/ou otorragia/rinorragia com ou sem politraumatismo.
Trauma toracoabdominal	RT10	Trauma em tórax ou abdome com ou sem risco de morte, hemorragia ou dor.

Tabela 1: Apelidos-padrão

OS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO

Os Protocolos de Regulação são de cinco tipos, somando 50 protocolos:

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

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

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

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

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

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

Em resumo:



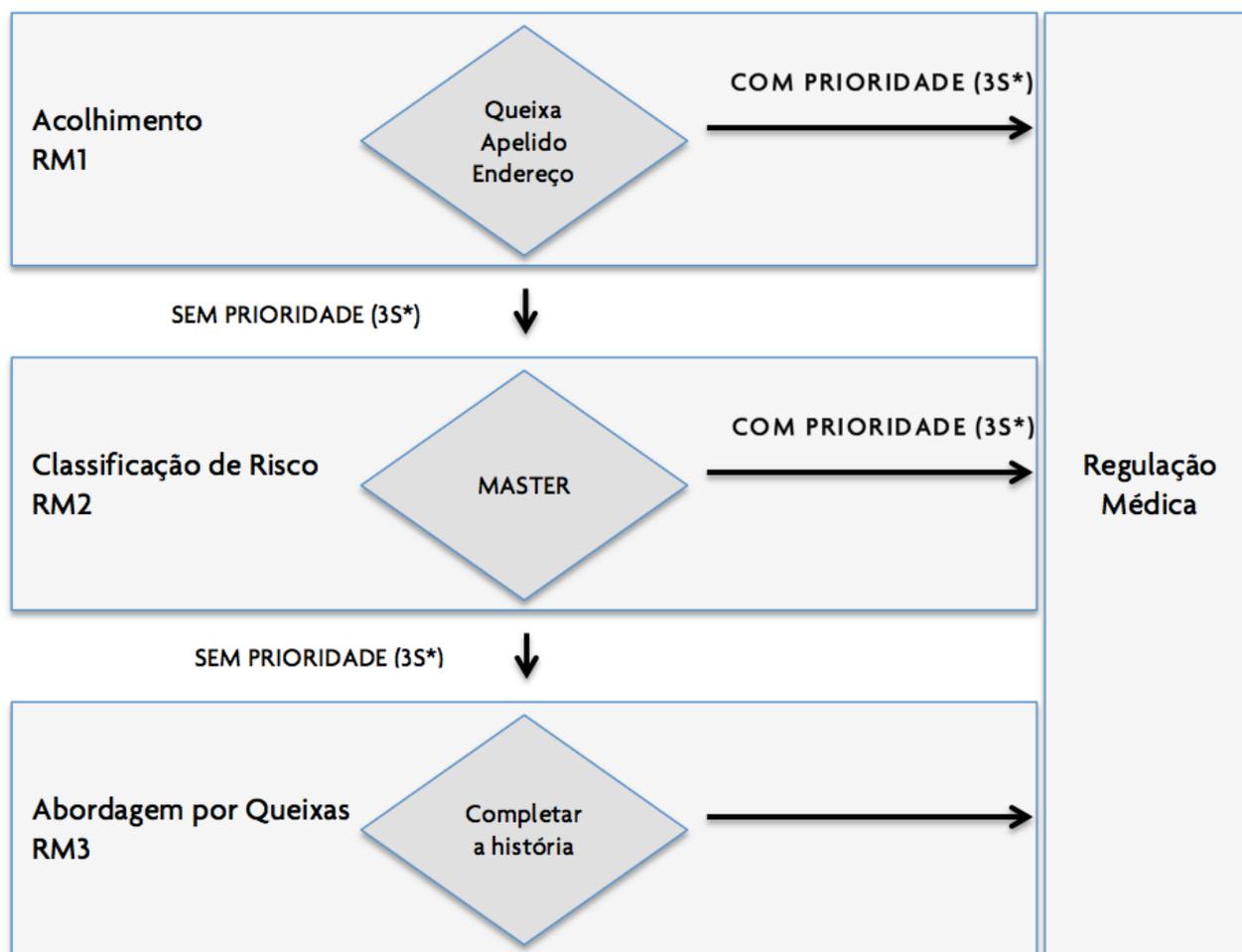


Figura 1: Fluxograma de Regulação da CRUFor

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

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DECISÃO E REGISTRO MÉDICO DO CASO

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



- Qual a **Queixa Principal**?
- Algum Discriminador Geral presente (**os 3 “S” da Regulação**)?
- Em qual **Protocolo de Regulação** enquadra-se o caso?
- A decisão médica foi baseada em qual **Discriminador Específico**?
- Qual foi sua **Decisão Médica**?

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

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

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



DOCUMENTOS PRELIMINARES





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

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Documentos Preliminares

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

DECLARAÇÃO DE LISBOA SOBRE A ÉTICA DA URGÊNCIA MÉDICA

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

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

PRIMEIRO PRINCÍPIO

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

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

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

SEGUNDO PRINCÍPIO

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

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

TERCEIRO PRINCÍPIO

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

A demora do diagnóstico e do tratamento, um fator de agravamento nas patologias sobre-agudas e em situações vitais, impõe à Saúde e aos médicos uma organização de forma a evitar os prejuízos consequentes da demora de atuação. Os procedimentos de urgência são mais arriscados que os normais, dependendo particularmente da decisão pessoal, mas sofrendo constrangimentos e restrições de recursos e de tempo. Os médicos e as autoridades sanitárias, como todo o resto da organização dos cuidados, devem preocupar-se em usar o menos possível esta decisão pessoal, própria da terapêutica de urgência. Existe igualmente o perigo da decisão social coletiva de utilização dos serviços de urgência provocada pela tendência geral de inflação (solicitação exagerada do público e oferta inflacionista de



cuidados de urgência), ainda que as necessidades de cuidados de urgência sejam estáveis, salvo epidemia ou catástrofe.

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

QUARTO PRINCÍPIO

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

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

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

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

SOBRE OS DIREITOS DO PACIENTE

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

PREÂMBULO

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

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

PRINCÍPIOS

1. Direito a cuidados médicos de boa qualidade.

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



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

2. Direito de escolher seu médico.

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

3. Direito a autodeterminação.

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

4. O paciente inconsciente.

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

5. O paciente legalmente incapaz.

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

6. Procedimentos contra a vontade do paciente.

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

7. Direito a informação.

- a) O paciente tem o direito de receber informação sobre as anotações em qualquer de seus registros médicos e de ser informado integralmente sobre o estado de sua saúde, inclusive dos fatos médicos sobre sua condição;
b) Excepcionalmente pode ser negada informação ao paciente quando existir uma boa razão para acreditar que esta informação criaria um risco sério para sua vida ou sua saúde;
c) A informação deve ser dada de maneira apropriada a sua cultura e de tal forma que o paciente possa entender;
d) O paciente tem o direito a não ser explicitamente informado a seu respeito, a menos que isso colocasse em risco a proteção da vida de outra pessoa;
e) O paciente tem o direito de escolher qual dos seus familiares deve ser informado.



8. Direito a confidencialidade.

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

9. Direito a educação de saúde.

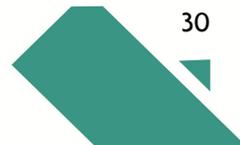
- a) Toda pessoa tem o direito a educação de saúde que ajudará suas informações nas escolhas sobre saúde pessoal e sobre os serviços de saúde disponíveis.
- b) A educação deverá incluir informação sobre estilos de vida saudáveis e sobre métodos de prevenção e descoberta precoce de enfermidades.
- c)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

10. Direito a dignidade.

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

11. Direito a assistência religiosa.

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



CONVENÇÃO DE TELAVIV

SOBRE RESPONSABILIDADES E NORMAS ÉTICAS NA UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA

(Adotada pela 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999)

Introdução

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

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

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

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

Tipos de Telemedicina

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

5.1 Uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado ou que se encontre em um meio e que não tem acesso a um médico local. Chamada às vezes **teleassistência**, este tipo está em geral restringido a circunstâncias muito específicas (por exemplo, emergências).

5.2 Uma interação entre o médico e o paciente, onde se transmite informação médica eletronicamente (pressão arterial, eletrocardiogramas, etc.) ao médico, o que permite vigiar regularmente o estado do paciente. Chamada às vezes **televigilância**, esta se utiliza com mais frequência aos pacientes com enfermidades crônicas, como a diabetes, hipertensão, deficiências físicas ou gravidezes difíceis. Em alguns casos, pode-se proporcionar uma formação ao paciente ou a um familiar para que receba e transmita a informação necessária. Em outros casos, uma enfermeira, tecnólogo médico ou outra pessoa especialmente qualificada pode fazê-lo para obter resultados seguros.

5.3 Uma interação onde o paciente consulta diretamente o médico, utilizando qualquer forma de telecomunicação, incluindo a internet. A **teleconsulta** ou consulta em conexão direta, onde não há uma presente relação médico-paciente nem exames clínicos, e onde não há um segundo médico no mesmo lugar,



cria certos riscos. Por exemplo, incerteza a relativa à confiança, confidencialidade e segurança da informação intercambiada, assim como a identidade e credenciais do médico.

5.4 Uma interação entre dois médicos: um fisicamente presente com o paciente e outro reconhecido por ser muito competente naquele problema médico. A informação médica se transmite eletronicamente ao médico que consulta, quem deve decidir se pode oferecer de forma segura sua opinião, baseada na qualidade e quantidade de informação recebida. Pode ser chamada de **parecer à distância por telemedicina**.

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

PRINCÍPIOS

Relação Médico-Paciente

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

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

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

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

Responsabilidades do Médico

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

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

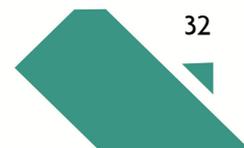
13. O médico que pede a opinião de outro colega é responsável pelo tratamento e por outras decisões e recomendações dadas ao paciente. Sem dúvida, o tele-consultado é responsável ante o médico que trata pela qualidade da opinião que dar e deve especificar as condições em que a opinião é válida. Não está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

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

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

Responsabilidade do Paciente

16. Em algumas situações, o paciente assume a responsabilidade da coleta e transmissão de dados ao médico, como nos casos de televigilância. É obrigação do médico assegurar que o paciente tenha uma formação apropriada dos procedimentos necessários, que é fisicamente capaz e que entende bem a importância de sua responsabilidade no



processo. O mesmo princípio se deve aplicar a um membro da família ou a outra pessoa que ajude o paciente a utilizar a telemedicina.

O Consentimento e Confidencialidade do Paciente

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

Qualidade da Atenção e Segurança na Telemedicina

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

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

Qualidade da informação

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

Autorização e Competência para Utilizar a Telemedicina

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

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

História Clínica do Paciente

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

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

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

Formação em Telemedicina

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

RECOMENDAÇÕES





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

27.1 Adotem a Declaração da Associação Médica Mundial sobre as Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina;

27.2 Promovam programas de formação e de avaliação das técnicas de telemedicina, no que concerne à qualidade da atenção relação médico-paciente e eficácia quanto a custos;

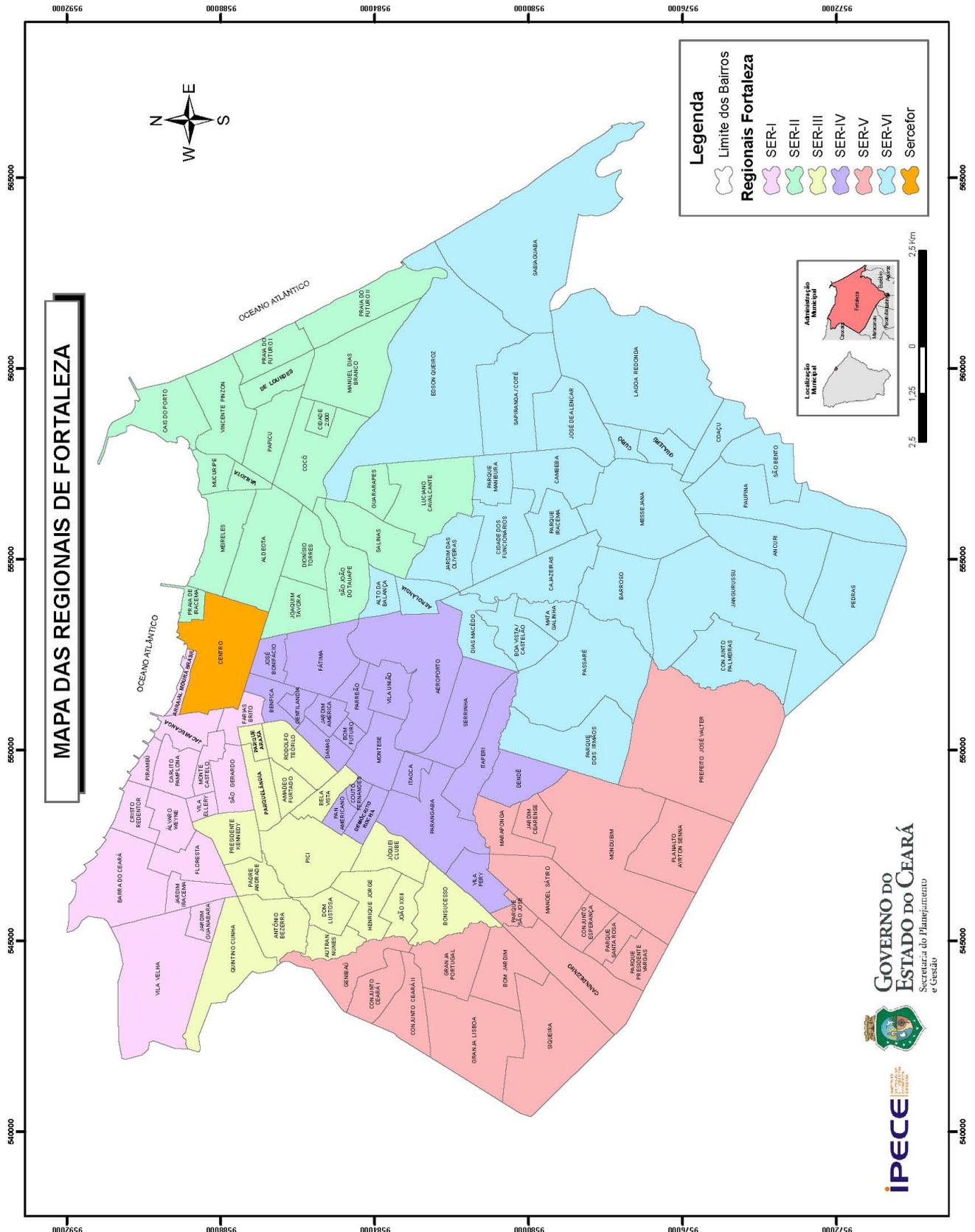
27.3 Elaborem e implementem, junto com as organizações especializadas, normas de exercício que devem ser usadas como um instrumento na formação de médicos e outros profissionais de saúde que possam utilizar a telemedicina;

27.4 Fomentem a criação de protocolos padronizados para aplicação nacional e internacional que incluam os problemas médicos e legais, como a inscrição e responsabilidade do médico, e o estado legal dos prontuários médicos eletrônicos, e

27.5 Estabeleçam normas para o funcionamento adequado das teleconsultas e que incluam também os problemas da comercialização e da exploração generalizadas.

28. A Associação Médica Mundial segue observando a utilização da telemedicina em suas distintas formas.

BAIRROS E VIAS DE ACESSO EM FORTALEZA



Regional 1

Bairros	Vias de Acesso	Vias secundárias
1. Álvaro Weyne 2. Arraial Moura Brasil 3. Barra do Ceará 4. Carlito Pamplona 5. Cristo Redentor 6. Farias Brito 7. Floresta 8. Jacarecanga 9. Jardim Guanabara 10. Jardim Iracema 11. Monte Castelo 12. Pirambu 13. São Gerardo 14. Vila Ellery 15. Vila Velha	<ul style="list-style-type: none"> Avenida Leste-Oeste Avenida Coronel Carvalho - Avenida Radialista José Lima Verde Avenida Mozart Pinheiro de Lucena (Mozart Lucena) Avenida da Independência Avenida Tenente Lisboa - Rua José Acioly Avenida Doutor Themberge Avenida Bezerra de Menezes Avenida Francisco Sá Avenida Sargento Hermínio Sampaio - Rua Carneiro da Cunha - Rua Padre Ibiapina Avenida José Bastos 	<ul style="list-style-type: none"> Rua Domingos Olímpio Rua Padre Ibiapina Avenida Filomeno Gomes Rua Teodomiro de Castro Avenida Major Assis Rua Rosinha Sampaio Rua Estevão de Campos Rua Naturalista Feijó Rua Joaquim Albano Rua Anário Braga Rua Padre Anchieta Rua Olavo Bilac

Regional 2

Bairros	Vias de Acesso	Vias secundárias
1. Aldeota 2. Bairro de Lourdes 3. Cais do Porto 4. Cidade 2000 5. Cocó 6. Dionísio Torres 7. Guararapes 8. Joaquim Távora 9. Luciano Cavalcante 10. Manuel Dias Branco 11. Meireles 12. Mucuripe 13. Papicu 14. Praia de Iracema 15. Praia do Futuro 16. Salinas 17. São João do Tauape 18. Varjota 19. Vicente Pinzon	<ul style="list-style-type: none"> Avenida Almirante Barroso Avenida Hist. Raimundo Girão Avenida Mons. Tabosa Avenida Dom Manuel Avenida Barão de Studart Avenida Desembargador Moreira Via Expressa Avenida Engenheiro Santana Júnior Rua Domingos Olímpio - Avenida Antônio Sales Avenida Heráclito Graça - Avenida Júlio Ventura Avenida Padre Antonio Tomás Avenida Santos Dumont Avenida Costa Barros Avenida Dom Luis Padre Antonio Tomás Avenida da Abolição Avenida Alberto Sá Avenida Gen. Murilo Borges - Rua Dr. Thompson Bulcão - Avenida Alm. Maximiniano da Fonseca - Avenida Dr. Valmir Pontes Avenida Dom Manuel - Avenida Aguanambi Avenida Pontes Vieira 	<ul style="list-style-type: none"> Rua dos Tabajaras Rua General Sampaio Rua Barão de Aratanha Rua Ildefonso Albano Rua Monsenhor Bruno Avenida Rui Barbosa Rua José Lourenço Rua José Vilar Rua Tibúrcio Cavalcante Rua Barbosa de Freitas Rua Leonardo Mota Rua Frei Mansueto Rua Ana Bilhar Rua Tenente Benévolo Rua Pereira Filgueiras Rua Pinto Madeira - Rua Torres Câmara Rua Meton de Alencar - Rua Rocha Lima Rua Bárbara de Alencar - Rua Gen. Clarindo de Queiroz

Regional 3

Bairros	Vias de Acesso	Vias secundárias
1. Amadeu Furtado 2. Antônio Bezerra 3. Autran Nunes 4. Bela Vista 5. Bonsucesso 6. Dom Lustosa 7. Henrique Jorge 8. João XXIII 9. Jóquei Clube 10. Padre Andrade 11. Parquelândia 12. Parque Araxá 13. Pici	<ul style="list-style-type: none"> Avenida Dr. Theberge Avenida Gov. Parsifal Barroso Avenida Sargento Hermínio Sampaio Avenida Mister Hull Rua Tenente Lisboa Avenida Mozart Pinheiro de Lucena Rua (Alto) das Pedrinhas Avenida Sen. Fernandes Távora Rua Perimetral Avenida Porto Velho Avenida Bezerra de Menezes - Avenida Mister Hull Avenida 13 de Maio - Avenida Jovita Feitosa 	<ul style="list-style-type: none"> Rua Francisca Clotilde Rua Gustavo Sampaio Rua Pe. Cícero Rua Tiradentes Rua Francisca Clotilde Rua Costa Mendes Rua Azevedo Bolão Rua Pe. Guerra Rua Rotary Rua Dom Lino Rua Érico Mota Rua Professor Lino da



<p>14. Presidente Kennedy 15. Quintino Cunha 16. Rodolfo Reófilo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rua Perimetral • Avenida Sen. Fernandes Távora • Avenida Carneiro de Mendonça • Avenida Jóquei Clube • Rua Monsenhor Hipólito Brasil • Avenida Porto Velho • Avenida Lineu Machado • Avenida José Bastos • Avenida da Independência • PERIMETRAL: Avenida Coronel Carvalho - Rua Perimetral <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rua Vitória - Rua Diogo Correia - Rua Verbena - Rua Astronautas ◦ Rua Agamenon - Rua Anselmo Nogueira - Rua dos Astronautas - Rua Cacilda Becker - Rua Prof. Heribaldo Costa • Avenida Rio Branco - Avenida Augusto dos Anjos - Avenida José Bastos • Avenida Humberto Monte 	<p>Encarnação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rua José Acioly • Rua Tenente Lisboa • Rua Anário Braga • Rua Olavo Bilac • Rua Capitão Brasil • Rua Virgílio Brandão • Rua Curitiba • Rua Macapá • Rua Joaquim Albano • Rua Alagoas • Rua Pernambuco
--	---	---

Regional 4

Bairros	Vias de Acesso	Vias secundárias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aeroporto 2. Benfica 3. Bom Futuro 4. Couto Fernandes 5. Damas 6. Demócrito Rocha 7. Dendê 8. Fátima 9. Gentilândia 10. Itaoca 11. Itaperi 12. Jardim América 13. José Bonifácio 14. Montese 15. Panamericano 16. Parangaba 17. Parreão 18. Vila Pery 19. Vila União 20. Serrinha 	<ul style="list-style-type: none"> • Avenida Carapinima - Avenida José Bastos - Avenida Rio Branco - Avenida Augusto dos Anjos • Avenida da Universidade - Avenida João Pessoa - Avenida Gen. Osório de Paiva • PERIMETRAL: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rua Raimundo Neri ◦ Rua Luiz Vieira • Avenida Cônego de Castro • Avenida Godofredo Maciel • Avenida dos Expedicionários • Avenida Luciano Carneiro • Rua Gomes Brasil - Avenida Pedro Ramalho - Silas Munguba (antiga Dedé Brasil) - continuação da Avenida Sen. Fernandes Távora • Avenida Sen. Carlos Jereissati (Avenida do Aeroporto) • Rodovia BR 116 - Avenida Visconde do Rio Branco • Rua Domingos Olímpio • Avenida 13 de Maio • Avenida Borges de Melo • Avenida Eduardo Girão (Avenida do Canal) - Rua Pe. Cícero • Avenida 13 de Maio 	<ul style="list-style-type: none"> • Rua Alberto Magno • Avenida Prof. Gomes de Matos • Rua Germano Frank - Rua Almirante Rubim • Rua Elvira Pinho • Rua 15 de Novembro • Rua Antonio Fiuza - Rua Galileu - Rua Gov. João Carlos • Rua Dr. Justa Araújo - Rua Júlio Verne - Rua Equador • Rua Aquiles Boris - Rua da Saudade - Avenida Lauro Vieira Chaves • Rua Nereu Ramos • Avenida Marechal Bittencourt • Avenida Visconde do Rio Branco

Regional 5

Bairros	Vias de Acesso	Vias secundárias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Genibaú 2. Conjunto Ceará I Etapa 3. Conjunto Ceará II Etapa 4. Granja Lisboa 5. Siqueira 6. Granja Portugal 7. Bom Jardim 8. Parque São José 9. Canindezinho 10. Manoel Sátiro 11. Conjunto Esperança 12. Parque Santa Rosa 13. Parque Presidente Vargas 	<ul style="list-style-type: none"> • Avenida Dom Almeida Lustosa (acesso pela Rodovia BR 222 ao lado da Lagoa do Tabapuá - Caucaia) - Rua Cruzeiro Velho - Avenida H • Rua Alto das Pedrinhas - Avenida J - Avenida H • Avenida Teodoro de Castro - Avenida H - Avenida A - Avenida D - Avenida E - Avenida C • Avenida Min. Albuquerque Lima • Avenida Quarto Anel Viário • Avenida Castelo de Castro • PERIMETRAL: Avenida Presidente Costa e Silva - Rua Wenefrido Melo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rua Santa Marlúcia - Rua Raimundo Neri - Rua 	<ul style="list-style-type: none"> • Rua Vital Brasil • Rua Emilio de Menezes • Rua Teodoro de Castro • Rua Coronel Fabriciano • Rua Nereide • Rua Mirtes Cordeiro • Rua Oscar Araripe • Rua Urucutuba • Estrada do Jatobá - Rua Sargento João Pinheiro • Rua Guararema • Rua Coronel Virgilio Nogueira



<p>14. Maraponga 15. Jardim Cearense 16. Mondubin 17. Planalto Airton Senna 18. Prefeito José Walter</p>	<p>Agamenon - Rua Anselmo Nogueira - Rua Cacilda Becker</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rua Perimetral - Rua Luiz Vieira - Rua Astronautas - Rua Verbena - Rua Diogo Correia • Avenida dos Expedicionários • Rua Benjamim Brasil • Avenida Cônego de Castro • Avenida Godofredo Maciel - Rodovia Dr. Mendel Steinbruch (CE 060) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rua Valparaíso - Avenida D • Rua Holanda • Rua Benjamim Brasil • Rua Tulipa Negra • Rua Herculano Pena • Rua Jardim Fluminense • Rua Trinta e Um de Março - Avenida João de Araújo Lima - Avenida Expedicionários • Avenida I (Conjunto José Walter)
--	---	---

Regional 6

Bairros	Vias de Acesso	Vias secundárias
<p>1. Aerolândia 2. Alto da Balança 3. Ancuri 4. Boa Vista / Castelão 5. Barroso 6. Cajazeiras 7. Cambeba 8. Cidade dos Funcionários 9. Coaçu 10. Conjunto Palmeiras 11. Curió 12. Dias Macedo 13. Edson Queiroz 14. Guajerú 15. Jangurussu 16. Jardim das Oliveiras 17. José de Alencar 18. Lagoa Redonda 19. Mata Galinha 20. Messejana 21. Parque Dois Irmãos 22. Parque Iracema 23. Parque Manibura 24. Passaré 25. Paupina 26. Pedras 27. Sabiaguaba 28. São Bento 29. Sapiranga / Coité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rodovia BR 116 • Avenida Alberto Craveiro • Avenida Sen. Carlos Jereissati • Avenida Presidente Juscelino Kubitschek (Avenida Padaria Espiritual) • Avenida Pedro Ramalho • Avenida dos Expedicionários • Avenida Pompílio Gomes - Avenida Castelo de Castro • Avenida Frei Cirilo - Rua Padre Pedro de Alencar • PERIMETRAL: Avenida Presidente Costa e Silva - Estrada do Fio • Avenida Quarto Anel Viário • CE 040 - Avenida Washington Soares • Avenida Edilson Brasil Soares • Avenida Dep. Paulino Rocha - Avenida Oliveira Paiva - Avenida Cons. Gomes de Freitas • Avenida Maestro Lisboa - Avenida Manoel Mavignier - Avenida Litorânea - CE 025 • Avenida Min. José Américo 	<ul style="list-style-type: none"> • Rua Valparaíso - Rua Dionísio Leonel Alencar - Estrada do Ancuri • Rua Recanto Verde - Rua Francisco Alves Ribeiro • Rua Capitão Hugo Bezerra • Avenida Curió - Avenida Recreio • Rua Francisco José Albuquerque Pereira - Rotatória da BR em Messejana - Avenida Min. José Américo • Avenida José Leon • Avenida Dr. Valmir Pontes - Rua Rosa Cordeiro - Avenida C • Avenida dos Franceses - Avenida A - Avenida C - Rua Rosa Cordeiro

Regional do Centro

Bairro	Vias de Acesso	Vias Secundárias
<p>1. Centro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rua Pessoa Anta • Avenida Filomeno Gomes - Rua Padre Ibiapina • Avenida Duque de Caxias • Avenida Dom Manuel • Avenida Leste-Oeste • Avenida do Imperador • Avenida Tristão Gonçalves • Avenida Santos Dumont • Rua Costa Barros 	<ul style="list-style-type: none"> • Rua São Paulo • Rua Pedro Pereira - Rua Pinto Madeira • Rua Barão do Rio Branco • Rua Pereira Filgueiras



Grandes corredores da cidade

CORREDORES LESTE-OESTE

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

CORREDORES NORTE-SUL

- Município de Maracanaú - CE 095 - Avenida Gen. Osório de Paiva - Avenida Augusto dos Anjos - Avenida Rio Branco - Avenida José Bastos:
 - Rua José Façanha - Avenida Humberto Monte - Avenida Gov. Parsifal Barroso - Rua Dr. Theberge
 - Avenida Carapinima - Avenida do Imperador - Rua Castro e Silva
- Rua Castro e Silva - Rua Senador Pompeu - Avenida dos Expedicionários - Rua Aquiles Boris - Rua Antonio Fiuzza - Rua Quinze de Novembro - Avenida Senador Carlos Jereissati - Avenida Expedicionários - Avenida



- João de Araújo Lima - Rua Trinta e Um de Março - Rodovia Dr. Mendel Steinbruch (CE 060) - Município de Maracanaú
- Rua Pessoa Anta - Avenida Dom Manuel - Avenida Aguanambi - Rodovia BR 116 - Município de Itaitinga
 - Avenida Desembargador Moreira - Avenida Raul Barbosa - Rodovia BR 116 - Município de Itaitinga
 - Avenida Vicente de Castro - Via Expressa - Avenida Alberto Sá - Avenida Eng. Santana Júnior - Avenida Washington Soares:
 - CE 040 - Município de Eusébio
 - Avenida Maestro Lisboa - Avenida Manoel Mavignier - Avenida Litorânea - CE 025 - BR 021 - Porto das Dunas - Município de Aquiraz

A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FORTALEZA

Atenção Primária de Saúde

Regional	Nome	Endereço	Contato
CoRES I Rua Jerônimo, 20, Otávio Bonfim	UAPS Floresta	Rua Ten. José Barreira, 251 - CEP: 60.336-040 Álvaro Wayne	3452.6657
	UAPS Lineu Jucá	Rua Vila Velha, 101 - CEP: 60.341-720 Barra do Ceará	3452.5887 / 3452.5888 Fax: 34851832
	UAPS Fernando Façanha	Rua Rio Tocantins, s/n - CEP: 60.340-110 Jardim Iracema	3452.6660
	UAPS Carlos Ribeiro	Rua Jacinto Matos, 944 - CEP: 60.310-210 Jacareacanga	3452.6373/ 3283.4556 /5987
	UAPS Dr. Paulo de Melo Machado	Rua Bernardo Porto, 497 - CEP: 60.320-570 Monte Castelo	Fone:3452.6380
	UAPS João Medeiros de Lima	Av. Dom Aloizio Lorscheider, 982 - CEP: 60.348-140 Vila Velha	Fone: 3452-6646 Fax: 3452.6645
	UAPS Prof. José Rebouças Macambira	Rua Creuza Rocha, s/n - CEP: 60.346-350 Jardim Guanabara	Fone: 3452.6687 TP: 3284.6251
	UAPS Virgílio Távora	Av. Monsenhor Hélio Campos, s/n- CEP: 60.336-800 Cristo Redentor	Fone:3452.3487
	UAPS Guiomar Arruda	Rua Gal. Costa Matos, 06 - CEP: 60.310-690 Pirambú	Fone: 3452.6377 Fax: 3452.6378
	UAPS Francisco Domingos da Silva	Av. Castelo Branco, 4707 - CEP: 60.312-060 Barra do Ceará	Fone: 3452.6643 Fax: 3452.6644
	UAPS Casemiro José de Lima Filho	Av. Francisco Sá, 6449 - CEP: 60.310-003 Barra do Ceará	Fone: 3452.5876 Fax: 3452.5877
	UAPS Quatro Varas	Rua Profeta Isaías, 456 - CEP: 60.850 - 260 Pirambú	Fone: 3101.2594 Projeto: 3286.6041
CoRES II Rua Prof. Juraci M. de Oliveira, 01 – Edson Queiroz	UAPS Irmã Hercílio Aragão	Rua Frei Vidal, 1821 São João do Tauape	Fax: 3452.1883 TP: 3257.4620
	UAPS Aída Santos e Silva	Rua Trajano de Medeiro, 813 CEP. 60.190-160 Vicente Pinzon	Fax: 3433.2734 TP: 3265.6566
	UAPS Pio XII	Rua Belizário Távora, s/n 60.130-370 Pio XII	Fax: 34521896
	UAPS Célio Brasil Girão	Rua Prof. Henrique Firmeza, 82 60.110-110 Cais do Porto	Fax: 34332739
	UAPS Frei Tito	Rua José Cláudio Costa Lima, 100 CEP. 60.182-530 Caça e Pesca	Fone: 34332730 Fax: 3452.2313
	UAPS Benedito Artur de Carvalho	Rua Jaime Leonel, 228 CEP.60.810-160 Luciano Cavalcante	Fone: 34521897 Fax: 3452.1880
	UAPS Odorico de Moraes	Rua São Bernardo do Campo, s/n CEP.60.180-710 Castelo Encantado	Fone: 3433-2738
	UAPS Miriam Porto Mota	Rua Coronel Jucá, 1636 CEP.60.170-288 Dionísio Torres	Fones: 34332748 34332748
	UAPS Flávio Marcílio	Av. da Abolição, 4180 CEP. 60.165-082 Mucuripe	Fax: 3433.2737 Fone: 34332755
	UAPS Rigoberto Romero	Rua Alameda das Graviolas, 195 CEP.60.190-600 Cidade 2.000	Fax: 3433.2746
UAPS Paulo Marcelo	Rua 25 de Março, 607 CEP. 60.320.570 Centro	Fax: 3433.9701 TP: 3254.2273	
CoRES III Av. Jovita Feitosa, 1264 – Parquelândia	UAPS Humberto Bezerra	Rua Hugo Victor, 51 CEP.60.360-820 Antônio Bezerra	3212.1920
	UAPS Fernandes Távora	Rua Maceió, 1354 CEP.60.525-540 Henrique Jorge	3488.3254
	UAPS Hermínia Leitão	Rua Gal. João Couto, 470 CEP.60.351-000 Quintino Cunha	3433-9741
	UAPS Luis Recamond Capelo	Rua Maria Quintela, 935 CEP.60.520-790 Bom Sucesso	3488.3252



	UAPS Clodoaldo Pinto	Rua Bonward Bezerra, 100 CEP. 60.356-400 Padre Andrade	34339745 TP: 3478.3940
	UAPS Santa Liduína	Rua Prof. João Bosco, 213 CEP.60.430-690 Parque Araxá	3433.2569 TP: 3223.5777
	UAPS César Cals	Av. Cel. Matos Dourado, S/N CEP. 60.510-610 Planalto Pici	3488.3251 /3488.1272 TP: 3290.2714
	UAPS Francisco Pereira de Almeida	Rua Paraguai n/s com Rua Chile, S/N CEP.60.442-240 Bela Vista	Fone: 3433.2890
	UAPS Meton de Alencar	Rua Perdigão Sampaio, 820 CEP. 60.361-010 Antônio Bezerra	34883271 TP: 3235.2147
	UAPS José Sobreira Amorim	Av. Des. Luis Paulino, 190 CEP.60.510-160 Henrique Jorge	3488.1271
	UAPS Eliézer Studart	Rua Tomás Cavalcante, 545 CEP.60.020-290 Autran Nunes	3488.3259 TP: 3290.9690
	UAPS Anastácio Magalhães	Rua Delmiro de Farias, 1679 CEP.60.430-70 Rodolfo Teófilo	3433.2564
	UAPS George Benevides	Rua Pio Saraiva 168 CEP. 60.352-470 Quintino Cunha	3105.1086 TP: 3235.1677
	UAPS Waldemar de Alcântara	Rua Silveira Filho, 903 CEP.60.520-050 Jockey Clube	3488.3253 3290.7207
	UAPS Ivana de Sousa Paes	Rua Virgílio Brígido, s/n CEP.60.355-050 Presidente Kennedy	3281.1851
	UAPS João XXIII	Rua Júlio Braga, S/N CEP.60.520-490 João XXIII	34883258 TP- 32907317
CoRES IV Av. Dedé Brasil, nº 3770, Serrinha	UAPS Luis Albuquerque Mendes	Rua Benjamin Franklin, 735 CEP.60.741-090 Serrinha	3131.7335 TP: 3292.7735
	UAPS José Valdevino de Carvalho	Rua Guarã, s/n, CEP.60.740-140 Itaoca	31317338 TP: 3492.1480
	UAPS Luis Costa	Rua Marechal Deodoro, 1501 CEP. 60.021-000 Benfica	3131.7677 TP: 3214.2962
	UAPS Ocelo Pinheiro	Rua Elcias Lopes, 517 CEP. 60.421-100 Itaoca	3131.7334 TP: 3292.6823
	UAPS Oliveira Pombo	Rua Travessa Rex, s/n CEP.60.441-370 Pan Americano	34828576 TP: 3482.0162
	UAPS Dom Aloisio Lorcheider	Rua Betel, 1895 CEP.60.714-230 Itapery	3131.1945 3105.2000/2002
	UAPS Abel Pinto	Trav. Goiás, s/n CEP.60.440-085 Demócrito Rocha	3452.5191
	UAPS de Parangaba	Rua Germano Franklin, 495 CEP.60.740-020 Parangaba	3131.7337
	UAPS Roberto da Silva Bruno	Av. Borges de Melo, 910 CEP.60.415-900 Fátima	3227.9177 TP: 3272.0060
	UAPS Filgueiras Lima	Av. Dos Expedicionários, 3910 CEP.60.410-446 Jd. América	3131.1697 TP: 3494.1480
	UAPS Gutemberg Braun	Rua Monsenhor Agostinho, 505 CEP. 60.730-182 Vila Pery	3452.5199 TP: 3292.6735
	UAPS Turbay Barreira	Rua Gonçalo Souto, 420 Em reforma funcionando na R. Teodorico Barroso, 50 – Vl. União Vila União	3272 - 4055
CoRES V Rua Augusto dos Anjos, nº 2466, Bom Sucesso	UAPS Abner Cavalcante Brasil	Rua Eng. Luís Montenegro, 485 CEP. 60.731-802 Siqueira	3105.3342 3105.3343
	UAPS João Elísio Holanda	Rua Juvêncio Sales s/n CEP.60.764-600 Aracapé	3131.6222
	UAPS Zélia Correia	Rua Antônio Pereira, 1495 CEP.60.766-220 Planalto Airton Sena	Fax: 3452.5125 Fone: 34334900
	UAPS Galba Araújo	Av. Senador F. Távora, 3161 CEP.60.510-000 Genibaú	Fax: 3452.6753 TP: 3452.6752
	UAPS Fernando Diógenes	Rua Teodoro de Castro, S/N CEP.60.541.190 Granja Portugal	Fone: 34883240
	UAPS Pedro Celestino	Rua Gastão Justo, 215 CEP.60.762-060 Maraponga	3433.4915 TP: 3298.1258
	UAPS José Walter	Av. L, 1880 3ª Etapa Funcionando no CSU-R. 69,191 José Walter	Fax: 3433.4918 TP: 3291.4602
	UAPS Luciano Torres	Rua Delta, 365 CEP.60.713.440 Vila Manoel Sátiro	Fax: 3433.4922 TP:

	de Melo		3484.4801
	UAPS Siqueira	Rua Eng. Luis Montenegro, 485 CEP.60.732-548 Siqueira	Fones: 31053342
	UAPS Maciel de Brito	Av. A s/n– 1ª Etapa CEP.60.533-301 Conjunto Ceará	Fones: 3452.2486 Fax: 3452.2487
	UAPS Parque São José	Rua Des. Frota, s/n CEP.60.730-270 Parque São José	3483.5451
	UAPS Graciliano Muniz	Rua 106, n.º 345 CEP. 60.763-550 Conj. Esperança	Fax: 3433.4913 TP: 3298.7016
	UAPS Luiza Távora	Tv. São José, 940 CEP. 60.761-240 Mondubim Conj Itapery	3433.4916 TP: 3469.0641
	UAPS Edmilson Pinheiro	Av. H, 2191 CEP.60.542-190 Funcionando na UAPS MACIEL DE BRITO Granja Lisboa	Fax: 3452-2421 TP: 3269.2398
	UAPS José Paracampos	Rua Alfredo Mamede, 250 CEP.60.763-800 Mudubim	3433.4914 Fax.3433.4927 Fone: 32963270
	UAPS Viviane Benevides	Rua João Áreas, 1296 CEP.60.713-410 Vila Manoel Sátiro	Fax: 3433-4902 TP: 3484.2027
	UAPS Dom Lustosa	Rua Cel. João Correia, s/n CEP.60540-282 Granja Lisboa	Fax: 3245.9323 TP: 3497.0009
	UAPS Guarany Mont'Alverne	Rua Geraldo Barbosa, 3230 CEP.60540-345 Granja Lisboa	Fax: 3452-2496 TP: 3497.0060
	UAPS Argeu Herbster	Rua Cel. João Correia, 728 CEP.60.010-010 Bom Jardim	Fones: 3452.9461
	UAPS Jurandir Picanço	Rua Duas Nações s/n CEP.60.545-250 Granja Portugal	Fax: 3452.2480 TP: 3259.5829
	UAPS Galba de Araújo	Av. Recreio, 1390 CEP.60.831-370 Lagoa Redonda	3105.1602
	UAPS Anísio Teixeira	Rua Guarani, 355 CEP.60.843-530 Paupina-Ancuri	Fax: 3433.5285 TP.3433.5291
	UAPS de Messejana	Rua Cel. Guilherme Alencar, s/n. CEP.60.871-608 Messejana	Fax: 3474.2637 SAME: 3452.1660
	UAPS Terezinha Parente	Rua Nelson Coelho, 209. CEP.60.831-410 Lagoa Redonda	Fones: 31051626 3488.3300/3288
	UAPS Francisco Melo Jaborandi	Rua 315 Nº 80 CEP. São Cristóvão	Fax: 3105.1768 Fones: 34883301 32568791
	UAPS Monteiro de Moraes	Av. Evilásio Miranda, S/N CEP. 60.833-302 Sapiranga Coité	Fax: 3452.6091 TP: 3273.4333
	UAPS João Hipólito	Rua 03, n.º 88 – Napoleão Viana CEP. 60.860-470 Dias Macedo	Fax: 3105.3200
	UAPS César Cals de Oliveira	Rua Capitão Aragão, 555. CEP. 60.851-150 Aerolândia	Fones: 3247.5213 3472.9069
	UAPS Vicentina Campos	Rua B, 145 Jardim Primavera. CEP.60.745-225 Pq. II Irmãos	Fax: 3105.3338 TP: 3493.2034 Fone: 34934732
	UAPS Hélio Goes Ferreira	Av. Eng. Leal Lima Verde, 453 CEP.60.820-000 Conj. Alvorada	Fax: 3452.5714 Fone: 32734813
	UAPS José Barros de Alencar	Rua José Nogueira de Alencar CEP.60.874-760 Pedras	Fax: 3105.1562 Fone: 34335257
	UAPS Waldo Pessoa	Rua Capitão Hugo Bezerra, 75 CEP.60.335-770 Barroso	Fax: 3452.1830 3472.4674
	UAPS Manoel Carlos Gouveia	Av. Des. Fausto Albuquerque, 486 CEP.60.821-440 Jd. das Oliveiras	Fax: 3279.2050 Fones: 3452.6092 3488.3287
	UAPS Alarico Leite	Rua dos Paroaras, 301 CEP.60.010-010 Passaré	Fax: 3452.9369
	UAPS Pedro Sampaio	Av. Iracema, 1516. CEP.60.870-020 Conj. Palmeiras	Fax: 3105.1767 Fone: 3488.3300
	UAPS Evandro Ayres de Moura	Av. Castelo de Castro s/n CEP. 60.866-680 Jangurussu	Fax: 3105.1765
	UAPS Janival de Almeida	Rua Coelho Garcia, 25. CEP.60.801-810 Castelão/Passaré	Fax: 3105.3095
	UAPS Maria de Lourdes Jereissati	Rua Reino Unido, 115. CEP.60.820-140 Conj. Tancredo Neves Jardim das Oliveiras	Fax: 3452.8160
CoRES VI Rua Pe. Pedro de Alencar, nº 1385, Messejana			

	UAPS Edmar Fujita	Av. Alberto Craveiro, 1480 CEP. 60.110-110 Castelão	Fone: 3105.3089 Fax: 3452.5130
	UAPS Matos Dourado	Rua Floriano Benevides, 391 CEP. 60.811.690 Edson Queiroz	Fone: 31051564 Fax: 3488.3291

SAMU 192 - Regional Fortaleza

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

UPA 24h

Nível	Regional	Nome	Porte	Endereço	Contato
Estadual	Regional II	UPA 24h Praia do Futuro	Porte III	Rua Júlio Silva, 410	Fone: 3265-5672 / 98899-8667
	Regional III	UPA 24h Aufran Nunes	Porte II	Avenida Senador Fernandes Távora, 24	Fone: 3290-7575 / 98814-1490 / 98616-6782
	Regional V	UPA 24h Canindezinho	Porte III	Rua 15, esquina com a Rua José Dantas Vieira, 378	Fone: 3487-2343 / 98892-5340
	Regional V	UPA 24h Conjunto Ceará	Porte II	Rua 860, 25	Fone: 3216-8316 / 98970-7090
	Regional V	UPA 24h José Walter	Porte II	Avenida Costa e Silva (Perimetral), 4305, vizinho à CHESF	Fone: 98970-1891
	Regional VI	UPA 24h Messejana	Porte II	Miguel Gurgel, 246	Fone: 3474-0535 / 98892-5297
Municipal	Regional I	UPA 24h Cristo Redentor (Pirambu)	Porte II	Avenida Presidente Castelo Branco, 4040, com Rua Alves de Lima - Cristo Redentor	Fone: 3295-2768 / 98970-7577
	Regional I	UPA 24h Vila Velha	Porte II	Av. G, 09 (esquina com Rua L) – Vila Velha	Fone: 3284-6754 / 99953-0891
	Regional III	UPA 24h Rodolfo Teófilo	-	Em construção	-
	Regional IV	UPA 24h Itaperi (UECE)	Porte III	Rua Betel, S/N – Itaperi	Fone: 98970-5379
	Regional V	UPA 24h Bom Jardim	Porte II	Av. João Gentil, 2772 – Bom Jardim	Fone: 99228-9808
	Regional VI	UPA 24h Jangurussu	Porte III	Avenida Contorno Sul, 835, com Rua 313 - Jangurussu	Fone: 3295-2768 / 98970-3409

Hospitais de Porta Aberta para Urgência

Nível	Regional	Nome	Endereço	Contato	Referência	Complexidade
Municipal	Regional I	Hospital Municipal Gonzaguinha da Barra	Av. Dom Aloisio Lorscheider, nº 1130 -	(85) 3452.2409 - 3452.2390	Obstetria / Pediatria	Média



		do Ceará	Conjunto Nova Assunção - Barra do Ceará			
Estadual	Regional II	Hospital Geral de Fortaleza	Rua Professor Otávio Lobo, 120 - Papicu	(85) 3101.3209 / 3101.3222 Fax: (85) 3101.7095	Clínica Médica / Cirurgia / Obstetrícia / Neonatologia	Média e Alta
Federal	Regional III	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Rua Coronel Nunes de Melo, 1270 - Rodolfo Teófilo	(85) 3366.8502	Obstetrícia / Ginecologia	Média e Alta
Estadual	Regional III	Hospital de Doenças Infecciosas São José	Rua Nestor Barbosa, 315 - Parquelândia	(85) 3101-2321	Doenças Infecciosas	Média e Alta
Municipal	Regional III	Hospital da Mulher de Fortaleza (somente pacientes regulados)	Av. Lineu Machado, nº 155 - Jóquei Clube	(85) 3105.2229 - 3233.3854 - 3233.3954 - 3233.3545	Obstetrícia / Ginecologia	Média e Alta
Municipal	Regional III	Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura	Rua Cândido Maia, 294 - Antonio Bezerra	(85) 3488.3221	Trauma / Clínica Médica / Pediatria	Média
Estadual	Regional IV	Hospital Infantil Albert Sabin	R Tertuliano Sales, 544 - Vila União	-	Pediatria	Média e Alta
Municipal	Regional IV	Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira	Avenida Osório de Paiva, 1127 - Parangaba	(85) 3131.7322 - 3131.7319	Trauma / Clínica Médica	Média
Municipal	Regional IV	Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CROA)	Rua Guilherme Perdigão, 299 - Parangaba	(85) 3225.2212 - 3225.2425 - 3105.3051 - 3105.3052 - 3292.4120	Pediatria	Média
Municipal	Regional V	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Rua 1018, nº 148, 4ª Etapa - Conjunto Ceará	(85) 3452.6701	Clínica Médica / Obstetrícia / Pediatria	Média
Municipal	Regional V	Hospital Distrital Gonzaguinha do José Walter	Avenida D, nº 440, 2ª Etapa - José Walter	(85) 3452.9399	Clínica Médica / Obstetrícia / Pediatria	Média
Estadual	Regional VI	Hospital de Saúde Mental de Messejana Prof. Frota Pinto	R. Francisco Leandro, 63 - Curió	(85) 3101.4348 Fax: (85) 3101-4328	Psiquiatria	Média e Alta
Estadual	Regional VI	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart	Avenida Frei Cirilo, 3480 - Messejana	(85) 3101.4075 Fax: (85) 3101-4078	Cardiologia	Média e Alta
Municipal	Regional VI	Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira	Avenida Presidente Costa e Silva, 1578 - Messejana	(85) 3105.1560 - 3105.1550	Trauma / Clínica Médica / Pediatria	Média
Municipal	Regional VI	Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana	Avenida Washington Soares, 7700 - Messejana	(85) 3105.1590 - 3101.4353	Clínica Médica / Obstetrícia / Pediatria / Neonatologia / Neurologia	Média
Municipal	Regional do Centro	Instituto Dr. José Frota	Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro	(85) 3255.5000	Trauma	Média e Alta
Estadual	Regional do Centro	Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira	Avenida do Imperador, 545 - Centro	(085) 3101.5347 - (085) 3101.5340	Obstetrícia / Neonatologia	Média e Alta
Filantrópico	Regional do Centro	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	Rua Barão do Rio Branco, 20 - Panamericano	(85) 3455.9100	Clínica Médica	Média e Alta



TABELA DE DISCRIMINADORES ESPECÍFICOS

- **Agitação psicomotora:** pacientes que estão física e/ou emocionalmente muito perturbados, com atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas. Há impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso mesmo quando solicitado;
- **Alteração da consciência não totalmente atribuível ao álcool:** paciente não totalmente alerta com história de ingestão alcoólica, mas há alguma dúvida de outras causas de diminuição do nível de consciência;
- **Alteração da consciência totalmente atribuível ao álcool:** paciente não totalmente alerta com história clara de ingestão alcoólica, quando outras causas de alteração mental foram excluídas;
- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Autopreservação parcial:** solicita ou admite que precisa de auxílio e colabora para a promoção da própria segurança, desde que haja amparo disponível;
- **Apresentação de partes fetais:** apresentação de cabeça (coroamento) ou qualquer parte fetal pela vagina (parto domiciliar, em curso ou iminente);
- **Avulsão dentária:** avulsão de um dente nas últimas 24 horas. Seu reimplante precoce afeta a evolução;
- **Baba-se:** saliva saindo pela boca por incapacidade de engolir;
- **Celulite de escroto:** vermelhidão e inchaço em torno da bolsa escrotal;
- **Cólicas:** dores intermitentes. Por exemplo, cólica renal tende a melhorar e piorar a cada 20 minutos;
- **Comportamento ameaçador:** expressa raiva, indignação ou ultraje e faz ameaças verbais ou por gestos. Pode ter agredido recentemente;
- **Comportamento conturbador:** comportamento, que pode ou não ser ameaçador, mas que afeta o bom andamento do dia-a-dia de onde o paciente se encontra;
- **Comportamento heteroagressivo:** agride outras pessoas ou lança objetos na direção de pessoas ou coisas;
- **Comportamento hostil:** irritabilidade perceptível, porém colaborativo na ausência de estressores; usualmente retraído e expressando irritabilidade apenas se inquirido ou estimulado;
- **Comportamento negligente:** ignorar deliberadamente riscos ou se omitir de atitudes essenciais para a segurança, mesmo sem intenção declarada de autoagressão;
- **Comprometimento vascular distal:** haverá associação de palidez, esfriamento, alteração da sensibilidade e/ou dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão;
- **Convulsionando:** pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Deformidade aparente:** isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais, em quadril ou membros inferiores, que necessitem de imobilização e remoção em USB;
- **Deformidade grosseira:** isto sempre é subjetivo. Angulação ou rotação grosseira ou anormal é inferida;
- **Diplopia:** visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado;
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio de coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor abdominal:** qualquer dor sentida no abdome. Se irradiada para o dorso pode indicar dissecação de aorta; se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento;
- **Dor epigástrica:** dor ou desconforto epigástrico, que pode estar acompanhada de náuseas, sudorese e sensação de tontura;

- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor irradiada para o dorso:** dor que também é sentida no dorso de forma constante ou intermitente;
- **Dor irradiada para o ombro:** dor sentida na ponta do ombro; geralmente indica irritação diafragmática;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Dor pleurítica:** dor em fincada localizada no peito que piora com a respiração, tosse ou espirro;
- **Dor precordial típica:** dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica;
- **Edema:** inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho;
- **Edema de língua:** inchaço de língua de qualquer intensidade;
- **Edema facial:** inchaço difuso na face, geralmente envolvendo os lábios;
- **Envenenamento de alta mortalidade:** alta potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária. Na dúvida, defina como alto risco;
- **Envenenamento de moderada mortalidade:** moderada potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **Erupção cutânea fixa:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão);
- **Erupção ou vesículas disseminadas:** qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal;
- **Esforço respiratório aumentado:** há aumento da frequência respiratória, uso de musculatura acessória e roncos;
- **Estridor laríngeo:** ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta;
- **Evacuação de sangue vivo ou escurecido:** sangramento gastrointestinal maciço onde há sangue vermelho escuro. Quando o trânsito gastrointestinal aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena;
- **Evisceração:** herniação ou franca exteriorização de órgãos internos;
- **Exaustão:** fase que antecede a uma parada respiratória, onde ocorre redução do esforço ventilatório, apesar de se manter em insuficiência respiratória;
- **Expansividade:** comportamento desinibido e fala loquaz, mas com capacidade preservada de perceber espontaneamente a necessidade de se conter;
- **Fezes em groselha:** fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico;
- **Fezes pretas:** qualquer escurecimento preenche este critério;
- **Frases entrecortadas:** pacientes que não conseguem articular frases curtas numa só expiração devido à dificuldade respiratória;
- **Fratura exposta:** qualquer ferida ao redor da fratura deve ser considerada suspeita. Se houver alguma possibilidade de comunicação entre a ferida e a fratura, esta deve ser considerada exposta;
- **Gangrena de escroto:** pele necrosada enegrecida em torno do escroto e virilha. Gangrena precoce pode não ser enegrecida, mas se mostrar como uma queimadura em toda a espessura da bolsa, com ou sem descamação;
- **Hematoma no couro cabeludo:** área do couro cabeludo contusa, machucada e elevada (contusão na testa, abaixo da linha do cabelo é dita frontal);
- **Hemoptise:** sangue aerado emitido com o esforço da tosse;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **Hipoglicemia:** glicemia < 55 mg/dl;
- **História aguda de vômito de sangue:** hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24h;
- **História alérgica importante:** sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão ou picada de abelhas);
- **História cardíaca importante:** uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora da vida ou uma cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana);

- **História de convulsão:** qualquer convulsão observada ou relatada que ocorreu durante um período de doença ou após trauma. Para gravidez, se houve convulsão nas seis horas prévias, pois pode significar eclâmpsia;
- **História de hemorragia digestiva importante:** qualquer passado de sangramento gastrointestinal maciço ou associado a varizes esofagianas;
- **História de inconsciência:** deve haver testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História de overdose ou envenenamento:** esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias. Interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **História de trauma:** história recente de agressão ou trauma físico;
- **História de trauma craniano:** história de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente a história deverá ser colhida do solicitante ou outra testemunha confiável;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **História inadequada:** se não está clara e inequívoca a história de ingestão aguda de álcool e, se trauma craniano, ingestão de drogas, comorbidades, etc. não podem ser definitivamente excluídos;
- **História psiquiátrica importante:** história de evento ou doença psiquiátrica significativa;
- **História respiratória significativa:** história prévia de internação por condição semelhante em UTI ou condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. DPOC, asma lábil, uso domiciliar de O₂ ou de ventilação não-invasiva);
- **Inalação de fumaça:** história de confinamento em lugar com fumaça é o indicador mais confiável de inalação de fumaça. Pode haver fuligem em torno da boca e nariz;
- **Incapaz de andar:** é importante diferenciar paciente que não consegue caminhar pela dor daquele que realmente não consegue andar. Só o último preenche esse critério;
- **Inconsolável pelos pais:** criança cujo choro ou angústia não respondem às tentativas de acalanto dos pais;
- **Infecção/inflamação local:** manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus;
- **Início abrupto:** início em segundos ou minutos. Pode acordar o paciente;
- **Início agudo após trauma:** início imediato dos sintomas em 24 h de um trauma físico;
- **Início súbito:** início nas últimas 12 h;
- **Inquietação psicomotora:** hiperatividade ou fala ininterrupta responsivas à solicitação para interrompê-las, ou acatisia (sentimento subjetivo de tensão muscular que faz com que o paciente fique inquieto, caminhe, se sente e se levante repetidamente);
- **Lesão ocular química aguda:** qualquer substância que respinga ou cai nos olhos nas últimas 24 horas e causa dor, queimação, redução da visão ou qualquer outro sintoma;
- **Lesão por inalação:** história de confinamento em lugar com fumaça é o indicador mais confiável de aspiração de fumaça. Pode haver fuligem em torno da boca e nariz, além de rouquidão. A história é também a forma mais segura de se diagnosticar inalação de agentes químicos – pode não haver nenhum outro sinal;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade \geq 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Mortalidade:** é o potencial de uma substância ingerida causar doença grave ou morte. Interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária para se estabelecer o risco de lesão ou morte. Na dúvida considere alto risco;
- **Não reage aos pais:** não reage de nenhuma forma ao rosto ou à voz dos pais. Reações anormais e aparente perda de reconhecimento dos pais também são sinais preocupantes;
- **Olho vermelho:** qualquer vermelhidão do olho. Pode ou não haver dor e esta pode ser difusa ou parcial;
- **Paciente não reativa:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Palpitação atual:** sensação de coração acelerado que ainda está presente;

- **Pele crítica:** uma fratura ou deslocamento pode deixar fragmentos ou ponta de osso pressionando a pele de tal forma que pode ameaçar sua viabilidade. A pele estará pálida, sob tensão, em risco;
- **Perda aguda total da visão:** perda da visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas e que não voltou ao normal;
- **Possível gravidez:** qualquer mulher cuja menstruação normal não ocorreu está provavelmente grávida. Além disso, qualquer mulher em idade fértil com vida sexual ativa, sem proteção, deverá ser considerada potencialmente grávida;
- **Pressão arterial elevada:** história de níveis pressóricos elevados;
- **Prejuízo da capacidade crítica e da iniciativa pragmática:** a capacidade crítica serve para avaliarmos o grau de eficiência e adequação de nossos atos em relação aos nossos propósitos e as expectativas dos que nos cercam, e corrigir os comportamentos inadequados, desnecessários ou excessivos. A iniciativa pragmática inclui atitudes importantes para a sobrevivência, como os cuidados pessoais, a hidratação, a nutrição e a capacidade de lidar de forma segura com o ambiente.
 - Prejuízo grave: não é capaz de autocuidados ou de interagir com o meio, mesmo se orientado;
 - Prejuízo moderado: executa autocuidados e tarefas apenas sob orientação contínua de cuidador;
 - Prejuízo leve: executa autocuidados e tarefas nas depende de supervisão intermitente;
- **Prolapso de cordão umbilical:** prolapso de qualquer parte do cordão umbilical pelo cérvix uterino durante o trabalho de parto;
- **Prostração, hipotonia:** solicitante descreve a criança como "molinha". O tônus geralmente está diminuído – o sinal mais característico é a cabeça caída;
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade;
- **Púrpura:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão) causada por pequenas hemorragias sob a pele;
- **Queimadura elétrica:** qualquer queimadura causada ou possivelmente causada por corrente elétrica. Isto inclui correntes alternadas e contínua tanto de fontes naturais como artificiais;
- **Queimadura química:** qualquer substância que respinga ou cai no corpo e causa dor, queimação, redução da visão ou outros sintomas deve ser considerada capaz de causar queimadura química;
- **Redução recente da acuidade visual:** qualquer redução da acuidade visual corrigida nos últimos sete dias;
- **Respira após a abertura de vias aéreas:** em situações de múltiplas vítimas, deve ser avaliada. A ausência de respiração por 10 segundos após manobra de abertura de via aérea implica em declaração de óbito (uma competência médica), a não ser que haja recurso para reanimação cardiopulmonar sem prejuízo ao atendimento de outras vítimas classificadas como vermelho;
- **Resposta à dor:** resposta a estímulos dolorosos. Estímulos periféricos devem ser usados (pressionando uma caneta no leito ungueal das mãos). Este estímulo não deve ser feito no hálux, pois o reflexo espinhal pode causar flexão do mesmo na morte encefálica. Pressão supraorbitária não deve ser usada pois pode produzir o reflexo de contorção da face;
- **Resposta à voz:** resposta ao estímulo da voz. Não é necessário gritar o nome do paciente. Crianças podem não responder por estarem com medo;
- **Risco de agredir outros:** a presença de risco potencial de dano a outros pode ser avaliada perguntando-se ao solicitante sobre a postura do paciente (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietação, irrequieto). Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole;
 - Moderado risco: deve ser presumido se há qualquer indício de potencial agressão a alguém;
- **Risco de (nova) autoagressão:** uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade;
 - Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão, mas não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal finalidade, embora manifeste esse desejo;
- **Sangramento vaginal em gestantes acima de 20 semanas de gravidez:** qualquer pela de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez;

- **Sangramento vaginal intenso:** sangramento vaginal é muito difícil de quantificação. Grandes coágulos ou fluxo constante preenchem este critério. O uso de grande número de absorventes higiênicos, ou sangramento que ultrapassa o absorvente e as roupas sugerem perda intensa;
- **Sem melhora com a medicação habitual:** esta história deve ser contada pelo paciente. A ausência de melhora da dispneia com o broncodilatador prescrito pelo médico clínico também é importante;
- **Sensação de corpo estranho:** sensação de alguma coisa no olho, geralmente expresso como "raspando" ou "arranhando";
- **Sibilância audível:** ou sensação de chiado, que pode denotar obstrução mais grave de vias aéreas, por ser silenciosa (não passa nenhum ar);
- **Sinais de AVC:** assimetria facial recente (ao sorrir), diminuição recente da sensibilidade e/ou força muscular em um lado do corpo (ao elevar os dois braços), dificuldade recente de articular as palavras;
- **Sinais de desidratação:** língua seca, olhos fundos, turgor pastoso e, em bebês pequenos, fontanela baixa. Geralmente há diminuição da diurese;
- **Sinais de dor física intensa:** crianças pequenas e bebês com dor física intensa não conseguem se queixar. Elas vão chorar de forma contínua e inconsolável e podem apresentar sinais como palidez e sudorese;
- **Sinais de dor moderada:** crianças pequenas e bebês com dor moderada não conseguem se queixar. Elas geralmente choram intermitentemente e, ocasionalmente, são consoláveis;
- **Sinais de meningismo:** classicamente rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia;
- **Síndrome de abstinência alcoólica grave:**
 - Biológico: agitação psicomotora intensa; sudorese profusa; convulsão;
 - Psicológico: desorientação temporoespacial; história de violência auto ou heterodirigida; pensamento descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; alucinações auditivas, táteis ou visuais.
- **Tosse produtiva:** a infecção respiratória geralmente causa tosse com escarro frequentemente purulento (verde ou amarelo);
- **Trauma de escroto:** qualquer trauma recente envolvendo a bolsa escrotal;
- **Trauma direto no dorso:** isto pode ocorrer de baixo para cima (carga), por exemplo, quando se cai de pé, ou quando se inclina (para frente, para trás ou para o lado) ou por torção;
- **Trauma direto no pescoço:** isto pode ocorrer de cima para baixo (carga), por exemplo quando alguma coisa cai na cabeça, curvando-a (para frente, trás ou lado) ou torcendo-a;
- **Trauma ocular penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração do globo ocular;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto;
- **Trauma torácico recente:** qualquer trauma abaixo da clavícula e acima da última costela. Trauma na parte inferior do tórax pode causar lesão de órgãos abdominais;
- **Vômitos:** qualquer êmese preenche esse critério;
- **Vômito de sangue:** o sangue vomitado pode ser fresco (rutilante ou escurecido) ou em borra de café;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.





PROCOLOS DE REGULAÇÃO

PROCOLOS TÉCNICOS DE REGULAÇÃO MÉDICA





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

- 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.
- Reconhecido qualquer discriminador geral (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 Cardiorrespiratória (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.
- Não sendo reconhecido qualquer discriminador geral (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 pode seguir em avaliação complementar, seguindo o "**Protocolo de Abordagem por Queixas - RM3**", segundo o apelido da solicitação;
 - 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**"; e
 - Respostas obtidas às perguntas adicionais do "**Protocolo de Abordagem por Queixas - RM3**".

- 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**?
- 4. **Ciente dos dados passados pelo TARM, o Médico Regulador assume o caso:**
 - 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 o usuário a 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



RM1 – ACOLHIMENTO TELEFÔNICO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Abordagem inicial de todas as solicitações de atendimento.

Conduta:

As oito fases protocolares do acolhimento são:

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

I. ACOLHIMENTO

– *"SAMU Fortaleza, com quem eu falo?"*

- Preenche o campo do nome do solicitante;

– *"Fulano (a), qual a sua urgência?"*

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

II. ENDEREÇO

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

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

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

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

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

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

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

III. OS "3S" DA REGULAÇÃO

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

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

Nos tipos de ligação abaixo, o TARM deve:

6. **ATENDIMENTO** ou **IMV** (cinco vítimas ou mais) – o TARM deve seguir todos os oito itens.

7. **COBRANÇA** – ligou para o Serviço para cobrar remoção/transferência de paciente já regulado:

- Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;
- Abrir a ocorrência cobrada no quadro "Todas as Ocorrências", clicar em "Avaliação/Orientação", clicar em "Incluir Avaliações" e escrever "Fulano (a) pediu brevidade"
 - Reaplicar o Protocolo RM2 e atualizar o quadro do paciente;
- Passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções;

8. **DESISTÊNCIA** – ligou para o Serviço para desistir de remoção/transferência de paciente já regulado:



- Após o item 2 do Protocolo de Acolhimento, perguntar o endereço para confirmar a ocorrência;
 - Abrir a ocorrência cobrada no quadro "Todas as Ocorrências", clicar em "Avaliação/Orientação", clicar em "Incluir Avaliações" e escrever "Fulano (a) está cancelando a solicitação" seguido do motivo da desistência;
 - Passar a informação para o operador de frota e médico regulador;
9. **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.
10. **TROTE** – ligação indevida para o serviço, geralmente uma simulação de caso de urgência ou piadas, xingamento ou brincadeiras ao telefone, ou simplesmente ninguém fala após insistência do TARM:
- Após o item 2, reconhecido o trote, desliga a ligação e registra a ocorrência como trote;
11. **REGULAÇÃO** – pedido de regulação com o médico regulador, para decisão da unidade de saúde de destino para o paciente (QTW), dúvidas sobre o caso regulado, etc.:
- Após o item 2, pede o número da ocorrência e diz – "Aguarde um momento enquanto eu transfiro a sua ligação para o médico regulador!";
 - Registra como REGULAÇÃO;
 - Passar a informação ao médico regulador e aguardar instruções;
12. **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!"
13. **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;
14. **ORIENTAÇÃO:** a solicitação de orientação médica ou de enfermagem deverá ser encaminhada ao médico regulador ou Enfermeiro Gestor de Qualidade após o item 2;
15. **TRANSFERÊNCIA:** em vez do endereço (item 3), o TARM deve detalhar a localização do paciente dentro da unidade: leito, andar, unidade/enfermaria e o tempo de internação/atendimento. A solicitação deverá ser encaminhada ao médico coordenador após isso.

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

- Ao receber uma chamada telefônica, o TARM deve cumprimentar o solicitante de forma ética e educada antes de coletar algumas informações básicas
- Essas informações básicas (quem telefona e a queixa inicial) devem ser colhidas, no máximo, no primeiro minuto de teleatendimento e o endereço da ocorrência; no minuto seguinte;
- Sobre a queixa inicial lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo. Ter atenção a:
 - Síndromes de "Forte Valência Social" (onde o valor social é muito elevado: "Presidente da República caiu na rampa do Congresso". A "morte" pode ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, quando existe comoção social no evento);
 - Síndromes de "Etiologia Potencialmente Grave" ("Ele caiu do prédio", "Ele foi baleado por uma 12", "Ele foi atropelado por um Scania", "Ela está parindo", etc.);





- Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave” (concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante: “Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc.);
- A fase de Acolhimento (RM1) visa, principalmente, detectar precocemente as Síndromes de “Forte Valência Social” e de “Etiologia Potencialmente Grave” (queixa principal), embora possa detectar também “Semiologia Potencialmente Grave”;
 - Nesta fase obtemos a identificação da queixa principal e à coleta das primeiras informações relacionadas ao caso, que embora sejam concisas e subjetivas, geralmente são as mais fidedignas.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

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



RM2 – PROTOCOLO MASTER (Classificação de Risco)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

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

OBSERVAÇÕES: é a fase de coleta das 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;
 - Síndromes de “Forte Valência Social” (onde o valor social é muito elevado: “Presidente da República caiu na rampa do Congresso”. A “morte” pode ser uma urgência médica, mesmo que a gravidade seja nula, quando existe comoção social no evento);
 - Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave” (“Ele caiu do prédio”, “Ele foi baleado por uma 12”, “Ele foi atropelado por um Scania”, “Ela está parindo”, etc.);
 - Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave” (concebidas a partir da forma como as queixas são apresentadas via telefone pelo solicitante: “Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo”, etc.);
- A fase de Classificação de Risco (RM2 ou protocolo MASTER) visa ao diagnóstico precoce das “Síndromes de Semiologia Potencialmente Graves”.
 - As três frases iniciais ditas para avaliar o Nível de Consciência possibilitam a avaliação do grau de resposta verbal do paciente;
 - As três avaliações (consciência, respiração e circulação) visam reconhecer pacientes inconscientes, em parada respiratória ou em parada cardiorrespiratória, respectivamente.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Julho/2010 1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2015 3ª Revisão: maio/2016





RM3 – ABORDAGEM POR QUEIXAS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Acidente Vascular Cerebral (RC1)

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

Alergia (RC2)

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

Asma (RC3)

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

Afogamento (RT1)

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

Agitação e situação de violência (RC4)

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

Agressão física (RT2)

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

Autoagressão e tentativa de suicídio (RC5)

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

Cefaleia (RC6)

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

Convulsão (RC7)

- Ele é epilético? Está tomando seus remédios?
- Quanto tempo faz?
- Teve quantas vezes?
- Teve febre? (se criança)
- Bateu a cabeça? Antes ou depois da





- convulsão?
- Usa drogas ou álcool?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Ele consegue movimentar o pescoço?

Corpo estranho (RC8)

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

Crise em Saúde Mental (RC9)

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

Desastre ou IMV (RT3)

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

Diabetes (RC10)

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

Diarreia e/ou vômitos (RC11)

- Quantas vezes?
- "Moleira" baixa? (criança até um ano)
- Consegue falar?
- Consegue andar?
- Urinou hoje?
- Desmaiou?

- Sente alguma dor?
- Fezes/vômitos com sangue?
- Sente mais alguma coisa?

Dispneia em adulto (RC12)

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

Dispneia em criança (RP1)

- Quando começou a falta de ar?
- Faz barulho quando respira?
- Perdeu os sentidos?
- Fez uso de alguma medicação?
- Outras queixas ou doenças?

Dor abdominal em adulto (RC13)

- Houve trauma recente?
- Quando iniciou a dor?
- Vomitou ou defecou sangue?
- Está gestante?
- Outras queixas ou doenças?

Dor abdominal em criança (RP2)

- Quando iniciou a dor?
- Vomitou ou defecou sangue?
- Tem febre?
- Outras queixas ou doenças?

Dor cervical (RC14)

- Quando iniciou a dor?
- Consegue mexer a cabeça?
- Dor de cabeça? A luz incomoda?
- Mancha vermelha no corpo?
- Teve pancada no pescoço?

Dor lombar (RC15)

- Quando iniciou a dor?
- Houve trauma local?
- Como estão os braços e pernas (movimento e sensibilidade)? Consegue andar?
- Dor de barriga?
- Como está a urina?

Dor testicular (RC16)

- Quando iniciou a dor?
- Qual a cor da pele nos testículos?
- Tem cólica?

Dor torácica (RC17)

- Quando iniciou a dor?

- Já sentiu isso antes?
- Teve abalo emocional?
- Existe falta de ar?
- Existe febre, dor no corpo ou vômitos?
- Outras queixas ou doenças?

Ferimentos pérfuro-penetrantes (RT4)

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

Gestante em trabalho de parto (RO2)

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

Hemorragia digestiva (RC18)

- Teve desmaio?
- Vômitos ou fezes com sangue? Encharca uma toalha?
- Cor vermelha ou preta?
- Quando iniciou o sangramento?
- Quantos episódios?
- Já teve sangramentos anteriores?
- Tem costume de beber?
- Outras queixas ou doenças?

Intoxicação ou abstinência alcoólica (RC19)

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

Mal súbito no adulto (RC20)

- Teve abalo emocional?
- Aparenta estar alcoolizado?
- Está com falta de ar?
- Faz barulho quando respira?

- Apresentou convulsão?
- Tem sangramento?
- Outras queixas ou doenças?

Mordeduras e picadas (RC21)

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

Overdose e envenenamentos (RT5)

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

Palpitação (RC22)

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

Politraumatismo (RT8)

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

Problemas odontológicos (RC23)

- Começou quando?
- Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?



- O sangramento diminuiu com a compressão?
- Outras queixas ou doenças?

Problemas em extremidades (RC24)

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

Problemas em olhos (RC25)

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

Queda (RT6)

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

Queimaduras e choque elétrico (RT7)

- Quando foi o episódio?
- Queimadura onde? Formou bolhas?

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

Sangramento vaginal (RO1)

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

Trauma cranioencefálico (RT9)

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

Trauma toracoabdominal (RT10)

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

OBSERVAÇÕES:

- O Protocolo RM3 de abordagem é extraído da introdução presente em todos os protocolos clínicos, de trauma, obstétricos e pediátricos.
- Nesta fase de Abordagem por queixas o conhecimento e a competência do profissional ficam mais evidentes, pois ele deve dominar conhecimentos anatômicos e o padrão de queixas de apresentação, além de ter habilidade em reconhecer com rapidez situações que coloquem em risco a vida do paciente;
- A maior parte das questões aqui apresentadas já podem ter sido respondidas durante os protocolos RM1 e RM2, cabendo aqui ao TARM fazer somente as que estão faltando.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Julho/2010
2ª Revisão: abril/2015

1ª Revisão: Janeiro/2011
3ª Revisão: Janeiro/2016



RM4 – TEMPO RESPOSTA E RESPOSTAS AO SOLICITANTE

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

TEMPO RESPOSTA IDEAL

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

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

* Envio de USB em casos de valência social

RESPOSTAS AO SOLICITANTE

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

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

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

- 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);
 - Regular diretamente com solicitante todas as Urgências de Prioridade Máxima;
 - Acompanhar o tempo-resposta de chegada da ambulância na ocorrência;
 - SEMPRE checar disponibilidade de recursos para área da ocorrência;
 - Informar ao solicitante uma possível demora.

Sobre o registro médico no Sistema de Regulação, exemplos:

- 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.**

Sobre o envio de Unidade de Suporte Intermediário:

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

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

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

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



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

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Protocolos Especiais

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Recepção sistematizada (QTW) do caso atendido pelas equipes de intervenção de Suporte Básico de Vida (SBV).

Conduta:

1. Receber a QTW na seguinte sequência:
 - Nome, idade e documentação (opcional) dos pacientes;
 - Tipo de paciente (motorista, motociclista, ciclista, passageiro, garupeiro, pedestre, gestante, idoso etc.);
 - Queixa principal;
 - Nível de Consciência (orientado, confuso, torporoso, inconsciente);
 - Qualidade da respiração (normal, alterado, ausente);
 - Qualidade do pulso (normal, fraco/lento, acelerado, ausente);
 - Cor da pele (corado, pálido, cianótico, ictérico);
 - Sinais Vitais:
 - PA;
 - Oximetria (se disponível);
 - Frequência cardíaca;
 - Frequência respiratória;
 - Escala de coma de Glasgow;
 - Temperatura (se disponível);
 - Glicemia (se disponível);
 - Escala de Trauma (se realizada);
 - Narrativa dos achados clínicos e das condutas realizadas;
 2. O médico regulador após conferir os itens da Avaliação Primária e Avaliação Secundária (pelo menos o SAMPLA), pode orientar condutas e dirimir dúvidas, conforme protocolos específicos;
 3. Realizar decisão gestora sobre qual a melhor unidade de saúde para atendimento do paciente, de acordo com o diagnóstico situacional disponível na Central de Regulação, informando à equipe sua decisão.
- **Orientação do Suporte Avançado de Vida**
 - AC1 – Avaliação Primária do paciente (agravo clínico);
 - AC2 – Avaliação Secundária do paciente (agravo clínico);
 - AT1 – Avaliação Primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
 - AT2 – Avaliação Secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
 - AGO1 – Avaliação Primária da gestante (agravo clínico e trauma);
 - AGO2 – Avaliação Secundária da gestante (agravo clínico e trauma);
 - APed1 – Avaliação Primária do paciente pediátrico (agravo clínico);
 - APed2 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico (agravo clínico);
 - APed32 – Avaliação Primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
 - APed33 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
 - AP9 – Sequência Rápida de Intubação
 - AP59 – Sequência Rápida de Intubação em Pediatria
 - APed30 – Sedação em Pediatria
 - **Orientação do Suporte Básico de Vida**
 - BC1 – Avaliação Primária do paciente (agravo clínico);
 - BC2 – Avaliação Secundária do paciente (agravo clínico);
 - BT1 – Avaliação Primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
 - BT2 – Avaliação Secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
 - BGO1 – Avaliação Primária da gestante (agravo clínico e trauma);
 - BGO2 – Avaliação Secundária da gestante (agravo clínico e trauma);

- BPed1 – Avaliação Primária do paciente pediátrico (agravo clínico);
- BPed2 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico (agravo clínico);
- BPed23 – Avaliação Primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
- BPed24 – Avaliação Secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada;

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

• **Orientação das Equipes em Situações Especiais**

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

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

• **Orientações Específicas para o Suporte Intermediário de Vida**

- BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto
- BC11 – Choque
- BT4 – Choque no trauma
- BC12 – Dor torácica não traumática
- BC13 – Crise hipertensiva
- BC14 – AVC: Acidente Vascular Cerebral



- BC16 – Crise convulsiva no adulto
 - BC17 – Hipotermia
 - BC19 – Hipoglicemia
 - BC23 – Reação alérgica – Anafilaxia no adulto
 - BC26 – Manejo da dor no adulto
 - BC27 – Cólica nefrética
 - BC29 – Agitação e situação de violência
 - BC30 – Autoagressão e risco de suicídio
 - BPed11 – Choque em pediatria
 - BPed14 – Crise convulsiva em pediatria
 - BPed17 – Hipoglicemia em pediatria
 - BPed18 – Reação alérgica – Anafilaxia em pediatria
 - BPed19 – Febre em pediatria
 - BPed22 – Manejo da dor em pediatria
- **Protocolos para Motolâncias**
 - MOTO1 – Regras Gerais de Biossegurança para Motolância
 - MOTO2 – Atribuições e Responsabilidades Específicas do Condutor da Motolância
 - MOTO4 – Regras Específicas de Deslocamento da Motolância
 - MOTO5 – Procedimentos Iniciais em Caso de Acidentes com a Motolância
 - MOTO6 – Regras Gerais para Deslocamento de Motolâncias em Comboio
 - **Protocolos para Atendimento Aeromédico**
 - AERO1 – Atribuições e Responsabilidades Específicas a Equipe Aeromédica
 - AERO2 – Critérios Gerais de Indicação de Missão Aeromédica: Transporte Inter-Hospitalar
 - AERO3 – Preparo da Missão Aeromédica
 - AERO4 – Segurança Operacional
 - AERO5 – Aspectos do Manejo Clínico
 - AERO6 – Transporte Aeromédico Neonatal de Alto Risco

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

1. Protocolos Técnicos de Regulação Médica (RM)

- **RM2 – Protocolo MASTER (Síndrome de Semiologia Potencialmente Grave)**

No Adulto

- AC3 ou BC3 – OVACE
- AC4 ou BC4 – Parada Respiratória no Adulto
- AC13 – Bradicardia
- AC14 – Taquiarritmia com Pulso
- AC15 – Algoritmo Geral das Taquiarritmias com Pulso
- AC16 ou BC11 – Choque **(SIV inclusive)**
- AC25 ou BC15 – Inconsciência:
- AC26 ou BC16 - Crise Convulsiva no Adulto **(SIV inclusive)**
- AC29 ou BC19 - Hipoglicemia **(SIV inclusive)**

Em Pediatria

- APed3 ou BPed3 – OVACE na Criança
- APed4 ou BPed4 – OVACE no Bebê
- APed5 ou BPed5 – Parada Respiratória (PR) no Paciente Pediátrico
- APed 12 ou BPed9 – Assistência ao RN que Nasce Bem
- APed14 – Bradicardia
- APed15 – Taquiarritmia Com Pulso
- APed 16 ou BPed11 – Choque **(SIV inclusive)**

- **RM7 – Parada Cardiorrespiratória e Óbito no APH**

- PE25 – Constatação de Óbito pelo Médico do SAMUFor
- PE26 – Identificação do Óbito por Equipes do SAMUFor



No Adulto

- AC5 ou BC5 – PCR / RCP no adulto (*Guidelines AHA 2015*)
- AC6 – PCR no Adulto: FV ou TVSP (*Guidelines AHA 2015*)
- AC7 – PCR-RCP Adulto: Assistolia (*Guidelines AHA 2015*)
- AC8 – PCR-RCP Adulto: AESP (*Guidelines AHA 2015*)
- AC9 ou BC6 – PCR: interrupção da RCP no adulto
- AC10 ou BC7 – Cuidados pós-ressuscitação
- AC11 ou BC8 – Decisão de não-ressuscitação
- AC12 ou BC9 – Algoritmo Geral de RCP (SAV ou SBV adulto)

Na Gestante

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

Em Pediatria

- APed6 ou BPed6 – PCR: RCP no Bebê e na Criança
- APed7 – PCR no Paciente Pediátrico: Assistolia
- APed8 – PCR no Paciente Pediátrico: AESP
- APed9 – PCR no Paciente Pediátrico: FV/TVSP
- APed10 ou BPed7 – Cuidados Pós-Ressuscitação
- APed11 ou BPed8 – Algoritmo Geral de RCP Pediátrica – Suporte Avançado ou Básico
- APed 13 ou BPed10 – Reanimação Neonatal
-
- **RM8 – Solicitação de Remoção Interunidade de Paciente**
 - AP60 – Remoção Interunidades em Pediatria
 - AP61 – Remoção Interunidades do Paciente Adulto
 - AERO6 – Transporte Aeromédico Neonatal de Alto Risco

2. Protocolos Clínicos (RC)

- **RC1 – Acidente Vascular Cerebral**
 - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva (**SIV inclusive**)
 - AC21 ou BC14 – AVC: Acidente Vascular Cerebral (**SIV inclusive**)
- **RC2 – Alergia**
 - AC33 ou BC23 – Reação alérgica (anafilaxia) (**SIV inclusive**)
- **RC3 – Asma**
 - BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto (**SIV inclusive**)
 - AC22 – Exacerbação da Asma no Adulto
 - AC23 – Exacerbação da DPOC no Adulto
- **RC4 – Agitação e Situação de Violência**
 - AC39 ou BC28 – Manejo da crise em saúde mental
 - AC40 ou BC29 – Agitação e situação de violência (**SIV inclusive**)
 - AC41 ou BC30 – Autoagressão e Risco de Suicídio (**SIV inclusive**)
- **RC5 – Autoagressão e Tentativa de Suicídio**
 - AC39 ou BC28 – Manejo da crise em saúde mental
 - AC40 ou BC29 – Agitação e situação de violência (**SIV inclusive**)
 - AC41 ou BC30 – Autoagressão e Risco de Suicídio (**SIV inclusive**)
- **RC6 – Cefaleia**
 - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva (**SIV inclusive**)
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto (**SIV inclusive**)
- **RC7 – Convulsão**
 - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva (**SIV inclusive**)
 - AC26 ou BC16 – Crise Convulsiva no Adulto (**SIV inclusive**)
- **RC8 – Corpo Estranho**
- **RC9 – Crise em Saúde Mental**
 - AC39 ou BC28 – Manejo da crise em saúde mental
 - AC40 ou BC29 – Agitação e situação de violência (**SIV inclusive**)
 - AC41 ou BC30 – Autoagressão e Risco de Suicídio (**SIV inclusive**)

- **RC10 – Diabetes**
 - AC28 ou BC18 – Hiperglicemia
 - AC29 ou BC19 – Hipoglicemia **(SIV inclusive)**
- **RC11 – Diarreia e/ou vômitos**
 - AC31 ou BC21 – Hemorragia Digestiva Alta
 - AC32 ou BC22 – Hemorragia Digestiva Baixa
- **RC12 – Dispneia no adulto não asmático**
 - AC3 ou BC3 – OVACE
 - AC4 ou BC4 – Parada Respiratória no Adulto
 - AC20 – Insuficiência Cardíaca Descompensada
 - AC23 – Exarcebação da DPOC no Adulto
 - AC24 – Edema Agudo de Pulmão
 - BC10 – Insuficiência respiratória aguda no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC13 – Dor abdominal no adulto**
 - AC30 ou BC20 – Dor abdominal não-traumática
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
 - AC34 ou BC27 – Cólica Nefrética **(SIV inclusive)**
- **RC14 – Dor cervical**
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC15 – Dor lombar**
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC16 – Dor testicular**
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC17 – Dor torácica**
 - AC17 ou BC12 – Dor torácica não-traumática: Síndrome Coronariana Aguda **(SIV inclusive)**
 - AC18 – Dor Torácica não-traumática: Dissecção Aguda da Aorta
 - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva **(SIV inclusive)**
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC18 – Hemorragia digestiva**
 - AC16 ou BC11 – Choque **(SIV inclusive)**
 - AC31 ou BC21 – Hemorragia digestiva alta
 - AC32 ou BC22 – Hemorragia digestiva baixa
- **RC19 – Intoxicação ou abstinência alcoólica**
 - BC28 – Manejo da crise em saúde mental
 - ATox4 ou BTox4 – Intoxicação e Abstinência Alcoólica
- **RC20 – Mal súbito no adulto**
 - AC17 ou BC12 – Dor torácica não-traumática: Síndrome Coronariana Aguda **(SIV inclusive)**
 - AC18 – Dor Torácica não Traumática: Dissecção Aguda da Aorta
 - AC19 ou BC13 – Crise Hipertensiva **(SIV inclusive)**
 - AC20 – Insuficiência Cardíaca Descompensada
 - AC21 ou BC14 – AVC: Acidente Vascular Cerebral **(SIV inclusive)**
 - AC25 ou BC15 – Inconsciência
 - AC27 ou BC17 – Hipotermia **(SIV inclusive)**
 - AC28 ou BC18 – Hiperglicemia
 - AC29 ou BC19 – Hipoglicemia **(SIV inclusive)**
 - AC33 ou BC23 – Reação alérgica (anafilaxia) **(SIV inclusive)**
- **RC21 – Mordeduras e picadas**
 - BTox13 – Acidentes com animais peçonhentos
- **RC22 – Palpitações**
 - AC14 – Taquiarritmia com Pulso
 - AC15 – Algoritmo Geral das Taquiarritmias com Pulso
- **RC23 – Problemas odontológicos**
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC24 – Problemas em extremidades**
 - AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto **(SIV inclusive)**
- **RC25 – Problemas nos olhos**

- AC37 ou BC26 – Manejo da dor no adulto (**SIV inclusive**)
- **Outros problemas associados**
 - AC35 ou BC24 – Epistaxe
 - AC36 ou BC25 - Hemoptise
 - BTox1 a BTox16 – Protocolos de Intoxicações e Produtos Perigosos

3. Protocolos de Trauma (RT)

- **RT1 – Afogamento**
 - AC27 ou BC17 – Hipotermia (**SIV inclusive**)
 - AT26 ou BT19 – Afogamento
- **RT2 – Agressão física**
 - AT5 ou BT5 - TCE
 - AT6 ou BT6 – Trauma de face
 - AT7 ou BT7 – Trauma ocular
 - AT8 – Fratura de Costelas
 - AT9 – Tórax Instável
 - AT10 – Pneumotórax Simples
 - AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
 - AT13 – Hemotórax
 - AT14 – Contusão Pulmonar
 - AT15 – Tamponamento Cardíaco
 - AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado
 - AT18 ou BT11 – Trauma Raquimedular
 - AT19 ou BT12 – Trauma de Membros Superiores e Inferiores
 - AT20 ou BT13 – Fratura Exposta das Extremidades
 - AT22 ou BT15 – Trauma de Pelve
- **RT3 – Desastres (Incidentes com agentes QBRNE ou com Múltiplas Vítimas IMV)**
 - PMV1 a PMV7 – Protocolos em Incidentes com Múltiplas Vítimas
 - BTox14 a BTox16 – Protocolos de Intoxicações e Produtos Perigosos
- **RT4 - Ferimentos perfuro-penetrantes**
 - AT5 ou BT5 - TCE
 - AT6 ou BT6 – Trauma de face
 - AT7 ou BT7 – Trauma ocular
 - AT8 – Fratura de Costelas
 - AT9 – Tórax Instável
 - AT10 – Pneumotórax Simples
 - AT11 ou BT8 – Pneumotórax Aberto (Ferimento Aberto no Tórax)
 - AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
 - AT13 – Hemotórax
 - AT14 – Contusão Pulmonar
 - AT15 – Tamponamento Cardíaco
 - AT16 ou BT9 – Trauma Abdominal Aberto
 - AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado
 - AT18 ou BT11 – Trauma Raquimedular
 - AT19 ou BT12 – Trauma de Membros Superiores e Inferiores
 - AT20 ou BT13 – Fratura Exposta das Extremidades
 - AT21 ou BT14 – Amputação Traumática
- **RT5 – Overdose e envenenamentos**
 - BTox1 a BTox16 – Protocolos de Intoxicações e Produtos Perigosos
- **RT6 – Queda**
 - BT5 – TCE
 - BT12 – Trauma de membros superiores e inferiores
 - BT13 – Fratura exposta de extremidades
 - BT15 – Trauma de pelve
 - BT16 – Síndrome de esmagamento
 - BT17 – Síndrome compartimental
- **RT7 – Queimaduras e choque elétrico**

- BT18 – Queimadura térmica
- BTox4 – Inalação de Fumaça
- BTox5 – Intoxicação por monóxido de carbono
- **RT8 – Politraumatismo**
 - AT3 ou BT3 – Cinemática do Trauma
 - AT4 ou BT4 – Choque **(SIV inclusive)**
 - AT5 ou BT5 - TCE
 - AT6 ou BT6 – Trauma de face
 - AT7 ou BT7 – Trauma ocular
 - AT8 – Fratura de Costelas
 - AT9 – Tórax Instável
 - AT10 – Pneumotórax Simples
 - AT11 ou BT8 – Pneumotórax Aberto (Ferimento Aberto no Tórax)
 - AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
 - AT13 – Hemotórax
 - AT14 – Contusão Pulmonar
 - AT15 – Tamponamento Cardíaco
 - AT16 ou BT9 – Trauma Abdominal Aberto
 - AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado
 - AT18 ou BT11 – Trauma Raquimedular
 - AT19 ou BT12 – Trauma de Membros Superiores e Inferiores
 - AT20 ou BT13 – Fratura Exposta das Extremidades
 - AT21 ou BT14 – Amputação Traumática
 - AT22 ou BT15 – Trauma de Pelve
 - AT23 ou BT16 – Síndrome do Esmagamento
 - AT24 ou BT17 – Síndrome Compartimental
- **RT9 – TCE**
 - AT3 ou BT3 – Cinemática do Trauma
 - AT5 ou BT5 - TCE
- **RT10 – Trauma toracoabdominal**
 - AT3 ou BT3 – Cinemática do Trauma
 - AT4 ou BT4 – Choque **(SIV inclusive)**
 - AT8 – Fratura de Costelas
 - AT9 – Tórax Instável
 - AT10 – Pneumotórax Simples
 - AT11 ou BT8 – Pneumotórax Aberto (Ferimento Aberto no Tórax)
 - AT12 – Pneumotórax Hipertensivo
 - AT13 – Hemotórax
 - AT14 – Contusão Pulmonar
 - AT15 – Tamponamento Cardíaco
 - AT16 ou BT9 – Trauma Abdominal Aberto
 - AT17 ou BT10 – Trauma Abdominal Fechado

4. Protocolos em Obstetrícia (RO)

- **RO1 – Sangramento transvaginal**
 - AC16 ou BC11 – Choque **(SIV inclusive)**
 - AGO10 – Hemorragias da 1ª Metade da Gestação
 - AGO11 – Hemorragias da 2ª Metade da Gestação
 - BGO8 – Hemorragia Gestacional
 - AGO12 ou BGO9 – Hemorragia Puerperal
 - AGO13 – Síndromes Hipertensivas: Pré-Eclâmpsia
 - AGO14 – Síndromes Hipertensivas: Eclâmpsia
 - BGO10 – Síndromes Hipertensivas: Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia
 - AGO18 ou BGO13 – Hemorragias Ginecológicas (em Finalização)
- **RO2 – Gestante em trabalho de parto**
 - AGO3 ou BGO3 – Assistência ao Trabalho de Parto não Expulsivo
 - AGO4 ou BGO4 – Assistência ao Trabalho de Parto Iminente



- AGO5 ou BGO5 – Assistência ao Parto Consumado
- AGO6 ou BGO6 – Assistência ao Trabalho de Parto Prematuro
- AGO7 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico de Ombros
- AGO8 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico de Pelve
- AGO9 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico com Prolapso de Cordão
- BGO7 – Assistência ao Trabalho de Parto Distócico
- AGO17 – Cesárea *post-mortem* (em Finalização)
- **Outros problemas associados**
 - AGO15 ou BGO11 – Trauma na Gestante (em Finalização)
 - AGO16 ou BGO12 – PCR: RCP na Gestante (em Finalização)

5. Protocolos Pediátricos (RP)

- **RP1 – Dispneia na criança**
 - APed3 ou BPed3 – OVACE na Criança
 - APed4 ou BPed4 – OVACE no Bebê
 - APed5 ou BPed5 – Parada Respiratória (PR) no Paciente Pediátrico
 - APed 17 ou BPed12 – Insuficiência Respiratória Aguda
 - APed18 – Laringotraqueíte Aguda
 - APed19 – Exarcebação da Asma
 - APed25 ou BPed18 – Reação Alérgica - Anafilaxia (**SIV inclusive**)
- **RP2 – Dor abdominal na criança**
 - APed29 ou BPed22 – Manejo da Dor em Pediatria (**SIV inclusive**)
- **Outros problemas associados**
 - APed0 – Parâmetros Pediátricos
 - APed20 ou BPed13 – Rebaixamento do Nível de Consciência
 - APed21 ou BPed14 – Crise Convulsiva em Pediatria (**SIV inclusive**)
 - APed22 ou BPed15 – Hipotermia (em Finalização)
 - APed23 ou BPed16 – Hiperglicemia
 - APed24 ou BPed17 – Hipoglicemia (**SIV inclusive**)
 - APed26 ou BPed19 – Febre (**SIV inclusive**)
 - APed27 ou BPed20 – Vômitos
 - APed28 ou BPed21 – Epistaxe
 - APed30 – Sedação
 - APed31 – Transporte Interunidades da Criança Grave
 - APed34 ou BPed25 – Especificidades da Criança Vítima de Trauma (em Finalização)
 - APed35 ou BPed26 – Afogamento
 - APed36 ou BPed27 – Queimaduras

OBSERVAÇÕES:

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

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: novembro/2015
Revisão: novembro/2016



RM6 – RADIOPERAÇÃO E OPERAÇÃO DE FROTA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

NO INÍCIO DO PLANTÃO

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

DURANTE O PLANTÃO

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

OBSERVAÇÕES:

Procedimentos importantes para serem seguidos, para uma boa comunicação:

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



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

Exemplo de modulação via rádio:

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

Quando a viatura sair da base (QTY):

- “USB 48 – Central !”
- “Central de QAP !”
- “USB 48 de QTY”!

CÓDIGO FONÉTICO INTERNACIONAL

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

NUMERAIS

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

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: novembro/2016



RM7 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ÓBITO NO APH

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em todas as solicitações de atendimento para parada cardiorrespiratória recente, sinais de morte evidente ou constatação de óbito na cena.

Conduta:

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

OBSERVAÇÕES:

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





- regulador para fins de orientação/regulação médica;
- **Teleconsulta** – orientação médica realizada pelo médico regulador ao paciente/solicitante;
 - **Teleconferência** – ocorrendo preferencialmente entre dois médicos (um que consulta e outro que fornece informações médicas), também deve estar disponível e ser de fácil acesso à equipe da regulação pela consulta a bases de dados, tanto de produtos perigosos quanto de animais peçonhentos
 - **Teleconsultoria** – consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (realizada em tempo real, por telefonia ou radiofonia) ou assíncrona (por meio de mensagens off-line); e
 - **Segunda Opinião Formativa** – é a resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador das situações de urgência, a perguntas originadas das teleconsultorias.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: outubro/2015
1ª Revisão: outubro/2016
2ª Revisão: novembro/2016
3ª Revisão: dezembro/2018

RM8 – REMOÇÃO DE PACIENTES DE UNIDADES DE SAÚDE

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em todas as solicitações de remoção de pacientes que estejam dentro de Unidades de Saúde (qualquer unidade de saúde).

Conduta:

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



7. Remoção de pacientes para exames, especialmente nos casos que não se enquadrem no item 1, sendo estes ato/função de responsabilidade exclusiva da instituição de saúde de origem – pública ou privada;

OBSERVAÇÕES:

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

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: setembro/2015
Revisão: fevereiro/2016



RM9 – MAUS TRATOS À CRIANÇA, ADOLESCENTE OU IDOSO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Esse protocolo complementa ações necessárias em casos suspeitos ou confirmados de maus tratos à criança, adolescente ou idoso.

Conduta:

1. Descartar Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2) e verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as perguntas pertinentes já foram respondidas;
2. Após a decisão técnica sobre o envio do SAMUFor ou apenas orientação médica, considerar medidas adicionais de acordo com as seguintes situações:
 - Relato de maus tratos com criança/adolescente ou história discordante:
 - Pedir ao solicitante para comunicar o fato ao Disque Denúncia;
 - Notificação compulsória da violência ou de sua suspeita:
 1. Imediato apoio policial da Delegacia da Criança e do Adolescente (DCA); e
 2. Comunicar ao Conselho Tutelar; e
 3. Comunicar ao Centro de Defesa da Criança e Adolescente; e/ou
 4. Comunicar à Promotoria e ao Juizado de Justiça da Infância e Juventude.
 - Mulher em situação de violência sexual ou física, ou com relato de história discordante:
 - Notificação compulsória da violência ou de sua suspeita:
 1. Imediato apoio policial da Delegacia da Mulher; e
 2. Encaminhar à Casa da Mulher Brasileira; e/ou
 3. Comunicar à Promotoria de Justiça do Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher.
 - Idoso em situação de maus tratos ou história discordante:
 - Pedir ao solicitante para comunicar o fato ao Disque Denúncia do Alô Idoso;
 - Notificação compulsória da violência ou de sua suspeita:
 1. Imediato apoio policial da Delegacia do Idoso e da Pessoa com Deficiência; e
 2. Comunicar ao Centro Integrado de Atenção e Prevenção a Violência contra a pessoa Idosa; e/ou
 3. Comunicar à Promotoria do Idoso e da Pessoa com Deficiência.
 - População Hipervulnerável (ou em situação de rua):
 - Em casos de demanda social apenas:
 1. Comunicar à Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social;
 - Em casos de demanda social com necessidade de assistência à saúde:
 1. Comunicar à Coordenação Regional de Saúde; e
 2. Comunicar à estratégia do Consultório de Rua.

OBSERVAÇÕES:

- História discordante: quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
- Contatos:
 - **CRIANÇA**
 - Disque Denúncia:
 - Nacional: 100;
 - Estadual: 0800-285-1407
 - Municipal: 0800-285-0880 (tecle 8)
 - Plantão do Conselho Tutelar (noite e finais de semana): Rua Guilherme Rocha 1503. Bairro Jacarecanga.. Telefones: (85) :3238-1828/989705479
 - Conselho Tutelar I: Rua Guilherme Rocha 1070. Bairro Centro. Telefones: (85) 3433-1416, (85) 98970-5986;



- Conselho Tutelar II: Rua da Paz, 302. Bairro Mucuripe. Telefones: (85) 3259-2612, (85) 98899-6677;
- Conselho Tutelar III: Rua Silveira Filho, 935. Bairro João XXIII. Telefones: (85) 3131-1950, 98890-9943;
- Conselho Tutelar IV: Rua Padre Ambrósio Machado, 625. Bairro Parreão. Telefones: (85) 98970-4905, (85) 3292-4955, (85) 3292-4379;
- Conselho Tutelar V: Avenida Alanis Maria Laurindo (antiga Avenida B S/N. Bairro Conjunto Ceará – 1ª Etapa). Telefones: (85) 3452-2483, (85) 98970-5478;
- Conselho Tutelar VI: Rua Pedro Dantas, 334. Bairro Dias Macedo. Telefones: (85) 3295-5794, (85) 98970-5835;
- Conselho Tutelar VII: Rua João Tomé, 261. Bairro Monte Castelo. Telefones: (85) 3274-6211, (85) 98868-9780;
- Conselho Tutelar VIII: Avenida Alberto Craveiro, 1500. Bairro Boa Vista. Telefones: (85) 3433-1423, (85) 98706-6121;
- Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA): Rua Deputado João Lopes, 83. Bairro Centro. Telefone: (85) 3252-4202;
- Delegacia da Criança e do Adolescente (DCA): Rua Tabelaio Fabião, 114. Bairro Presidente. Telefones: (85) 3101-2514, (85) 3101-2515.
- Promotoria da Infância e da Juventude: Avenida Des. Floriano Benevides Magalhães, 220. Bairro Edson Queiroz. Telefone: (85) 3218-6152;
- Juizado da Infância e Juventude: Rua Senador Pompeu, 1127. Bairro Centro. Telefone: (85) 3253-4574.
- **MULHER**
 - Casa da Mulher Brasileira: Rua Tabuleiro do Norte c/ Rua Teles de Sousa, S/N. Bairro Couto Fernandes. Telefones: (85) 3108-2950, (85) 3108-2996, (85) 3108-2997, (85) 3108-2993;
 - Delegacia de Defesa da Mulher: Rua Manuelito Moreira, 12. Bairro Centro. Telefone (85) 3433-9073;
 - Promotoria de Justiça do Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher: Avenida da Universidade, 3281. Bairro Benfica. Telefones: (85) 3433-8785, (85) 3214-5185, (85) 3214-5847.
- **IDOSO**
 - Aló Idoso: 0800 285 0880
 - Centro Integrado de Atenção e Prevenção a Violência contra a pessoa Idosa: (85) 3181-2728
 - Delegacia de Proteção ao Idoso e da Pessoa com Deficiência: Rua Professor Guilhon, nº 606, Bairro Aeroporto. Telefone: (85) 3101-2495
 - Promotoria do Idoso e da Pessoa com Deficiência: Rua Lourenço Feitosa (Interna), 90. Bairro José Bonifácio. Telefone: (85) 3226-5886, (85) 3252-4808, (85) 3252-6391, (85) 3452-6352.
- **SITUAÇÃO DE RUA**
 - Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS):
 - Coordenadoria de Gestão Integrada da Assistência Social (COIAS): Silvana Garcia. Telefone: (85) 9870-3501 (8h00-17h00);
 - Célula de Proteção Básica (CEPB): Renata Cruz. Telefone: (85) 98617-3997 (8h00-17h00);
 - Célula de Proteção Especial (CEPE): Francisca Lima. Telefones: (85) 98879-7380, (85) 3105-3411;
 - Célula de Benefícios: (CEBEN): Josivânia. Telefone: (85) 99729-8130 (08h00-17h00);
 - Central de Vagas: Sibebe Freire (85) 08747-6164 e Eva Cristina. Telefone: (85) 99118-1674 (08h00-17h00).
 - Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES):
 - CORES I: Jeovana Carvalho (85) 98652-1168 e Naiana Bezerra (85) 99942-2372;
 - CORES II: Ivamara de Moraes (85) 99921-9776;
 - CORES III: Luciana Albuquerque (85) 99679-4713;
 - CORES IV: Ana Caroline (85) 99648-0675 e Mary Lucy (85) 99619-2526;
 - CORES V: Edna Cavalcante (85) 98829-3101;
 - CORES VI: Hingrid (85) 99926-5417 e Viviane (85) 98737-9646.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: janeiro/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2016
3ª Revisão: dezembro/2018

RM10 – CASOS ESPECIAIS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em todas as solicitações que tenham origem administrativa ou de clínicas de diálise.

Conduta:

1. Em solicitações administrativas (PM, BM, PC, gestores, etc.):
 - Se o solicitante fala diretamente com a CMUr 24h e/ou com a operação de frota:
 - Verifica se o mesmo está na linha telefônica com alguém que está no local da ocorrência:
 - Se sim, realiza os três protocolos básicos da regulação médica (RM1, RM2 e RM3) e a CMUr 24h faz sua decisão técnica;
 - Se não estiver no local da ocorrência:
 - Solicitar que alguém ligue do local da ocorrência para a Central de Regulação;
 - TARM faz o acolhimento (RM1) e realiza o Protocolo MASTER (RM2);
 - Descartada Urgência de Nível 1, realizar o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3);
 - Se o solicitante fala diretamente com o TARM através do 192:
 - TARM faz o acolhimento (RM1) e realiza o Protocolo MASTER (RM2);
 - Passa o caso para a regulação médica e aguarda instruções.
 - 2. Em solicitações para intercorrências clínico-cirúrgicas em Clínicas de Diálise
 - Informar que, segundo a RDC ANVISA Nº 11, de 13 de março de 2014 (que atualizou e revogou a RDC ANVISA Nº 154), a responsabilidade da remoção é da própria clínica: "Não temos como priorizar o seu atendimento no momento. A orientação da regulação médica é remover o paciente por outros meios".

OBSERVAÇÕES:

- Todas as ligações que chegam na Central de Regulação das Urgências de Fortaleza devem ser acolhidas.
- Trechos importantes da RDC ANVISA Nº 11, de 13 de março de 2014:
 - Art.12. O serviço de diálise deve garantir a assistência ao paciente em caso de intercorrências relacionadas ao processo de diálise, incluindo mecanismos que garantam a continuidade da atenção quando houver necessidade de remoção.
 - Art. 63. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

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







PROCOLOS DE REGULAÇÃO

PROCOLOS CLÍNICOS DE REGULAÇÃO





RC1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Paciente com sintomas de acidente vascular cerebral (AVC) que se iniciaram entre 3 e 4,5 horas;
- Início súbito de déficits neurológicos focais, especialmente de um lado do corpo:
 - Paresia, paralisia ou perda de expressão facial e/ou desvio de rima labial; e
 - Paresia, plegia e/ou parestesia;
- Distúrbios da fala;
- Alteração da consciência: de confusão à completa arresponsividade;
- Ocorrência de crise convulsiva (primeiro episódio) sem história prévia de crise anterior ou trauma;
- Cefaleia súbita e intensa sem causa conhecida;
- Alteração visual súbita (parcial ou completa);
- Vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora;
- Dificuldade súbita para deambular.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quanto tempo faz?
 - Teve algum desmaio?
 - Ele convulsionou?
 - A boca dele está torta?
 - Como está a fala?
 - Ele apresenta "dormência" em algum lado do corpo?
 - Já teve um AVC? Faz algum tratamento?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Glasgow abaixo de 9;
 - ii. Convulsões (tônico clônicas ou parcial);
 - iii. Necessidade de suporte ventilatório;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iv. Assimetria facial **recente** (ao sorrir);
 - v. Diminuição **recente** da sensibilidade e/ou força muscular em um lado do corpo (ao elevar os dois braços);
 - vi. Dificuldade **recente** de articular as palavras.
4. Realizar orientação médica de houver:
 - xi. Outras queixas;
 - xii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- A janela temporal ideal para trombólise é de 3 (três) horas do início dos sintomas. A janela estendida para trombólise é de 4 (quatro) horas e 30 (trinta) minutos;
- 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.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RC2 – ALERGIA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Coceira, edema, erupções ou vesículas na pele ou mucosas, com ou sem alterações respiratórias associadas, associados ou não a história alérgica progressiva.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - É alérgico a alguma coisa?
 - Faz barulho quando respira?
 - Consegue falar direito?
 - Como está a língua e o rosto?
 - Perdeu os sentidos?
 - Tem alguma lesão ou sintoma na pele?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Estridor laríngeo;
 - iii. Frases entrecortadas;
 - iv. Edema facial (difuso ou de lábios) ou de língua;
 - v. História alérgica importante;
 - vi. Alteração súbita da consciência;
3. Realizar orientação médica se houver:
 - vii. Dor ou coceiras intensas;
 - viii. Erupções ou vesículas disseminadas ;
 - ix. Inflamação local;
 - x. Outras queixas;
 - xi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência
- **Edema de língua:** inchaço de língua de qualquer intensidade;
- **Edema facial:** inchaço difuso na face, geralmente envolvendo os lábios;
- **Erupção ou vesículas disseminadas:** qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal;
- **Estridor laríngeo:** ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta;
- **Frases entrecortadas:** pacientes que não conseguem articular frases curtas numa só expiração devido à dificuldade respiratória;
- **História alérgica importante:** sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão ou picada de abelhas);
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014





RC3 – ASMA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Sinais e sintomas de asma previamente conhecida.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Costuma sentir essa falta de ar?
 - Ele completa uma frase?
 - Teve algum desmaio?
 - Já fez uso da medicação para falta de ar? Houve melhora?
 - Faz algum outro tratamento?
 - Já se internou antes por asma?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. História respiratória significativa;
 - ii. Paciente não reativo;
 - iii. Frases entrecortadas;
 - iv. Alteração súbita de consciência;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - v. Não usou medicação (sem acesso à medicação);
 - vi. Sem melhora com a medicação habitual;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - vii. Melhorou com a medicação habitual;
 - viii. Dispneia leve (frases não entrecortadas) e de início recente;
 - ix. Outras queixas;
 - x. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: A infecção respiratória geralmente causa tosse produtiva com escarro purulento (verde ou amarelo).

- **Alteração súbita de consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Frases entrecortadas:** pacientes que não conseguem articular frases curtas numa só expiração devido à dificuldade respiratória;
- **História respiratória significativa:** história prévia de internação por condição semelhante em UTI ou condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. asma lábil, uso domiciliar de O₂ ou ventilação não-invasiva);
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Sem melhora com a medicação habitual:** esta história deve ser contada pelo paciente. A ausência de melhora da dispneia com o broncodilatador prescrito pelo médico clínico também é importante.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014





RC4 – 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:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - É acompanhado em algum serviço de saúde?
 - Sabe o nome da doença e/ou medicação?
 - Usou drogas ou álcool?
 - Está agressivo?
 - Está agitado?
 - Tentou ou está falando em se matar?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. História de *overdose* ou envenenamento com perda de consciência;
 - ii. Comportamento heteroagressivo;
 - iii. Alto risco de agredir outros;
 - iv. Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - v. Agitação psicomotora intensa (hipercinese);
 - vi. Comportamento ameaçador;
 - vii. Risco moderado de autoagressão (passado de autoagressão);
 - viii. História psiquiátrica importante;
 - ix. Comportamento conturbador;
 - x. Inquietação psicomotora (acatisia);
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xi. Comportamento hostil;
 - xii. Expansividade;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Agitação psicomotora:** pacientes que estão física e/ou emocionalmente muito perturbados, com atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas. Há impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso mesmo quando solicitado;
- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Comportamento ameaçador:** expressa raiva, indignação ou ultraje e faz ameaças verbais ou por gestos. Pode ter agredido recentemente;
- **Comportamento conturbador:** comportamento, que pode ou não ser ameaçador, mas que afeta o bom andamento do dia-a-dia de onde o paciente se encontra;
- **Comportamento heteroagressivo:** agride outras pessoas ou lança objetos na direção de pessoas ou coisas;
- **Comportamento hostil:** irritabilidade perceptível, porém colaborativo na ausência de estressores; usualmente retraído e expressando irritabilidade apenas se inquirido ou estimulado;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:



- alteração ou perda de sensibilidade;
- fraqueza de membros (transitória ou permanente);
- retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Expansividade:** comportamento desinibido e fala loquaz, mas com capacidade preservada de perceber espontaneamente a necessidade de se conter;
- **História de inconsciência:** deve haver testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História de overdose ou envenenamento:** esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias. Interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **História psiquiátrica importante:** história de evento ou doença psiquiátrica significativa;
- **Inquietação psicomotora:** hiperatividade ou fala ininterrupta responsivas à solicitação para interrompê-las, ou acatisia (sentimento subjetivo de tensão muscular que faz com que o paciente fique inquieto, caminhe, se sente e se levante repetidamente);
- **Risco de agredir outros:** a presença de risco potencial de dano a outros pode ser avaliada perguntando-se ao solicitante sobre a postura do paciente (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietude, irrequieto). Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole;
 - Moderado risco: deve ser presumido se há qualquer indicio de potencial agressão a alguém;
- **Risco de (nova) autoagressão:** uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade;
 - Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão, mas não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal finalidade, embora manifeste esse desejo.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: abril/2019



RC5 – AUTOAGRESSÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

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

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Ele faz algum tratamento psiquiátrico?
 - Usou drogas ou álcool?
 - Como estão os braços e pernas (alguma deformidade)?
 - Tem trauma na cabeça?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - Teve desmaio?
 - Como está a fala?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Hemorragia exsanguinante;
 - ii. Dispneia aguda;
 - iii. Hemorragia maior incontrolável;
 - iv. Alteração súbita da consciência;
 - v. Mecanismo de trauma significativo;
 - vi. Alto risco de autoagressão (ideação suicida) ou de nova autoagressão;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. Intensa dor física;
 - viii. Hemorragia menor incontrolável;
 - ix. Risco moderado de nova autoagressão (passado de autoagressão);
 - x. História psiquiátrica importante;
 - xi. História discordante;
 - xii. Distúrbio de coagulação;
 - xiii. Agitação psicomotora intensa (hipercinese);
 - xiv. Comportamento negligente ou autopreservação parcial;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xiv. Outras queixas;
 - xv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- Considerar que a situação de suspeição ou confirmação de tentativa de suicídio constitui agravo de notificação compulsória obrigatória, conforme legislação vigente, sob responsabilidade dos profissionais de saúde da rede, a ser realizada oportunamente sem prejuízo do acolhimento do paciente, que deve ser a prioridade do atendimento. É fundamental que o SAMU, na impossibilidade de iniciar o registro da



notificação, repasse de forma sistemática e organizada as informações coletadas à unidade de saúde referenciada para garantir a continuidade do cuidado e evitar revitimizações;

- O Código Penal não considera crime a tentativa ou o ato de suicídio;
- O artigo Nº 122 do Código Penal considera crime o induzimento, a instigação ou o auxílio a suicídio. Se o suicídio se consuma, a pena é a reclusão de 2 a 6 anos; se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave, a pena é a reclusão de 1 a 3 anos;
- As ações de salvamento são indicadas se o indivíduo está em um ambiente de risco, como uma rua de grande movimento, uma ponte, uma janela, etc. A decisão de efetivação dessas ações deve ser tomada em conjunto com a equipe de resgate, a regulação médica, o negociador e a família. Cabe aos bombeiros a definição do melhor método diante das circunstâncias;
- **Agitação psicomotora:** pacientes que estão física e/ou emocionalmente muito perturbados, com atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutivo e decorrente de tensões internas. Há impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso mesmo quando solicitado;
- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Autopreservação parcial:** solicita ou admite que precisa de auxílio e colabora para a promoção da própria segurança, desde que haja amparo disponível;
- **Comportamento negligente:** ignorar deliberadamente riscos ou se omitir de atitudes essenciais para a segurança, mesmo sem intenção declarada de autoagressão;
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar;
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio de coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **História psiquiátrica importante:** história de evento ou doença psiquiátrica significativa;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade \geq 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Risco de (nova) autoagressão:** uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade;
 - Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão, mas não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal finalidade, embora manifeste esse desejo;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: abril/2019



RC6 – CEFALeia

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando tempo faz?
 - Já teve essa dor antes?
 - Teve desmaio?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - História de trauma?
 - Está sentindo mais alguma coisa?
 - Ele faz algum tratamento?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Cefaleia com convulsão (tônico-clínica ou parcial);
 - iii. Início abrupto;
 - iv. Alteração súbita da consciência;
 - v. Déficit neurológico agudo;
 - vi. Perda aguda total da visão;
 - vii. Sinais de meningismo;
 - viii. Erupção cutânea fixa ou púrpura;
 - ix. Dor física intensa (a pior dor de cabeça já sentida);
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - x. História de trauma craniano;
 - xi. História de inconsciência;
 - xii. Distúrbio de coagulação;
 - xiii. História discordante;
 - xiv. Redução da acuidade visual na última semana;
 - xv. Vômitos persistentes;
 - xvi. Déficit neurológico novo;
 - xvii. Dor moderada;
 - xviii. Febre alta.
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xix. Dor à palpação no couro cabeludo temporal;
 - xx. Febre;
 - xxi. Vômitos;
 - xxii. Dor leve recente;
 - xxiii. Outras queixas;
 - xxiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino,

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade,
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.



- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio de coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Erupção cutânea fixa:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão);
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve presumir-se que esteve inconsciente;
- **História de trauma craniano:** história de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente a história deverá ser colhida do solicitante ou outra testemunha confiável;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Início abrupto:** início em segundos ou minutos. Pode acordar o paciente;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Perda aguda total da visão:** perda da visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas e que não voltou ao normal;
- **Púrpura:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão) causada por pequenas hemorragias sob a pele;
- **Sinais de meningismo:** classicamente rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: agosto/2014

Revisão: outubro/2014



RC7 – CONVULSÃO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Movimentos tônicos ou clônicos em crise tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Ele é epilético? Está tomando seus remédios?
 - Quanto tempo faz?
 - Teve quantas vezes?
 - Teve febre? (se criança)
 - Bateu a cabeça? Antes ou depois da convulsão?
 - Usa drogas ou álcool?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Ele consegue movimentar o pescoço?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. História de diabetes;
 - ii. Paciente não reativo;
 - iii. Déficit neurológico agudo ou sinais de AVC;
 - iv. Sinais de meningismo;
 - v. História de *overdose* ou envenenamento;
 - vi. Erupção cutânea fixa ou púrpura;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. Criança menor de 2 anos de idade;
 - viii. Febre alta;
 - ix. História de trauma craniano;
 - x. Déficit neurológico novo;
 - xi. Crise com duração de mais de 5 minutos;
 - xii. Episódios recidivantes (mais de dois episódios seguidos);
 - xiii. História discordante;
 - xiv. Etilista ou usuário de drogas;
 - xv. Estado pós-ictal alterado;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xvi. Febre baixa;
 - xvii. Cefaleia discreta;
 - xviii. Convulsão não-febril em paciente sabidamente epilético;
 - xix. Outras queixas;
 - xx. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Erupção cutânea fixa:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão);
- **História de *overdose* ou envenenamento:** esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na





presença de caixas de remédios vazias. Interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;

- **História de trauma craniano:** história de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente a história deverá ser colhida do solicitante ou outra testemunha confiável;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Púrpura:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão) causada por pequenas hemorragias sob a pele;
- **Sinais de AVC:** assimetria facial recente (ao sorrir), diminuição recente da sensibilidade e/ou força muscular em um lado do corpo (ao elevar os dois braços), dificuldade recente de articular as palavras;
- **Sinais de meningismo:** classicamente rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RC8 – CORPO ESTRANHO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Presença de corpo estranho em qualquer parte da anatomia.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Como foi que ocorreu?
 - Faz barulho quando respira?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Estridor laríngeo;
 - ii. Hemorragia maior incontrolável;
 - iii. Mecanismo de trauma significativo;
 - iv. Alteração súbita da consciência;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - v. Trauma ocular penetrante;
 - vi. Dor física intensa;
 - vii. História discordante;
 - viii. Hemorragia menor incontrolável
4. Realizar orientação médica se houver:
 - ix. Inflamação ou infecção local;
 - x. Olho vermelho;
 - xi. Outras queixas;
 - xii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: a gravidade vai desde o incômodo até a hemorragia grave ou risco de vida.

- **Alteração súbita da consciência:** Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Estridor laríngeo:** ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Infeção/inflamação local:** manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade \geq 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Olho vermelho:** qualquer vermelhidão do olho. Pode ou não haver dor e esta pode ser difusa ou parcial.
- **Trauma ocular penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração do globo ocular;





- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: dezembro/2014

Revisão: dezembro/2014

RC9 – CRISE EM SAÚDE MENTAL

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Prejuízo do comportamento pragmático que ocorre por transtornos da crítica e da iniciativa pragmática. Essa iniciativa envolve a rotina de comportamentos e atitudes relacionadas com a preservação e promoção do próprio bem-estar:

- Prejuízo grave da crítica: não é capaz de autocuidados ou de interagir com o meio de forma eficiente mesmo se orientado;
- Prejuízo moderado da crítica: executa autocuidados e tarefas apenas sob orientação contínua de cuidador;
- Prejuízo leve da crítica: executa autocuidados e tarefas de forma eficiente, mas depende de supervisão intermitente.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Tem alguma doença mental?
 - Está em uso de alguma droga ou álcool?
 - Está agressivo com outros ou consigo mesmo?
 - Está agitado ou inquieto?
 - Tentou ou está falando em se matar?
 - Está se alimentando?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Necessidade de apoio à USB para contenção química nas seguintes situações:
 - Comportamento heteroagressivo;
 - Alto risco de agredir outros;
 - Alto risco de autoagressão (ideação suicida);
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - ii. História psiquiátrica importante;
 - iii. Jejum há mais de três dias
 - iv. Risco moderado de autoagressão ou heteroagressão;
 - v. Comportamento conturbador;
 - vi. Inquietação psicomotora (acatisia);
 - vii. Prejuízo grave da crítica e da iniciativa pragmática;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - viii. Outras queixas;
 - ix. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Agitação psicomotora:** pacientes que estão física e/ou emocionalmente muito perturbados, com atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas. Há impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso mesmo quando solicitado;
- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Comportamento conturbador:** comportamento, que pode ou não ser ameaçador, mas que afeta o bom andamento do dia-a-dia de onde o paciente se encontra;
- **Comportamento heteroagressivo:** agride outras pessoas ou lança objetos na direção de pessoas ou coisas;
- **Inquietação psicomotora:** hiperatividade ou fala ininterrupta responsivas à solicitação para interrompê-las, ou acatisia (sentimento subjetivo de tensão muscular que faz com que o paciente fique inquieto, caminhe, se sente e se levante repetidamente);



- **Prejuízo da capacidade crítica e da iniciativa pragmática:** a capacidade crítica serve para avaliarmos o grau de eficiência e adequação de nossos atos em relação aos nossos propósitos e as expectativas dos que nos cercam, e corrigir os comportamentos inadequados, desnecessários ou excessivos. A iniciativa pragmática inclui atitudes importantes para a sobrevivência, como os cuidados pessoais, a hidratação, a nutrição e a capacidade de lidar de forma segura com o ambiente.
 - Prejuízo grave: não é capaz de autocuidados ou de interagir com o meio, mesmo se orientado;
 - Prejuízo moderado: executa autocuidados e tarefas apenas sob orientação contínua de cuidador;
 - Prejuízo leve: executa autocuidados e tarefas nas depende de supervisão intermitente;
- **Risco de agredir outros:** a presença de risco potencial de dano a outros pode ser avaliada perguntando-se ao solicitante sobre a postura do paciente (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietação, andando);
 - Alto risco: deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole;
 - Moderado risco: deve ser presumido se há qualquer indício de potencial agressão a alguém;
- **Risco de (nova) autoagressão:** uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente.
 - Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal;
 - Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão mas que não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal;
- **História psiquiátrica importante:** história de evento ou doença psiquiátrica significativa.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: abril/2019

RC10 – DIABETES

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Pacientes sabidamente diabéticos, tipo I ou tipo II.

Condução:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi a última refeição?
 - Foi medida a glicemia?
 - Usa qual a medicação?
 - Teve desmaio?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Apresentou convulsão?
 - Faz algum outro tratamento?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Convulsão ou convulsionando;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iii. Alteração súbita da consciência;
 - iv. Dor abdominal intensa;
 - v. Sinais de desidratação;
 - vi. Vômitos persistentes;
 - vii. Hipotermia;
 - viii. Hipoglicemia (se tiver sido medido);
 - ix. Hiperglicemia acima de 500 mg/dl (se tiver sido medido);
4. Realizar orientação médica se houver:
 - x. Febre;
 - xi. Outras queixas;
 - xii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: protocolo para pacientes sabidamente diabéticos.

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Dm caso de dúvida, presumir alteração do estado da consciência;
- **Convulsionando:** pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial;
- **Hipoglicemia:** glicemia < 55 mg/dl;
- **Hipotermia:** se a pele está fria, diz-se que o paciente está clinicamente hipotérmico. A temperatura deve ser aferida logo que possível. Temperatura < 35 °C definir hipotermia;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Sinais de desidratação:** língua seca, olhos fundos, turgor pastoso e, em bebês pequenos, fontanela baixa. Geralmente há aumento da diurese;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014



RC11 – DIARREIA E/OU VÔMITOS

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Pacientes com diarreia e/ou vômitos com ou sem sinais de desidratação.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quantas vezes?
 - "Moleira" baixa? (criança até um ano)
 - Consegue falar?
 - Consegue andar?
 - Urinou hoje?
 - Desmaiou?
 - Sente alguma dor?
 - Fezes/vômitos com sangue?
 - Sente mais alguma coisa?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Alteração súbita da consciência;
 - iii. Não reage aos pais;
 - iv. Evacuação de sangue vivo ou escurecido;
 - v. Vômito de sangue;
 - vi. Prostração, hipotonia;
 - vii. Dor física intensa;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - viii. Fezes pretas ou em groselha;
 - ix. História aguda de vômito de sangue;
 - x. Sinais de desidratação;
 - xi. Vômitos persistentes;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xii. Febre;
 - xiii. Dor moderada;
 - xiv. Evento recente;
 - xv. Outras queixas;
 - xvi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Evacuação de sangue vivo ou escurecido:** sangramento gastrointestinal maciço onde há sangue vermelho escuro. Quando o trânsito gastrointestinal aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena.
- **Fezes em groselha:** fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico;
- **Fezes pretas:** qualquer escurecimento preenche este critério;
- **História aguda de vômito de sangue:** hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24h;
- **Não reage aos pais:** não reage de nenhuma forma ao rosto ou à voz dos pais. Reações anormais e aparente perda de reconhecimento dos pais também são sinais preocupantes;





- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Prostração, hipotonia:** solicitante descreve a criança como "molinha". o tônus geralmente está diminuído – o sinal mais característico é a cabeça caída.
- **Sinais de desidratação:** língua seca, olhos fundos, turgor pastoso e, em bebês pequenos, fontanela baixa. Geralmente há diminuição da diurese;
- **Vômito de sangue:** o sangue vomitado pode ser fresco (rutilante ou escurecido) ou em borra de café;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010

Revisão: dezembro/2014

RC12 – DISPNEIA EM ADULTO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em todos os casos de dispneia em paciente não asmático.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Perdeu os sentidos?
 - Quando começou a falta de ar?
 - Ele completa uma frase?
 - Faz barulho quando respira?
 - Ele está alcoolizado?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Outras queixas ou doenças?
 - Teve algum abalo emocional?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Estridor laríngeo;
 - ii. Baba-se;
 - iii. Dor precordial típica;
 - iv. Frases entrecortadas;
 - v. Início agudo após trauma;
 - vi. Pulso anormal (se for medido);
 - vii. Alteração súbita da consciência;
 - viii. Exaustão;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - ix. Dispneia em idoso acima de 60 anos;
 - x. Sibilância audível ou chiado;
 - xi. Hemoptise;
 - xii. Dor pleurítica;
 - xiii. História respiratória significativa;
 - xiv. Hipertensão arterial sistêmica;
 - xv. História cardíaca importante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xvi. Febre;
 - xvii. Dor epigástrica;
 - xviii. Tosse produtiva;
 - xix. Trauma torácico recente;
 - xx. História de hemoptise;
 - xxi. Outras queixas;
 - xxii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Baba-se:** saliva saindo pela boca por incapacidade de engolir;
- **Dor epigástrica:** dor ou desconforto epigástrico, que pode estar acompanhada de náuseas, sudorese e sensação de tontura;
- **Dor pleurítica:** dor em fincada localizada no peito que piora com a respiração, tosse ou espirro;
- **Dor precordial típica:** dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotímia e/ou dor epigástrica;
- **Estridor laríngeo:** ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta;



- **Exaustão:** fase que antecede a uma parada respiratória, onde ocorre redução do esforço ventilatório, apesar de se manter em insuficiência respiratória;
- **Frases entrecortadas:** pacientes que não conseguem articular frases curtas numa só expiração devido à dificuldade respiratória;
- **Hemoptise:** sangue aerado emitido com o esforço da tosse;
- **História cardíaca importante:** uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora da vida ou uma cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana);
- **História respiratória significativa:** história prévia de internação por condição semelhante em UTI ou condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. DPOC, asma lábil, uso domiciliar de O₂ ou ventilação não-invasiva);
- **Início agudo após trauma:** início imediato dos sintomas em 24 h de um trauma físico;
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade;
- **Sibilância audível:** ou sensação de chiado, que pode denotar obstrução mais grave de vias aéreas, por ser silenciosa (não passa nenhum ar);
- **Tosse produtiva:** a infecção respiratória geralmente causa tosse com escarro frequentemente purulento (verde ou amarelo);
- **Trauma torácico recente:** qualquer trauma abaixo da clavícula e acima da última costela. Trauma na parte inferior do tórax pode causar lesão de órgãos abdominais.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014



RC13 – DOR ABDOMINAL EM ADULTO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor na região abdominal, com ou sem irradiação.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Houve trauma recente?
 - Quando iniciou a dor?
 - Vomitou ou defecou sangue?
 - Está gestante?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Dor epigástrica ou dor irradiada para o dorso ou ombro;
 - ii. Vômitos de sangue;
 - iii. Sangramento vaginal em gestantes acima de 20 semanas de gravidez;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iv. Evacuação de sangue vivo ou escurecido;
 - v. Dor física intensa;
 - vi. Possível gravidez;
 - vii. Dor irradiada para o ombro;
 - viii. Fezes pretas ou em groselha;
 - ix. História aguda de vômitos de sangue;
 - x. Vômitos persistentes;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xi. Febre ou vômitos;
 - xii. Dor moderada;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: se irradiada para o dorso pode indicar dissecação da aorta; se associada a sangramento transvaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento.

- **Dor epigástrica:** dor ou desconforto no epigástrio que pode estar acompanhada de náusea, sudorese, sensação de tontura;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor irradiada para o dorso:** dor que também é sentida no dorso de forma constante ou intermitente;
- **Dor irradiada para o ombro:** dor sentida na ponta do ombro; geralmente indica irritação diafragmática;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas tolerável;
- **Evacuação de sangue vivo ou escurecido:** sangramento gastrointestinal maciço onde há sangue vermelho escuro. Quando o trânsito gastrointestinal aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena;
- **Fezes em groselha:** fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico.
- **Fezes pretas:** qualquer escurecimento preenche esse critério;
- **História aguda de vômitos de sangue:** hematêmese franca. vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômitos nas últimas 24h;
- **Possível gravidez:** qualquer mulher cuja menstruação normal não ocorreu está provavelmente grávida. Além disso, qualquer mulher em idade fértil com vida sexual ativa, sem proteção, deverá ser considerada potencialmente grávida.
- **Sangramento vaginal em gestantes acima de 20 semanas de gravidez:** qualquer pela de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez;





- **Vômitos:** qualquer êmese preenche esse critério;
- **Vômito de sangue:** o sangue vomitado pode ser fresco (rutilante ou escurecido) ou em borra de café;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RC14 – DOR CERVICAL

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor na região cervical, com ou sem irradiação.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando iniciou a dor?
 - Consegue mexer a cabeça?
 - Dor de cabeça? A luz incomoda?
 - Mancha vermelha no corpo?
 - Teve pancada no pescoço?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Sinais de meningismo;
 - ii. Déficit neurológico agudo;
 - iii. Erupção cutânea fixa ou púrpura;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iv. Dor física intensa;
 - v. Febre alta;
 - vi. Trauma direto no pescoço;
 - vii. Déficit neurológico novo;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - viii. Dor moderada;
 - ix. Outras queixas;
 - x. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Erupção cutânea fixa:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão);
- **Púrpura:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão) causada por pequenas hemorragias sob a pele;
- **Sinais de meningismo:** classicamente rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia;
- **Trauma direto no pescoço:** isto pode ocorrer de cima para baixo (carga), por exemplo quando alguma coisa cai na cabeça, curvando-a (para frente, trás ou lado) ou torcendo-a.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014





RC15 – DOR LOMBAR

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor na região lombar, com ou sem irradiação.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando iniciou a dor?
 - Houve trauma local?
 - Como estão os braços e pernas (movimento e sensibilidade)? Consegue andar?
 - Dor de barriga?
 - Como está a urina?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Déficit neurológico agudo;
 - ii. Mecanismo de trauma significativo;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iii. Dor abdominal;
 - iv. Dor física intensa;
 - v. Déficit neurológico novo;
 - vi. Trauma direto no dorso;
 - vii. Incapaz de andar;
 - viii. Cólicas;
 - ix. História discordante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - x. Dor moderada;
 - xi. Febre;
 - xii. Outras queixas;
 - xiii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Cólicas:** dores intermitentes. Por exemplo, cólica renal tende a melhorar e piorar a cada 20 minutos;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Dor abdominal:** qualquer dor sentida no abdome. Se irradiada para o dorso pode indicar dissecação de aorta; se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Incapaz de andar:** é importante diferenciar paciente que não consegue caminhar pela dor daquele que realmente não consegue andar. Só o último preenche esse critério;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:





- história de mergulho em águas rasas;
- trauma penetrante (facada ou tiro);
- trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade ≥ 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Trauma direto no dorso:** isto pode ocorrer de baixo para cima (carga), por exemplo, quando se cai de pé, ou quando se inclina (para frente, para trás ou para o lado) ou por torção;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RC16 – DOR TESTICULAR

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor na região escrotal.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando iniciou a dor?
 - Qual a cor da pele nos testículos?
 - Tem cólica?
2. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - i. Idade < 25 anos;
 - ii. Gangrena de escroto;
 - iii. Dor física intensa;
 - iv. Celulite de escroto;
 - v. Cólicas;
 - vi. Vômitos persistentes;
3. Realizar orientação médica se houver:
 - vii. Dor moderada;
 - viii. Trauma de escroto;
 - ix. Febre e vômitos;
 - x. Outras queixas;
 - xi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino

OBSERVAÇÕES:

- **Celulite de escroto:** vermelhidão e inchaço em torno da bolsa escrotal;
- **Cólicas:** dores intermitentes. Por exemplo, cólica renal tende a melhorar e piorar a cada 20 minutos;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável
- **Gangrena de escroto:** pele necrosada enegrecida em torno do escroto e virilha. Gangrena precoce pode não ser enegrecida, mas se mostrar como uma queimadura em toda a espessura da bolsa, com ou sem descamação;
- **Trauma de escroto:** qualquer trauma recente envolvendo a bolsa escrotal;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014





RC17 – DOR TORÁCICA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor torácica anterior, lateral ou posterior, com ou sem irradiação, com ou sem relação com a respiração.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Existe falta de ar?
 - Quando iniciou a dor?
 - Como é essa dor? Apertando, rasgando, latejando, pontada?
 - Apertando nas costelas dói?
 - Já sentiu isso antes?
 - Existe febre, dor no corpo ou vômitos?
 - Já fez cateterismo ou tem doença do coração?
 - Outras queixas ou doenças?
 - Teve abalo emocional?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Dor precordial típica;
 - ii. Dor física intensa;
 - iii. Dispneia aguda;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iv. Dor pleurítica;
 - v. Vômitos persistentes;
 - vi. História cardíaca importante;
 - vii. Dor moderada;
 - viii. História de hipertensão arterial;
 - ix. História de diabetes mellitus;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - x. Vômitos;
 - xi. Dor leve recente;
 - xii. Outras queixas;
 - xiii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Dor precordial típica:** dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica;
- **Dor pleurítica:** dor em fincada localizada no peito que piora com a respiração, tosse ou espirro;
- **História cardíaca importante:** uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora da vida ou uma cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana);
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010 Revisão: dezembro/2014





RC18 – HEMORRAGIA DIGESTIVA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Pacientes apresentando sangramento digestivo, podendo estar vomitando sangue vivo ou alterado, ou evacuando sangue vivo ou alterado.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Teve desmaio?
 - Vômitos ou fezes com sangue? Encharca uma toalha?
 - Cor vermelha ou preta?
 - Quando iniciou o sangramento?
 - Quantos episódios?
 - Já teve sangramentos anteriores?
 - Tem costume de beber?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Palidez e sudorese intensa?
 - ii. Alteração súbita da consciência;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iii. História de hemorragia digestiva importante;
 - iv. Evacuação de sangue vivo ou escurecido;
 - v. Fezes pretas ou em groselha;
 - vi. História aguda de vômito de sangue;
 - vii. Vômitos persistentes;
 - viii. Dor física intensa ou moderada;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - ix. Vômitos;
 - x. Dor leve;
 - xi. Outras queixas;
 - xii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Evacuação de sangue vivo ou escurecido:** sangramento gastrointestinal maciço onde há sangue vermelho escuro. Quando o trânsito gastrointestinal aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena;
- **Fezes em groselha:** fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico;
- **Fezes pretas:** qualquer escurecimento preenche este critério;
- **História aguda de vômito de sangue:** hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24 horas;
- **História de hemorragia digestiva importante:** qualquer passado de sangramento gastrointestinal maciço ou associado a varizes esofágicas;
- **Vômitos de sangue:** o sangue vomitado pode ser fresco (rutilante ou escurecido) ou em borra de café;





- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RC19 – INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Tem alguma doença mental?
 - Faz uso de drogas ou álcool?
 - Bateu a cabeça?
 - Está há quanto tempo sem uso de álcool?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente inconsciente em via pública;
 - ii. Convulsionando;
 - iii. Déficit neurológico agudo;
 - iv. História inadequada;
 - v. Hipotermia;
 - vi. Síndrome de abstinência alcoólica grave;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. Alteração da consciência não totalmente atribuível ao álcool;
 - viii. Déficit neurológico novo
 - ix. História de trauma craniano;
 - x. História de inconsciência;
 - xi. História discordante;
4. Realizar orientação médica de houver:
 - xii. Alteração do nível da consciência totalmente atribuível ao álcool;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração da consciência não totalmente atribuível ao álcool:** paciente não totalmente alerta com história de ingestão alcoólica, mas há alguma dúvida de outras causas de diminuição do nível de consciência;
- **Alteração da consciência totalmente atribuível ao álcool:** paciente não totalmente alerta com história clara de ingestão alcoólica, quando outras causas de alteração mental foram excluídas;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade,
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.





- **História de inconsciência:** deve haver um relato confiável de que o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História discordante:** quando história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **História de trauma craniano:** história de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo solicitante ou próprio paciente.
- **História inadequada:** se não está clara e inequívoca a história de ingestão aguda de álcool e, se trauma craniano, ingestão de drogas, comorbidades, etc. não podem ser definitivamente excluídos;
- **Síndrome de abstinência alcoólica grave:**
 - Biológico: agitação psicomotora intensa; sudorese profusa; convulsão;
 - Psicológico: desorientação temporoespacial; história de violência auto ou heterodirigida; pensamento descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; alucinações auditivas, táteis ou visuais.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: abril/2019

RC20 – MAL SÚBITO NO ADULTO

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Desmaio, síncope ou mal estar no adulto.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Teve abalo emocional?
 - Aparenta estar alcoolizado?
 - Está com falta de ar?
 - Faz barulho quando respira?
 - Apresentou convulsão?
 - Tem sangramento?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Dor precordial típica;
 - ii. História alérgica importante;
 - iii. Dispneia aguda;
 - iv. Alteração súbita da consciência;
 - v. Déficit neurológico agudo;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vi. Convulsionando;
 - vii. História de trauma craniano;
 - viii. História de inconsciência;
 - ix. Déficit neurológico novo;
 - x. História de dor física intensa;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xi. Febre em Adulto;
 - xii. Dor leve ou moderada;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: desmaio, síncope ou mal súbito não são raros nos serviços de urgência, podendo ser indícios de eventos com risco de vida.

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Convulsionando:** pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade,
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor precordial típica:** dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotímia e/ou dor





epigástrica;

- **Erupção cutânea fixa:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão);
- **História alérgica importante:** sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão ou picada de abelhas);
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História de trauma craniano:** história de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente a história deverá ser colhida do solicitante ou outra testemunha confiável.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RC21 – MORDEDURAS E PICADAS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Abrange desde picadas de insetos até mordeduras por grandes animais, inclusive humana.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Está com falta de ar?
 - Faz barulho quando respira?
 - Perdeu os sentidos?
 - Rosto ou língua inchados?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Dor ou coceira?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Estridor laríngeo;
 - ii. Hemorragia exsanguinante;
 - iii. Edema facial;
 - iv. Edema de língua;
 - v. Frases entrecortadas;
 - vi. Hemorragia maior incontrolável;
 - vii. História alérgica importante;
 - viii. Envenenamento de alta mortalidade;
 - ix. Alteração súbita da consciência;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - x. Hemorragia menor incontrolável;
 - xi. Erupção ou vesículas disseminadas;
 - xii. Envenenamento de moderada mortalidade;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xiii. Dor ou coceira intensas;
 - xiv. Inflamação ou infecção local;
 - xv. Outras queixas;
 - xvi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- Considerar transmissão da imagem do animal e da lesão para o centro de controle de intoxicação da sua região
- A Central de Regulação poderá efetuar contato com o Centro de Controle de Intoxicação da sua região.
- A Agência Nacional de Vigilância Sanitária disponibiliza o serviço Disque-Intoxicação pelo número 0800.722.6001 (o usuário é atendido por uma das 35 unidades da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – Renaciat, presente em 19 estados do país). Os Centros também têm telefones específicos:
 - A relação dos 35 Centros de Informação e Assistência Toxicológica está disponível no site www.fiocruz.br/sinitox (clikando em “Sinitox”).
 - Centro de Assistência Toxicológica – **CIAToxFortaleza – (85) 3255-5050 (emergência)** e 3255-5012 – Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro, Fortaleza – CE; CEP 60.016-061; E-mail: socorroverasijf@yahoo.com.br (Atendimento 24 horas)
- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação



ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do nível de consciência;

- **Edema de língua:** inchaço de língua de qualquer intensidade;
- **Edema facial:** inchaço difuso na face, geralmente envolvendo os lábios;
- **Envenenamento de alta mortalidade:** alta potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária. Na dúvida, defina como alto risco;
- **Envenenamento de moderada mortalidade:** moderada potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **Erupção ou vesículas disseminadas:** qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal.
- **Estridor laríngeo:** ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta;
- **Frases entrecortadas:** pacientes que não conseguem articular frases curtas numa só expiração devido à dificuldade respiratória;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **História alérgica importante:** sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex. nozes, camarão ou picada de abelhas);
- **Infecção/inflamação local:** manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: Julho/2016

RC22 – PALPITAÇÕES

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Sensação incômoda do coração estar batendo ou acelerado.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Tem dor torácica?
 - Teve abalo emocional?
 - Existe falta de ar?
 - Usa drogas ou álcool?
 - Está há quanto tempo sem uso de drogas ou álcool?
 - Perdeu os sentidos?
 - Doença do coração? Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Dor precordial típica;
 - ii. Dispneia aguda;
 - iii. História de *overdose* ou envenenamento;
 - iv. Pulso anormal;
 - v. Alteração súbita da consciência;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vi. Palpitação atual;
 - vii. História de inconsciência;
 - viii. História cardíaca importante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - ix. Febre;
 - x. Outras queixas;
 - xi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência (). Comunicação ao serviço de destino

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar;
- **Dor precordial típica:** dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotímia e/ou dor epigástrica;
- **História cardíaca importante:** uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora da vida ou uma cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana);
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente.
- **História de overdose ou envenenamento:** esta informação pode vir do solicitante ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias. Interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **Palpitação atual:** sensação de coração acelerado que ainda está presente;
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010

Revisão: dezembro/2014





RC23 – PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Abrange qualquer problema oral em dentes e/ou gengivas.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Começou quando?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Hemorragia maior incontrolável;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - ii. Dor física intensa
 - iii. Hemorragia menor incontrolável;
 - iv. Avulsão dentária aguda;
 - v. Distúrbio da coagulação;
 - vi. História discordante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - vii. Dor moderada;
 - viii. Edema facial;
 - ix. Outras queixas;
 - x. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Avulsão dentária:** avulsão de um dente nas últimas 24 horas. Seu reimplante precoce afeta a evolução;
- **Edema facial:** inchaço difuso na face, geralmente envolvendo os lábios;
- **Distúrbio da coagulação:** distúrbio a coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer.
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014





RC24 – PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em quaisquer queixas ou lesões em membros superiores ou inferiores, inclusive dor ou trauma.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Começou quando?
 - Perdeu os sentidos? (se for trauma)
 - Estava de capacete (se moto) ou de cinto (se carro)?
 - Tem falta de ar?
 - Qual a cor da pele?
 - Qual a temperatura?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Tem deformidade?
 - Tem algum ferimento? O osso está aparecendo?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Dispneia aguda;
 - ii. Pele crítica;
 - iii. Comprometimento vascular distal;
 - iv. Hemorragia maior incontrolável;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - v. Dor física intensa;
 - vi. Dor pleurítica;
 - vii. Deformidade grosseira;
 - viii. Fratura exposta;
 - ix. Hemorragia menor incontrolável;
 - x. Déficit neurológico novo
 - xi. Distúrbio da coagulação;
 - xii. História discordante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xiii. Dor moderada;
 - xiv. Deformidade;
 - xv. Edema;
 - xvi. Outras queixas;
 - xvii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino

OBSERVAÇÕES:

- **Comprometimento vascular distal:** haverá associação de palidez, esfriamento, alteração da sensibilidade e/ou dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão;
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Deformidade aparente:** isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais, em quadril ou membros inferiores, que necessitem de imobilização e remoção em USB;
- **Deformidade grosseira:** isto sempre é subjetivo. Angulação ou rotação grosseira ou anormal é inferida;
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;





- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio de coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Dor pleurítica:** dor em fincada localizada no peito que piora com a respiração, tosse ou espirro;
- **Edema:** inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho;
- **Fratura exposta:** qualquer ferida ao redor da fratura deve ser considerada suspeita. Se houver alguma possibilidade de comunicação entre a ferida e a fratura, esta deve ser considerada exposta;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Pele crítica:** uma fratura ou deslocamento pode deixar fragmentos ou ponta de osso pressionando a pele de tal forma que pode ameaçar sua viabilidade. a pele estará pálida, sob tensão, em risco.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RC25 – PROBLEMAS EM OLHOS

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Regulação em Clínica Médica

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor ou outras sensações nos olhos, incluindo alterações agudas na visão.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Começou quando?
 - Houve trauma no olho?
 - Como está enxergando?
 - Outras queixas e doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Lesão ocular química aguda;
 - ii. Trauma ocular penetrante;
 - iii. Perda aguda total da visão
 - iv. Dor física intensa;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - v. Redução recente da acuidade visual;
 - vi. História discordante;
 - vii. Dor moderada;
 - viii. Febre alta;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - ix. Olho vermelho;
 - x. Sensação de corpo estranho;
 - xi. Diplopia;
 - xii. Dor leve recente;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Diplopia:** visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Lesão ocular química aguda:** qualquer substância que respinga ou cai nos olhos nas últimas 24 horas e causa dor, queimação, redução da visão ou qualquer outro sintoma;
- **Olho vermelho:** qualquer vermelhidão do olho. Pode ou não haver dor e esta ser difusa ou parcial;
- **Perda aguda total da visão:** perda da visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas e que não voltou ao normal;
- **Redução recente da acuidade visual:** qualquer redução da acuidade visual corrigida nos últimos sete dias;
- **Sensação de corpo estranho:** sensação de alguma coisa no olho, geralmente expresso como "raspando" ou "arranhando";
- **Trauma ocular penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração do globo ocular.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010 Revisão: dezembro/2014







PROCOLOS DE REGULAÇÃO

PROCOLOS EM TRAUMA DE REGULAÇÃO MÉDICA





RT1 – AFOGAMENTO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente consciente ou inconsciente após submersão em água e parada respiratória.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Houve pulo com mergulho de cabeça?
 - Houve trauma?
 - Existe falta de ar?
 - Perdeu os sentidos?
 - Tem espuma na boca ou nariz?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Mecanismo de trauma significativo;
 - ii. Espuma em boca e/ou nariz;
 - iii. Dispneia aguda;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iv. História de inconsciência;
 - v. História discordante;
4. Realizar orientação médica se nenhum item anterior estiver presente :
 - vi. Outras queixas;
 - vii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado da consciência.
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve presumir-se que esteve inconsciente;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade ≥ 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2015





RT2 – AGRESSÃO FÍSICA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Queixas inespecíficas após agressão.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi o episódio?
 - Tem sinais de embriaguez?
 - Como estão os braços e pernas (alguma deformidade)?
 - Tem trauma na cabeça?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Perdeu os sentidos?
 - Apresentou convulsão?
 - Como está a fala?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Hemorragia exsanguinante ou incontrolável;
 - ii. Mecanismo de trauma significativo;
 - iii. Convulsionando;
 - iv. Dispneia aguda;
 - v. Alteração súbita da consciência ou déficit neurológico agudo;
 - vi. Múltiplas fraturas;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. História de inconsciência;
 - viii. Déficit neurológico novo;
 - ix. Deformidade aparente;
 - x. Suspeita de trauma cranioencefálico (equimose mastóide ou periorbitária, otorragia);
 - xi. Distúrbio de coagulação;
 - xii. História discordante;
 - xiii. Dor física intensa;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xiv. Paciente embriagado;
 - xv. Dor leve a moderada;
 - xvi. Edema;
 - xvii. Outras queixas;
 - xviii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado da consciência.
- **Convulsionando:** pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade,
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;



- fraqueza de membros (transitória ou permanente);
- retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Deformidade aparente:** isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais, em quadril ou membros inferiores, que necessitem de imobilização e remoção em USB;
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio de coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Edema:** inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho;
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve presumir-se que esteve inconsciente;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade ≥ 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014



RT3 – DESASTRES (INCIDENTES COM AGENTES QBRNE OU COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS)

Protocolos SAMUFor
Protocolos de Regulação
Regulação no Trauma

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Em todos os incidentes com múltiplas vítimas relacionados ou não com produtos perigosos (químicos, radiológicos, nucleares e explosivos) ou agentes biológicos.

Conduta:

1. Após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1), detectada a Síndrome de Etiologia Potencialmente Grave, passar o caso imediatamente para o médico regulador;
2. O médico regulador deve verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Existem quantos pacientes envolvidos?
 - Qual o tamanho da área afetada?
 - Iniciar a definição mental de zonas de segurança (quente, morna e fria). Pode-se utilizar o aplicativo para *smartphones* FIRST® ou WISER® para maiores detalhes de segurança;
 - Orientar à população e às equipes que mantenham distância segura mínima de 300 metros a favor do vento se:
 - Houver ruídos de escapes gasosos;
 - Pessoas fugindo ou desorientadas;
 - Animais mortos ou em fuga;
 - Vegetação descolorida.
 - Há fogo ou fumaça?
 - Se houver fogo, a distância mínima do foco é de 50 metros em todas as direções.
 - Se houver fogo em produtos perigosos, a distância mínima é de 800 metros em todas as direções;
 - Há rede elétrica ou postes afetados ou em risco?
 - Orientar que as equipes fiquem antes do último poste intacto
 - Há instabilidade de estruturas (prédios/construções, acessos, encostas, árvores e veículos);
 - Há vazamento de combustível, de substâncias tóxicas ou produtos perigosos?
 - Sabe qual o produto perigoso envolvido?
 - Você consegue ver se tem uma placa laranja no carro (Painel de Segurança)? Se sim, consegue ver os números escritos nela?
 - Alguém perdeu os sentidos?
3. Classificar o nível do desastre conforme o número de pacientes envolvidos;
4. Procurar informações de saúde e segurança pública conforme o produto envolvido. Na falta dessas informações, orientar à equipe de intervenção manter distância segura mínima de 100 metros da zona quente, tendo o vento pelas costas (utilizar o aplicativo para *smartphones* FIRST® ou WISER® para maiores detalhes de segurança);

Decisão gestora:

1. Atuar conforme Plano de Contingência para Atuação em Desastres do SAMUFor (PCAD-SAMUFor);
2. Considerar montagem do PMA e acionamento do componente SAMU da Força Municipal de Saúde;
3. Considerar o acionamento do SAMU Ceará, de acordo com o nível do desastre;
4. Considerar o acionamento do Comitê de Crise do SAMUFor, através do grupo virtual do mesmo no WhatsApp;
5. Sugerir o acionamento do CIOCS municipal (Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde), de acordo com a magnitude do evento.

OBSERVAÇÕES:

- Ter em mente que, em geral, a proporção de gravidade dos pacientes é 10% – 30% – 45% – 15%, para pacientes vermelhos, amarelos, verdes e cinzas, respectivamente:
 - Desastre de Nível 1 – 05 a 10 vítimas: considerar montagem de Posto de Comando (PC), Área de



- Espera (E) e Área de Concentração de Vítimas (ACV).
 - Um paciente vermelho: deslocamento de **01 USA**;
 - Até três pacientes amarelos: deslocamento de **03 USB**;
 - Até cinco pacientes verdes: deslocamento de mais **02 USB**;
- Desastre de Nível 2 – 11 a 30 vítimas: considerar montagem de Posto Médico Avançado na ACV e acionamento do SAMU Ceará para auxílio ao atendimento pré-hospitalar.
 - 2 a 3 pacientes vermelho: deslocamento de até **03 USA**;
 - 4 a 9 pacientes amarelos: deslocamento de até **09 USB**;
 - 5 a 14 pacientes verdes: deslocamento de até mais **06 USB**;
- Desastre de Nível 3 – 31 a 70 vítimas: montar PMA e acionar SAMU Ceará.
 - 4 a 7 pacientes vermelhos: deslocamento de **07 USA**;
 - 9 a 21 pacientes amarelos: deslocamento de **21 USB**;
 - 13 a 31 pacientes verdes: **Viatura tipo A**.
- Desastre de Nível 4 – acima de 70 vítimas: montar PMA e acionar SAMU Ceará.
 - Mesmas necessidades de acionamento do Nível 3;
 - Acionamento completo SCO Urgência (acionar Comitê de Crise SAMUFor).
- Nomenclatura dos recursos disponíveis para atendimento a desastres:

<i>Recurso Único SAMUFor</i>	<i>Líder</i>
<i>USA com equipe</i>	<i>Médico</i>
<i>USB com equipe</i>	<i>Técnico de Enfermagem</i>
<i>Motolância</i>	<i>Motossocorrista</i>
<i>Equipes de Intervenção SAMUFor</i>	<i>Descrição</i>
<i>Equipe de Primeira Resposta</i>	<i>01 USA, 01 USB, 01 Moto</i>
<i>Equipe de Remoção Nível 1</i>	<i>04 USB</i>
<i>Equipe de Posto Médico Avançado</i>	<i>03 USA, 02 USB, 03 Moto</i>
<i>Equipe de Remoção Nível 2</i>	<i>03 USA, 09 USB, 01 USB tipo A</i>
<i>Forças Tarefa SAMUFor</i>	<i>Descrição</i>
<i>Força Tarefa Nível 1</i>	<i>Equipe de Primeira Resposta SAMUFor e acionamento de Viaturas para Incêndio (ou Viaturas para Resgate) e/ou AMC e/ou Polícia Militar</i>
<i>Força Tarefa Nível 2</i>	<i>Equipe de Remoção de Nível 2 e acionamento de Trem de Socorro dos Bombeiros e/ou Viaturas da AMC e/ou da Polícia Militar e/ou da Defesa Civil</i>

- Considerar protocolos específicos de SBV para manejo com Produtos Perigosos (BTox10, BTox11, BTox12, BTox14, BTox15, BTox16) e protocolos de IMV (BMV1 ao BMV7).

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: Dezembro/2015

1ª Revisão: Janeiro/2016

2ª Revisão: Julho/2016



RT4 – FERIMENTOS PÉRFURO-PENETRANTES

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Ferimentos diversos, incluindo ferimentos por arma branca ou arma de fogo.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi o episódio?
 - Em que parte do corpo?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Perdeu os sentidos?
 - Apresentou convulsão?
 - Como está a fala?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Hemorragia exsanguinante;
 - ii. Hemorragia maior incontrolável;
 - iii. Dispneia súbita;
 - iv. Comprometimento vascular distal;
 - v. Alteração súbita da consciência;
 - vi. Ferimento por arma de fogo em cabeça, face, pescoço ou tórax;
 - vii. Amputação traumática de membro;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - viii. História discordante
 - ix. Hemorragia menor incontrolável;
 - x. Ferimento em abdome;
 - xi. Déficit neurológico agudo;
 - xii. Dor física intensa;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xiii. Inflamação ou infecção local;
 - xiv. Dor moderada ou leve após evento recente;
 - xv. Outras queixas;
 - xvi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: muitos pacientes são avaliados por diferentes tipos de feridas, desde grandes lacerações com risco de vida, ferimentos com risco de perda de função até pequenas escoriações.

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Comprometimento vascular distal:** haverá associação de palidez, esfriamento, alteração de sensibilidade e/ou dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.





- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Infecção/inflamação local:** manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2015

RT5 – OVERDOSE E ENVENENAMENTOS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Quando houver história/informações de uso de drogas como cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha, metanfetamina (cristal) e outras drogas estimulantes;
- Quando existir uma história inicial de certeza ou suspeita de contato, por qualquer via, com um agente potencialmente intoxicante (organofosforados ou carbamatos / inseticidas ou raticida clandestino);
- Quando atender pacientes em agitação e situação de violência com informações seguras de que não se trata de pacientes com agravo em saúde mental prévio;
- Todo paciente (bebê, criança ou adulto) que apresente um quadro inexplicado, de início súbito, que curse com alteração do nível de consciência, convulsões, alteração hemodinâmica ou respiratória, sem causa claramente definida.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Qual foi a substância e a quantidade?
 - Há quanto tempo ele ingeriu essa substância?
 - Apresentou convulsão?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Tem alguma doença mental?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Alteração súbita da consciência;
 - ii. Convulsionando;
 - iii. Sialorreia e sudorese fria;
 - iv. Substância de mortalidade alta;
 - v. Manutenção do comportamento agressivo apesar da tentativa de comunicação terapêutica;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vi. Risco de nova autoagressão;
 - vii. Substância de mortalidade moderada;
 - viii. História psiquiátrica importante;
 - ix. História de inconsciência;
 - x. Agitação ou inquietação psicomotora;
 - xi. História discordante;
4. Realizar orientação médica se nenhum item acima existir:
 - xii. Outras queixas;
 - xiii. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- A Regulação Médica deve ser informada prontamente sobre qualquer detalhe disponível sobre o agente causador, bem como os sinais e sintomas encontrados, para subsidiar o contato com o **Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza – CIATox– (85) 3255-5050 (emergência)** e 3255-5012 – Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro, Fortaleza – CE; CEP 60.016-061; E-mail: socorroverasijf@yahoo.com.br (Atendimento 24 horas)
- Alternativamente a Regulação Médica pode entrar em contato com o serviço Disque-Intoxicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (número: 0800.722.6001) para a tomada de decisão e para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino (preferencialmente hospital terciário).
- **Agitação psicomotora:** pacientes que estão física e/ou emocionalmente muito perturbados, com atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte improdutiva e decorrente de tensões internas. Há



impossibilidade de prestar atenção quando abordado, permanecer sentado ou em repouso mesmo quando solicitado;

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Comportamento heteroagressivo:** agride outras pessoas ou lança objetos na direção de pessoas ou coisas;
- **Convulsionando:** pacientes que estão movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial;
- **Envenenamento de alta mortalidade:** alta potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária. Na dúvida, defina como alto risco;
- **Envenenamento de moderada mortalidade:** moderada potência de o veneno causar dano. Conhecimento regional pode ajudar a identificar o animal peçonhento, mas interconsulta com o CIATox(3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária;
- **Inquietação psicomotora:** hiperatividade ou fala ininterrupta responsivas à solicitação para interrompê-las, ou acatisia (sentimento subjetivo de tensão muscular que faz com que o paciente fique inquieto, caminhe, se sente e se levante repetidamente);
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **História psiquiátrica importante:** história de evento ou doença psiquiátrica significativa;
- **Mortalidade:** é o potencial de uma substância ingerida causar doença grave ou morte. Interconsulta com o CIATox (3255.5050 / 3255.5012) pode ser necessária para se estabelecer o risco de lesão ou morte. Na dúvida considere alto risco;
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade;
- **Risco de agredir outros:** a presença de risco potencial de dano a outros pode ser avaliada perguntando-se ao solicitante sobre a postura do paciente (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietação, irrequieto). Em caso de dúvida, considerar alto risco:
 - Alto risco: deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole;
 - Moderado risco: deve ser presumido se há qualquer indicio de potencial agressão a alguém;
- **Risco de (nova) autoagressão:** uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente.
 - Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal;
 - Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão mas que não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: fevereiro/2015
3ª Revisão: Julho/2016
4ª Revisão: abril/2019



RT6 – QUEDA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Queda da própria altura ou de altura.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi a queda? De que altura? Está em via pública?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Bateu a cabeça? Perdeu os sentidos?
 - Apresentou convulsão depois da queda?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Como estão os braços e pernas (deformidade)?
 - Consegue deambular?
 - Está alcoolizado?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Convulsionando;
 - iii. Mecanismo de trauma significativo;
 - iv. Hemorragia exsanguinante ou maior incontrolável;
 - v. Suspeita de traumatismo cranioencefálico (equimose mastóide ou periorbitária, otorragia);
 - vi. Déficit neurológico agudo;
 - vii. Alteração súbita de consciência;
 - viii. Hipotermia.
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - ix. História de hipoglicemia
 - x. Criança abaixo de 10 anos ou idoso acima de 70 anos, com fraturas e/ou dor física intensa ou moderada;
 - xi. História de inconsciência;
 - xii. Distúrbio da coagulação;
 - xiii. História discordante;
 - xiv. Hemorragia menor incontrolável;
 - xv. Déficit neurológico novo;
 - xvi. Deformidade grosseira;
 - xvii. Fratura exposta;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xviii. Deformidade em membros superiores;
 - xix. Edema ou inchaço;
 - xx. Outras queixas;
 - xxi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: muitos pacientes vítimas de queda apresentam trauma associado, cuja prioridade reflete a lesão sofrida. Alguns pacientes apresentam comorbidades graves que possam ter sido a causa da queda e podem desenvolver complicações após o evento. Avaliamos aqui tanto o trauma, com risco de perda de membro, quanto a comorbidade. Suspeitar de traumatismo grave em quedas > 1,5 vezes a altura do paciente;

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência.



- **Convulsionando:** pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal, ou apresentando convulsão parcial;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Deformidade aparente:** isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais, em quadril ou membros inferiores, que necessitem de imobilização e remoção em USB;
- **Deformidade grosseira:** isto sempre é subjetivo. Angulação ou rotação grosseira ou anormal é inferida;
- **Distúrbio da coagulação:** distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor física moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Edema:** inchaço, aumento anormal de tamanho;
- **Fratura exposta:** qualquer ferida ao redor da fratura deve ser considerada suspeita. Se houver alguma possibilidade de comunicação entre a ferida e a fratura, esta deve ser considerada exposta;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **Hipoglicemia:** glicemia < 55mg/dl;
- **História de inconsciência:** deve haver um testemunho confiável do solicitante, relatando que o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade \geq 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014



RT7 – QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Queimaduras de fonte elétrica, química ou por fogo, calor ou solar.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi o episódio?
 - Queimadura onde? Formou bolhas?
 - Queimadura por vapor? Óleo? Água? Fogo?
 - Existe falta de ar?
 - Faz barulho quando respira?
 - Houve queda?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Estava em ambiente fechado? Inalou fumaça?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Estridor;
 - iii. Edema facial;
 - iv. Lesão por inalação;
 - v. Dispneia aguda;
 - vi. Mecanismo de trauma significativo;
 - vii. Alteração súbita da consciência;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - viii. Dor física intensa;
 - ix. Inalação de fumaça;
 - x. História discordante;
 - xi. Queimadura elétrica;
 - xii. Queimadura química;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xiii. Dor leve ou moderada;
 - xiv. Inflamação ou infecção local;
 - xv. Outras queixas;
 - xvi. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Edema facial:** inchaço difuso na face, geralmente envolvendo os lábios;
- **Estridor:** ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Inalação de fumaça:** história de confinamento em lugar com fumaça é o indicador mais confiável de inalação de fumaça. Pode haver fuligem em torno da boca e nariz;



- **Infecção/inflamação local:** manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus;
- **Lesão por inalação:** história de confinamento em lugar com fumaça é o indicador mais confiável de aspiração de fumaça. Pode haver fuligem em torno da boca e nariz, além de rouquidão. história é também a forma mais segura de se diagnosticar inalação de agentes químicos - pode não haver nenhum outro sinal;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade ≥ 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Queimadura elétrica:** qualquer queimadura causada ou possivelmente causada por corrente elétrica. Isto inclui correntes alternadas e contínua tanto de fontes naturais como artificiais;
- **Queimadura química:** qualquer substância que respinga ou cai no corpo e causa dor, queimação, redução da visão ou outros sintomas deve ser considerada capaz de causar queimadura química;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014

RT8 – POLITRAUMATISMO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

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.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi o episódio? Está em via pública?
 - Estava de capacete (se moto) ou de cinto (se carro)?
 - Existe falta de ar?
 - Faz barulho quando respira?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Bateu a cabeça? Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Como estão os braços e pernas (deformidade)?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Hemorragia exsanguinante;
 - iii. Dispneia aguda;
 - iv. Hemorragia maior incontrolável;
 - v. Alteração súbita da consciência;
 - vi. Déficit neurológico agudo;
 - vii. Mecanismo de trauma significativo;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - viii. Dor física intensa;
 - ix. História de inconsciência;
 - x. Distúrbio de coagulação;
 - xi. Hemorragia menor incontrolável;
 - xii. Dor moderada;
4. Realizar orientação médica de houver:
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: a maioria dos profissionais sabe o significado de politraumatismo. Esse protocolo não foca o paciente ou sua lesão, mas se baseia numa análise do trauma como um todo. Esses pacientes quase nunca são menos que uma Urgência de Nível 2 (amarela). 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; e
- Ferimentos penetrantes de cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve e coxa.



- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência.
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade ≥ 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014



RT9 – TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Trauma na cabeça com alterações neurológicas e/ou equimose mastóide ou periorbitária e/ou otorragia com ou sem politraumatismo.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi o episódio? Está em via pública?
 - Estava de capacete (se moto) ou de cinto (se carro)?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - Onde é o sangramento? Nariz ou ouvido?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Apresentou convulsão?
 - Perdeu os sentidos?
 - Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
 - Como estão os braços e pernas (deformidade, movimento e sensibilidade)?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Paciente não reativo;
 - ii. Convulsionando;
 - iii. Mecanismo de trauma significativo;
 - iv. Hemorragia exsanguinante ou maior incontrolável;
 - v. Alteração súbita da consciência;
 - vi. Déficit neurológico agudo;
 - vii. Dor física intensa;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - viii. História de inconsciência;
 - ix. Distúrbio de coagulação;
 - x. Hemorragia menor incontrolável;
 - xi. Vômitos persistentes;
 - xii. Déficit neurológico novo;
 - xiii. Dor moderada;
 - xiv. História discordante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xv. Hematoma ou inchaço em couro cabeludo;
 - xvi. Vômito;
 - xvii. Dor leve recente;
 - xviii. Outras queixas;
 - xix. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência (). Comunicação ao serviço de destino

OBSERVAÇÕES: trauma cranioencefálico é uma apresentação muito comum nos serviços de urgência e pode variar desde hematoma extra-dural com risco de vida até cortes mínimos no couro cabeludo.

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Convulsionando:** pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial;
- **Déficit neurológico agudo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h como:



- alteração ou perda de sensibilidade;
- fraqueza de membros (transitória ou permanente);
- retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Déficit neurológico novo** é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24h como:
 - alteração ou perda de sensibilidade;
 - fraqueza de membros (transitória ou permanente);
 - retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- **Distúrbio de coagulação:** distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **Hematoma no couro cabeludo:** área do couro cabeludo contusa, machucada e elevada (contusão na testa, abaixo da linha do cabelo é dita frontal);
- **História de inconsciência:** deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade \geq 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014



RT10 – TRAUMA TORACOABDOMINAL

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Trauma em tórax ou abdome com risco de vida, hemorragia e dor.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando foi o episódio?
 - Existe falta de ar?
 - Faz barulho quando respira?
 - Tem sangramento (orientar comprimir a lesão com um pano limpo)?
 - O sangramento diminuiu com a compressão?
 - Tem alguma deformidade no tórax?
 - Tem vísceras aparecendo?
 - Apresentou convulsão?
 - Perdeu os sentidos?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Hemorragia exsanguinante;
 - ii. Dispneia aguda;
 - iii. Hemorragia maior incontrolável;
 - iv. Mecanismo de trauma significativo;
 - v. Evisceração;
 - vi. Dor física intensa;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - vii. Dor pleurítica;
 - viii. Hemorragia menor incontrolável;
 - ix. Distúrbio da coagulação;
 - x. História discordante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xi. Inflamação ou infecção local;
 - xii. Dor leve recente;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES: traumatismos são lesões provocadas por forças externas, que podem ser tanto um objeto chocando-se contra o corpo humano, ou o corpo humano chocando-se contra um objeto.

- **Dispneia aguda:** fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor pleurítica:** dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro;
- **Evisceração:** herniação ou franca exteriorização de órgãos internos;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Hemorragia maior incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir fortemente ou encharca rapidamente o curativo;
- **Hemorragia menor incontrolável:** hemorragia que não é rapidamente controlada por compressão direta e sustentada – o sangue continua a fluir levemente ou a escorrer;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de





abuso e maus tratos;

- **Infecção/inflamação local:** manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus;
- **Mecanismo de trauma significativo** como:
 - história de mergulho em águas rasas;
 - trauma penetrante (facada ou tiro);
 - trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade \geq 60 km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo;
- **Trauma penetrante:** evento traumático físico recente com perfuração de qualquer parte do corpo por arma branca, arma de fogo ou outro objeto.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014



PROCOLOS DE REGULAÇÃO

PROCOLOS EM OBSTETRÍCIA DE REGULAÇÃO MÉDICA





RO1 – SANGRAMENTO TRANSVAGINAL

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Perda de sangue, na gestação ou fora dela, por via vaginal.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Está gestante? De quantos meses?
 - Sangramento tem coágulos ou ultrapassa as roupas?
 - Tem dor abdominal? Como é essa dor?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Hemorragia exsanguinante;
 - ii. Alteração súbita de consciência;
 - iii. Sangramento vaginal intenso;
 - iv. Dor física intensa;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - v. Dor abdominal com sangramento vaginal moderado;
 - vi. Sangramento vaginal, > 20 semanas de gravidez;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - vii. Sangramento vaginal não intenso;
 - viii. Outras queixas;
 - ix. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Alteração súbita de consciência:** alteração da Escala de coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Dor abdominal:** qualquer dor sentida no abdome. Se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não for contida;
- **Sangramento vaginal em gestantes acima de 20 semanas de gravidez:** qualquer perda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez;
- **Sangramento vaginal intenso:** sangramento vaginal é muito difícil de quantificação. Grandes coágulos ou fluxo constante preenchem este critério. O uso de grande número de absorventes higiênicos, ou sangramento que ultrapassa o absorvente e as roupas sugerem perda intensa.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014





RO2 – GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Pacientes gestantes, em trabalho de parto ou alterações do curso normal da gestação.

Escore de Malinas:

Pontos	Paridade	Duração do Trabalho de Parto	Duração das contrações	Intervalo entre duas contrações	Perda de líquido
0	um	< 3h	< 1 minuto	< 5 minutos	não
1	dois	entre 3 e 5 h	1 minuto	entre 3 e 5 minutos	recentemente (< 1h)
2	três ou mais	> 6h	> 1 minuto	< 3 minutos (pelo menos 2 em 5 minutos)	> 1h

Observações: com um mesmo escore, as múltiplas parem mais rapidamente. Levar em conta o prazo de chegada até a maternidade.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quantas gestações (paridade), quantos partos e quantos abortos?
 - Qual o tempo da gravidez?
 - Está aparecendo alguma parte do bebê
 - Tem contrações presentes? São quantas em 10 minutos?
 - Há sangramento ou perda de líquido?
 - Quantas cesáreas prévias?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Prolapso de cordão umbilical ou apresentação de partes fetais;
 - ii. Escore de Malinas > 7;
 - iii. Co-morbidades:
 - Trabalho de parto prematuro avançado (possibilidade de haver necessidade de atendimento e procedimentos ao RN);
 - Perdas sanguíneas acentuadas (necessidade de condutas médicas para evitar o choque):
 - Hemorragia exsanguinante;
 - Sangramento transvaginal intenso;
 - Sangramento vaginal, > 20 semanas;
 - DHEG severa (convulsionando ou história de convulsão);
 - Dor física intensa (risco de rotura uterina e choque hipovolêmico);
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iv. Parto domiciliar ou iminente (garantir melhor tempo-resposta enquanto aguarda suporte avançado);
 - v. História de trauma;
 - vi. Pressão arterial elevada;
 - vii. História discordante;
 - viii. Dor irradiada para o ombro;
 - ix. Dor abdominal com sangramento vaginal;
 - x. Dor moderada;
 - xi. Escore de Malinas entre 5 e 7;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xii. Escore de Malinas < 5;
 - xiii. Outras queixas;
 - xiv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.



Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

Dados complementares referentes aos questionamentos iniciais:

- Contrações dolorosas (início, intensidade, frequência - para prever a proximidade do período expulsivo, e descartar risco de ruptura uterina e deslocamento placentário).
- Perda de Sangue - Intensidade (risco de choque hipovolêmico), com ou sem dor (placenta prévia)
- Perda de líquido:
 - Claro: com ou sem grumos, prever prematuridade;
 - Amarelado ou esverdeado: situação fetal, apresentação pélvica;
 - Odor: maior risco de infecção, principalmente se com história de perda de líquido durante a gestação.

Considerar também (para efeitos de classificação de risco):

- Idade da paciente (os extremos de idades oferecem maior risco de complicações: abaixo de 14 e acima de 40 anos);
- Gestações pré-termo oferecem maior risco ao recém-nascido;
- Pacientes que não fazem pré-natal têm riscos aumentados de complicações obstétricas;
- Antecedentes de alerta : hipertensão e diabetes.

Outros sintomas relevantes associados a serem investigados:

- Tonturas, Síncopes, Convulsões
- Dispneia, Escotomas.

Se um toque vaginal é realizado no local, esta tabela permite avaliar o tempo para parto com mais confiança:

Dilatação	1 parto	2 partos	Múltipara
5 cm	4 horas	3 horas	1 hora e meia
7 cm	2 horas	1 hora	30 minutos
9 cm	1 hora	30 minutos	a qualquer hora
completa	parto	parto	parto

- Tempo < 1 hora: parto no local
- Tempo > 1 hora: transporte em decúbito lateral esquerdo, oxigenoterapia, Soro Glicosado a 10%.

- **Alteração súbita da consciência:** alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- **Apresentação de partes fetais:** apresentação de cabeça (coroamento) ou qualquer parte fetal pela vagina (parto domiciliar, em curso ou iminente);
- **Convulsionando:** pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial;
- **Dor abdominal:** qualquer dor sentida no abdome. Se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento;
- **Dor física intensa:** dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida;
- **Dor irradiada para o ombro:** dor sentida na ponta do ombro. Geralmente indica irritação diafragmática;
- **Dor moderada:** dor física intensa, mas suportável;
- **Hemorragia exsanguinante:** hemorragia que está ocorrendo de tal forma que ocorrerá a morte se não contida;
- **História de convulsão:** qualquer convulsão observada ou relatada que ocorreu durante um período de doença ou após trauma. Para gravidez, se houve convulsão nas seis horas prévias, pois pode significar eclâmpsia;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **História de trauma:** história recente de agressão ou trauma físico;
- **Pressão arterial elevada:** história de níveis pressóricos elevados;
- **Prolapso de cordão umbilical:** prolapso de qualquer parte do cordão umbilical pelo cérvix uterino durante o trabalho de parto;



- **Sangramento vaginal em gestantes acima de 20 semanas de gravidez:** qualquer jarda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez;
- **Sangramento vaginal intenso:** sangramento vaginal é muito difícil de quantificação. Grandes coágulos ou fluxo constante preenchem este critério. O uso de grande número de absorventes higiênicos sugere perda intensa.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
1ª Revisão: dezembro/2014
2ª Revisão: abril/2018





PROCOLOS DE REGULAÇÃO

PROCOLOS PEDIÁTRICOS DE REGULAÇÃO MÉDICA





RP1 – DISPNEIA EM CRIANÇA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Queixas de falta de ar na criança.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando começou a falta de ar?
 - Faz barulho quando respira?
 - Perdeu os sentidos?
 - Fez uso de alguma medicação?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Estridor laringeo;
 - ii. Baba-se;
 - iii. Paciente não reativo;
 - iv. Esforço respiratório aumentado;
 - v. Frases entrecortadas;
 - vi. Hemoptise;
 - vii. História respiratória significativa;
 - viii. Início agudo após trauma;
 - ix. Resposta à voz ou à dor apenas;
 - x. Exaustão;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - xi. Sibilância audível ou chiado;
 - xii. História de hemoptise;
 - xiii. História discordante;
 - xiv. Dor pleurítica;
 - xv. Doenças de base: asma, cardiopatia, fibrose cística ou mucoviscidose;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xvi. Tosse produtiva;
 - xvii. Trauma torácico recente;
 - xviii. Outras queixas;
 - xix. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Baba-se:** saliva saindo pela boca por incapacidade de engolir;
- **Paciente não reativo:** paciente que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso;
- **Dor epigástrica:** dor ou desconforto epigástrico, que pode estar acompanhada de náuseas, sudorese e sensação de tontura;
- **Dor pleurítica:** dor em fincada localizada no peito que piora com a respiração, tosse ou espirro;
- **Esforço respiratório aumentado:** há aumento da frequência respiratória, uso de musculatura acessória e roncos;
- **Estridor laringeo:** ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta;
- **Exaustão:** fase que antecede a uma parada respiratória, onde ocorre redução do esforço ventilatório, apesar de se manter em insuficiência respiratória;
- **Frases entrecortadas:** pacientes que não conseguem articular frases curtas numa só expiração devido à dificuldade respiratória;
- **Hemoptise:** sangue aerado emitido com o esforço da tosse;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de



lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;

- **História respiratória significativa:** história prévia de internação por condição semelhante em UTI ou condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. DPOC, asma lábil, uso domiciliar de O₂ ou de ventilação não-invasiva);
- **Início agudo após trauma:** início imediato dos sintomas em 24 h de um trauma físico;
- **Pulso anormal:** se medido, bradicardia (abaixo de 60 por minuto), taquicardia (acima de 100 por minuto) ou ritmo irregular. Em crianças, bradicardia e taquicardia variam conforme a idade;
- **Resposta à dor:** resposta a estímulos dolorosos. Estímulos periféricos devem ser usados (pressionando uma caneta no leito ungueal das mãos). Este estímulo não deve ser feito no hálux, pois o reflexo espinal pode causar flexão do mesmo na morte encefálica. Pressão supraorbitária não deve ser usada pois pode produzir o reflexo de contorção da face;
- **Resposta à voz:** resposta ao estímulo da voz. Não é necessário gritar o nome do paciente. Crianças podem não responder por estarem com medo;
- **Sibilância audível:** ou sensação de chiado, que pode denotar obstrução mais grave de vias aéreas, por ser silenciosa (não passa nenhum ar);
- **Tosse produtiva:** a infecção respiratória geralmente causa tosse com escarro frequentemente purulento (verde ou amarelo);
- **Trauma torácico recente:** qualquer trauma abaixo da clavícula e acima da última costela. Trauma na parte inferior do tórax pode causar lesão de órgãos abdominais.

Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010

Revisão: dezembro/2014

RP2 – DOR ABDOMINAL EM CRIANÇA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Dor na região abdominal, com ou sem irradiação.

Conduta:

1. Descartada Urgência de Prioridade Máxima (VERMELHO) após o uso do Protocolo de Acolhimento (RM1) e Protocolo MASTER (RM2), verificar, de acordo com o Protocolo de Abordagem por Queixas (RM3), se as seguintes perguntas já foram respondidas:
 - Quando iniciou a dor?
 - Vomitou ou defecou sangue?
 - Tem febre?
 - Outras queixas ou doenças?
2. Considerar o envio de USA/USI se houver:
 - i. Vômitos de sangue
 - ii. Evacuação de sangue vivo ou escurecido;
3. Considerar o envio de USI/USB se houver:
 - iii. Criança muito quente;
 - iv. Sinais de dor física intensa ou moderada;
 - v. Erupção cutânea fixa ou púrpura;
 - vi. Inconsolável pelos pais;
 - vii. Massa abdominal visível;
 - viii. Fezes pretas ou em groselha;
 - ix. História aguda de vômitos de sangue;
 - x. Vômitos persistentes;
 - xi. História discordante;
4. Realizar orientação médica se houver:
 - xii. Vômitos;
 - xiii. Dor leve recente;
 - xiv. Outras queixas;
 - xv. Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Decisão gestora: busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

OBSERVAÇÕES:

- **Erupção cutânea fixa:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão);
- **Evacuação de sangue vivo ou escurecido:** sangramento gastrointestinal maciço onde há sangue vermelho escuro. Quando o trânsito gastrointestinal aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena;
- **Fezes em groselha:** fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico.
- **Fezes pretas:** qualquer escurecimento preenche esse critério;
- **História discordante:** quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos;
- **Inconsolável pelos pais:** criança cujo choro ou angústia não respondem às tentativas de acalanto dos pais;
- **Púrpura:** erupção que não empalidece à pressão (utilizar um copo para pressionar a lesão) causada por pequenas hemorragias sob a pele;
- **Sinais de dor física intensa:** crianças pequenas e bebês com dor física intensa não conseguem se queixar. Eles vão berrar de forma contínua e inconsolável e podem apresentar sinais como palidez e sudorese;
- **Sinais de dor moderada:** crianças pequenas e bebês com dor moderada não conseguem se queixar. Eles geralmente choram intermitentemente e são ocasionalmente consoláveis;
- **Vômitos:** qualquer êmese preenche esse critério;
- **Vômito de sangue:** o sangue vomitado pode ser fresco (rutilante) ou escurecido;
- **Vômitos persistentes:** vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.





Este protocolo foi pautado nas mais recentes evidências científicas disponíveis.

Elaboração: julho/2010
Revisão: dezembro/2014





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

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





MATRIZ 1: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, SEGUNDO O PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	UAPS	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento para verde e azul 1º atendimento para vermelho e amarelo Chamar SAMU Classificação – Caderno 28 	ÁREA ADSCRITA
SECUNDÁRIA	UPA	<ul style="list-style-type: none"> 1º atendimento para vermelho Atendimento para laranja e amarelo Acolhimento para verde e azul com encaminhamento para UAPS Classificação Manchester 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	FROTINHAS, GONZAGUINHAS, N. S. CONCEIÇÃO, CAC	<ul style="list-style-type: none"> 1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento para amarelo e verde Acolhimento para azul e encaminhamento de acordo com pactuado Atendimento referenciado conforme protocolo 	1ª REGIÃO DE SAÚDE
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> 1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
TERCIÁRIA	IJF	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento para vermelho, laranja e amarelo. Acolhimento para verde e azul, encaminhamento pactuado. 	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA

MATRIZ 2: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA OS CIDADÃOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	UAPS	<ul style="list-style-type: none"> O₂ AAS, Nitrato; Chamar SAMU 	ÁREA ADSCRITA
SECUNDÁRIA	UPA	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação diagnóstica 	MUNICÍPIO DE

		(ECG); • O ₂ • AAS, • Nitrato; • Chamar SAMU.	FORTALEZA
	HOSPITAL DE RETAGUARDA (Prontocárdio)	• IAM sem supra	HOSPITAL DE MESSEJANA
	FROTINHAS, GONZAGUINHAS	• Avaliação diagnóstica (ECG) • O ₂ • Nitrato • AAS • Chamar SAMU • Assistência em leitos retaguarda	1ª REGIÃO DE SAÚDE
	SAMU	• Regulação primária de urgência • Regulação secundária de urgência • Transporte qualificado de alta complexidade • Primeiro atendimento em via publica	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
TERCIÁRIA	HOSPITAL DE MESSEJANA	• IAM angioplastia em tempo preconizado • Trombolítico • Assistência em leitos de UTI (Cardiovascular, Geral, Unidade de Dor Torácica)	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA

MATRIZ 3: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA OS CIDADÃOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	UAPS	• Suspeita diagnóstica • Chamar SAMU	ÁREA ADSCRITA
SECUNDÁRIA	UPA	• Suspeita diagnóstica. • Tratamento clínico inicial e solicitar TC e parecer da neurologia • Se AVC na janela para trombolítico • Chamar SAMU	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	HOSPITAL DE RETAGUARDA Waldemar de Alcântara e Fernandes Távora	• Cuidado continuado • Reabilitação • Suporte de paciente	1ª REGIÃO DE SAÚDE

	FROTINHAS, GONZAGUINHAS	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos retaguarda Atendimento do AVE 	
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> Regulação Primária de urgência Regulação secundária de urgência Primeiro atendimento em via publica Transporte Qualificado de alta complexidade 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
TERCIÁRIA	HGF	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento do AVE Assistência em leitos de UTI Assistência em unidades de AVC. 	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA

MATRIZ 4: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA OS CIDADÃOS COM TRAUMA, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	UAPS	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento ao trauma de muito baixo adensamento tecnológico (contusão, sutura simples) Chamar SAMU 	ÁREA ADSCRITA
SECUNDÁRIA	UPA	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento trauma que requer menor densidade tecnológica (raio x) Paciente com perfil traumato-ortopédico é encaminhado para serviço especializado. Chamar SAMU, se paciente vítima de trauma grave 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	HOSPITAL DE RETAGUARDA PSA, Santa Casa, Hospital e maternidade Zilda Arns	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado continuado Reabilitação Suporte de paciente 	IJF
	FROTINHAS, GONZAGUINHAS	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento ao trauma de média complexidade Cirurgias traumato-ortopédico de média complexidade 	1ª REGIÃO DE SAÚDE
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> Regulação Primária de urgência 	MUNICÍPIO DE

		<ul style="list-style-type: none"> Regulação secundária de urgência Primeiro atendimento em via pública Transporte Qualificado de alta complexidade 	FORTALEZA
TERCIÁRIA	IJF	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Atendimento ao trauma de alta complexidade inclusive neurocirúrgico, vascular e de especialidades 	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA

MATRIZ 5: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	UAPS	<ul style="list-style-type: none"> Assistência ao puerpério. Assistência pré-natal de risco habitual Assistência pré-natal de risco intermediário para as unidades que tem obstetra no seu corpo clínico 	ÁREA ADSCRITA
SECUNDÁRIA	UPA	<ul style="list-style-type: none"> Não dispomos de atendimento obstétrico Atendimento inicial de urgência e emergência e encaminhamento a uma unidade de referência 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	GONZAGUINHAS (MESSEJANA – M, BARRA DO CEARÁ – BC, JOSÉ WALTER – JW) N.S. CONCEIÇÃO – SNC, CURA D'ARS – CD, HOSP ZILDA ARNS – ZA	<ul style="list-style-type: none"> Assistência pré-natal de risco intermediário (M, BC, JW, NSC) Assistência pré-natal de alto risco (M, ZA) Assistência ao parto de risco habitual (leitos de sala de parto e alojamento conjunto) (M, BC, JW, NSC, CD, ZA) Atendimento intercorrências na gestação (M, BC, JW, NSC) Atendimento as 	1ª REGIÃO DE SAÚDE



		<p>mulheres em situação de abortamento (M, JW, NSC, ZA, BC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitos de gestação de alto risco (a implantar (M, ZA) • Atendimento as mulheres em situação de violência(M, JW, NSC) • Atendimento ao aborto legal (M) • Assistência ao recém nascido de risco (UTIN, UCINco, UCINca) (M, CD, ZA) • Assistência ao recém nascido com perfil de médio risco (UCINco,) (BC ,JW, NSC) • Atendimento as intercorrências ginecológicas (M, BC, JW, NSC) 	
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> • 1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
TERCIÁRIA	<p>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND</p> <p>HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA</p> <p>HOSPITAL GERAL CESAR CALS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência ao pré-natal de alto risco • Assistência ao parto de risco habitual e alto risco (leitos de sala de parto e alojamento conjunto) • Atendimento intercorrências na gestação • Assistência ao recém nascido de risco (UTIN, UCINco e UCINca) • Atendimento a mulher em situação de abortamento • Atendimento as intercorrências ginecológicas • Atendimento as mulheres em situação de violência (MEAC) • Atendimento ao aborto legal(MEAC) • Leitos de gestação de alto risco • Atendimento as 	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA

		gestantes e puérperas na UTI	
--	--	------------------------------	--

MATRIZ 6: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AS URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	UAPS	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento para verde e azul 1º atendimento para vermelho e amarelo Chamar SAMU Classificação – Caderno 28 	ÁREA ADSCRITA
	UPA	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento geral do eixo infantil. Necessidade de internação ou avaliação especializada, a criança é encaminhada. 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
SECUNDÁRIA	HOSPITAL RETAGUARDA Gonzaguinhas, N. S. Conceição e SOPAI	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado continuado Reabilitação Suporte de paciente 	1ª REGIÃO DE SAÚDE
	FROTINHAS	<ul style="list-style-type: none"> Cirurgia traumatologia-ortopedia (média complexidade) 	1ª REGIÃO DE SAÚDE
	Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá - CAC	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento de média complexidade Retaguarda clínica e pós cirúrgico de apendicectomia para HIAS 	1ª REGIÃO DE SAÚDE
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> Regulação Primária de urgência Regulação secundária de urgência Transporte Qualificado de alta complexidade Primeiro atendimento em via pública 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	HIAS	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento em alta complexidade, subespecialidades e cirurgia pediátrica exceto trauma 	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA
IJF	<ul style="list-style-type: none"> Assistência em leitos de UTI Atendimento ao trauma em alta 		

		complexidade, inclusive neurocirúrgico, vascular e de especialidades.	
--	--	---	--

MATRIZ 7: COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AS URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS, PARA FORTALEZA E MACRORREGIÃO DO ESTADO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	UAPS	<p>Azul (Não Aguda)</p> <ul style="list-style-type: none"> Escuta qualificada abordando a história, vulnerabilidade e quadro clínico da queixa do usuário/família e encaminhamentos utilizando os recursos comunitários, do NASF e da própria Unidade) <p>Verde (Aguda ou Crônica Agudizada)</p> <ul style="list-style-type: none"> Situação a ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação do risco biopsicossocial e encaminhamentos (plano de cuidado) utilizando os recursos comunitários, Centro de Convivência, NASF e da própria Unidade) <p>Amarelo (Aguda ou Crônica Agudizada)</p> <ul style="list-style-type: none"> Atendimento prioritário, no mesmo turno, acolhimento pela equipe de enfermagem e utilização de protocolos. Formulação de plano de cuidado utilizando recursos comunitários, NASF e CAPS, caso necessário. Agendar retorno breve para acompanhamento do caso. <p>Vermelho (Aguda ou Crônica Agudizada)</p>	ÁREA ADSCRITA

		<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato. • Acolhimento e estabilização de pacientes com sofrimento mental agudo. • Acionar o SAMU. 	
	Consultório na Rua	<ul style="list-style-type: none"> • Ação de Cuidado itinerante, oferta de cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua de forma articulada com outros pontos de atenção. • Aplicação dos critérios de classificação. • Acionar o SAMU na classificação vermelha. 	
SECUNDÁRIA	CAPS	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento longitudinal de usuários com transtornos mentais graves e persistentes e uso problemático de álcool e outras drogas • Acolhimento e estabilização de crises (utilização de protocolos) Leitos de desintoxicação • Encaminhamento para UPA, Leitos SOPAI, Leitos psicossociais, Leitos de desintoxicação, Hospitais Gerais, de casos específicos 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	HOSPITAL DE RETAGUARDA SOPAI (25 leitos)	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos psicossociais para acompanhamento de transtornos mentais graves e decorrentes do uso de drogas para crianças e adolescentes de 06 a 17 anos e 11 meses e 29 dias. 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	HOSPITAL DE RETAGUARDA SANTA CASA	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos de desintoxicação 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	UPA	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimentos de Overdose ou Envenenamento 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA



		<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento e estabilização de Crises Psicóticas/Quadros Agudos (alteração do nível de consciência, agitação psicomotora, confusão mental, agressividade) e encaminhamentos necessários (utilização de protocolos): UAPS, CAPS, leitos psicossociais, Hospitais Gerais) 	
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem biopsicossocial e transporte para ponto de atenção adequado às necessidades do usuário (utilização de protocolos) Notificar equipe de referência (UAPS) 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
	LEITOS PSICOSSOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> Leitos psicossociais para acompanhamento de transtornos mentais graves e decorrentes do uso de drogas para adultos 	MUNICÍPIO DE FORTALEZA
TERCIÁRIA	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSMM	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento de pacientes com quadros psiquiátricos agudos ou com episódios de reagudização de quadros crônicos (provisório) 	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA



REFERÊNCIAS

LEGISLAÇÃO NACIONAL

- Decreto Presidencial 5055 de 27 de abril de 2004: Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde - "Portaria nº 423, de 09 de julho de 2002". (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423.htm>).
- _____. Ministério da Saúde. "Portaria No. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS -SUS 01/2002". Diário Oficial da União, Brasília, v. 89, n. 40E, p.52, 28 fev. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002.
- _____. Portaria GM N.º 1.828, de 2 de setembro de 2004: Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
- _____. Portaria GM N.º 2.657, de 16 de dezembro de 2004: Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192.
- _____. Ministério da Saúde, Portaria nº 399, de 22/02/2006. Divulga, Pacto pela Saúde, 2006 - Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3277 de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços de assistência à saúde, no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF.
- _____. Ministério da Saúde, Portaria nº 1559, de 01/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.48-9 Seção, 04 agosto 2008.
- _____. Portaria N.º 2.970, de 8 de Dezembro de 2008: Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Renovação e/ou ampliação das Centrais 192.
- _____. Portaria N.º 2.971, de 8 de Dezembro de 2008: Institui o veículo motocicleta – motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.
- _____. Portaria N.º 2.972/GM de 9 de Dezembro de 2008: Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
- _____. Portaria N.º 1.020, de 13 de Maio de 2009: Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto-Atendimento - UPA e Salas de Estabelecimento - SE) para a organização de redes locoregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- _____. Portaria N.º 4.279, de 30 de Dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- _____. Portaria N.º 1.600, de 07 de Julho de 2011: que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
- _____. Portaria N.º 1.010, de 21 de maio de 2012: Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

PUBLICAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- _____. Ministério da Saúde. "Secretaria de Assistência a Saúde, Modelo de Regimento para regulamentar o funcionamento das Centrais de Regulação". Mimeo, Circulação interna, 2002.
- _____. Ministério da Saúde/Recursos/Fundep/UFMG. "Plano Estadual de Organização do Modelo de Regulação de Santa Catarina". Belo Horizonte, agosto de 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. "Controle, Regulação e Avaliação". Brasília, abril de 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B.





- Textos Básicos de Saúde);
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004;
 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos);
 - _____. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde-Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
 - _____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. A Estratégia de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: Princípios e Diretrizes para sua implementação no SUS. Abril 2008. (Versão para construção com CONASS e CONASEMS)
 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde);
 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009;
 - _____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1);
 - _____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde (Coleção Para Entender a Gestão do SUS), Volume 10, Brasília, 2011b;

CONSELHOS DE CLASSE

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Publicada no DOU nº 70, de 11 de abril de 2012, pág. 195 – Seção 1. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em 27 mar. 2016.
- _____. Resolução Nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências
- _____. Resolução Nº 375, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre a supervisão direta das atividades de enfermagem no pré-hospitalar por enfermeiros
- _____. Resolução Nº 487, de 25 de agosto de 2015. Dispõe sobre o cumprimento de prescrição médica à distância fornecida por meio de rádio, telefones fixos e/ou móveis, mensagem de SMS (short message service), correio eletrônico, redes sociais de internet ou quaisquer outros meios onde não conste o carimbo e assinatura do médico.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 1995.
- _____. Resolução n.º 1.529, de 28 de agosto de 1998. Normatiza a atenção médica na área da urgência e emergência na fase de atendimento pré-hospitalar – Revogada. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 set. 1998.
- _____. Resolução n.º 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2002.
- _____. Resolução n.º 1.671, de 9 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jul. 2003.
- _____. Resolução Nº 1.672, de 09 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes



e dá outras providências.

- _____. Resolução Nº 2.110 de 25 de setembro de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.
- _____. Resolução Nº 2.139 de 25 de fevereiro de 2016. Altera o artigo 23 da Resolução CFM nº 2.110/2014 e revoga a Resolução CFM nº 2.132/2015.

REFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS INTERNACIONAIS

- CONCLUSÕES e recomendações das II Jornadas de Emergência Médica de Lisboa (1990). [Lisboa: s.n.], 1990. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/artigos/dec_lisboa.htm>.
- CONVENÇÃO DE TELAVIV (Adotada pela 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999).
- 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

REFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS NACIONAIS

- FORTALEZA. Lei Municipal nº 8.419, de 31 de março de 2000, cria a Autarquia Municipal de Trânsito, Serviços Públicos e Cidadania de Fortaleza (AMC), dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.
- _____. Lei Municipal nº 8.692, de 31 de dezembro de 2002, que altera a estrutura da AMC, retirando de sua competência o Núcleo SOS Fortaleza e a transferindo à Secretaria da Saúde de Fortaleza (Art. 13).
- _____. Decreto 11411 de 20 de maio de 2003 - PMF: Institui a Central de Regulação de Internações de Fortaleza (CRRIFOR), responsável pelos leitos de internação de UTI do Estado do Ceará e de leitos de internação do município de Fortaleza, bem como das transferências inter-hospitalares dos Hospitais da Rede Pactuada do Município.
- _____. Portaria 49/2008 SMS: Institui no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a Coordenação Médica de Urgência e Emergência 24 Horas da Cidade de Fortaleza – CMUR incumbindo-lhe atuar como elemento facilitador da ação integrada de todos os órgãos municipais de saúde e de outras esferas de governo no atendimento aos agravos de saúde e dos fatos excepcionais que venham a ocorrer na Cidade.
- _____. Portaria 49/2011 SMS: Determinar que A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS de todas as unidades de saúde sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza seja OBRIGATORIAMENTE realizada através da Central de Regulação Médica das Urgências do SAMU 192 Fortaleza: 192 (Fortaleza) ou (85) 3101-6081 (interior ou outros estados).
- _____. Portaria 81/2016 SMS: Estabelece as Diretrizes de Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no município de Fortaleza.
- PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Regulação médica de urgência. Curitiba, 2004. Manual.
- REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS (RBCE). Curso de regulação médica de urgências. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA RBCE: Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências, 4., 2000, Goiânia. [Anais...]. Goiânia, 2000.
- _____. Curso de regulação médica de urgências. Natal, 2002. Apostila.
- _____. Textos. In: BARBOSA, Z. Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral às urgências em Campinas: Anexo. 2001. Tese (Mestrado em Ciências Médicas)–Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

OUTRAS REFERÊNCIAS

- CALEMAN, G. “Auditoria e Controle – Coleção Saúde e Cidadania”. CALEMAN, G. “Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde. Vol. 5 / in CALEMAN, G.; SANCHES, M.C.; MO- REIRA, M.L. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania).
- GARIGLIO, M. T., MARQUES, Z. F. A., MAGALHÃES JR, H. M. “Projeto de Estruturação da Atenção Secundária para o SUS-BH” – Revista Saúde Digital da SMSA/BH – fev. 2003.
- MAGALHÃES JR. H. M. “Regulação Assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade”. In Pensar BH Política Social no 2. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – fevereiro/abril 2002.





- MARQUES, Z. F. A. & GARIGLIO, M. T. "A Regulação como estratégia para a gestão do Sistema de Saúde. Trabalho apresentado para a disciplina Gestão de Sistemas e Avaliação de Serviços de Saúde do Mestrado em Saúde Pública da UFMG". Belo Horizonte, maio de 2002, mimeografado.
- MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência – SAMU. Brasil: [s.n.], 1998.
- _____. Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves. 2. ed. Florianópolis: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, Cooperação Brasil-França, 2000.
- Mendonça, C. S. et al. (Org.) "A Política de Regulação do Brasil". Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- Merhy, E.E. et al. "Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde". In: MEHRY, Emerson Elias; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.
- POSSAS, C. Epidemiologia e sociedade. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Remor, L. C. "Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde: atividades de regulação e fiscalização". Florianópolis: Papa-Livro, 2003. 101p. Santos, F. P. "O novo papel do município na gestão da saúde - O desenvolvimento do controle e avaliação". In: Campos, C. R. et al. (Org.). O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reinventando o público. São Paulo: Xamã, 1998
- Santos, F. P. et al. "A Regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro: Uma revisão". Interface comum. Saúde. Educ.;10(19):25-41, jan.-jun. 2006.